

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 mai 2015

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mmes Thalmann et Dessaux  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Flore Primault,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7 al. 1, 8 et 28 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 17 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, d'origine tunisienne, en Suisse depuis 1984, a effectué une formation de dessinatrice-projeteuse en bâtiment. Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 29 novembre 2001. Elle a indiqué souffrir d'une hernie discale et lombaire avec douleurs dorsales et cervicales, ainsi que d'un asthme sévère. Elle a mentionné avoir subi plusieurs accidents, soit une chute le 3 décembre 1995, une deuxième chute le 8 décembre 1999, à la suite de laquelle elle a cessé toute activité lucrative, puis le fait que des bagages étaient tombés sur elle lors d'un vol en avion le 21 avril 2001.

**b)** Au vu des éléments amenés par l'assurée, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé, dans un avis médical du 2 juin 2003, qu'une expertise était nécessaire.

L'assurée a ainsi été vue à la Clinique H.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Clinique H.\_\_\_\_\_) le 13 décembre 2004 par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, pour une évaluation des atteintes somatiques. Un examen psychiatrique au SMR a été réalisé le 14 décembre 2004 par la Dresse A.\_\_\_\_\_.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le lendemain de son examen clinique, sur la base du dossier de l'assurance-invalidité, de documents fournis par l'un des médecins traitants de l'expertisée, ainsi que d'un entretien de synthèse avec la Dresse A.\_\_\_\_\_. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de syndrome somatoforme douloureux persistant et de discopathie L1-L2 séquellaire d'une ostéodystrophie de croissance, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'asthme et rhinite chronique sans composante allergique et de vitiligo. Ce médecin a expliqué en substance que les atteintes somatiques étaient manifestement

insuffisantes à justifier les plaintes de l'assurée. Au terme de leur entretien de synthèse, la Clinique H. \_\_\_\_\_ et le SMR avaient acquis la conviction que l'assurée ne présentait pas de lésion organique ni de singularité psychique de nature à retentir sur la capacité de travail.

Le rapport de la Dresse A. \_\_\_\_\_ fait notamment état des éléments suivants :

« L'assurée est une femme narcissique, psychorigide, manipulatrice, égocentrique sensible aux échecs, avec une tendance à surévaluer sa propre importance, séductrice, démonstrative, théâtrale, avec une hyper-expressivité émotionnelle et un besoin permanent d'être valorisée. Elle possède des moyens d'introspection mais est incapable de se remettre en question.

Depuis 1999, elle se positionne dans un rôle de victime qui demande une quittance positive et une reconnaissance de sa souffrance.

Sur la base de notre observation clinique psychiatrique, nous avons retenu le diagnostic de syndrome somatoforme persistant [...]. L'assurée se plaint d'une douleur de nature organique pour laquelle une cause physique n'a pas été clairement identifiée. Elle devient très démonstrative, théâtrale et revendicatrice, cherchant à attirer l'attention d'autrui.

L'assurée exagère de façon caricaturale ses plaintes mais cela ne touche pas l'examineur. Il y a même un certain malaise lorsque l'on compare les dires de l'assurée (concernant les activités qu'elle a exercées en Suisse) aux rares éléments objectifs dont on dispose, à savoir les comptes individuels AVS. [...]

La structure de personnalité narcissique avec des traits histrioniques explique en partie et amplifie ses difficultés d'accepter la maladie, vécue comme une blessure narcissique insurmontable. Structure ne veut pas dire trouble de la personnalité. Par structure de personnalité, on entend une organisation psychodynamique particulière faisant référence à la théorie psychanalytique. Des structures de personnalité, même psychotiques, peuvent parfaitement sous-tendre des fonctionnements adaptés et une pleine santé psychique. En revanche, un trouble de la personnalité correspond à un dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue, déviant de la norme et donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel, sociale et, le plus souvent, à une souffrance significative. Dans la règle, un tel trouble se manifeste déjà à l'adolescence et il est stable dans le temps. L'histoire de cette assurée ne montre pas une telle perturbation depuis la fin de l'adolescence.

Psychorigide, l'assurée est incapable de se remettre en question, elle se positionne dans un rôle de victime invalide, qui doit être accompagnée, soutenue, habillée et déshabillée par un membre de sa famille et s'enkyste de plus en plus dans son rôle d'invalide. Ce comportement traduit l'existence de traits histrioniques, caractérisés par une dramatisation, un théâtralisme, une hyper-expressivité émotionnelle, un égocentrisme, un comportement manipulateur visant à satisfaire ses propres besoins, une affectivité superficielle et labile et un désir permanent d'être appréciée et valorisée.

A notre avis, il s'agit essentiellement d'un discours sur des douleurs auxquelles l'interlocuteur reste insensible et perplexe, qui ne motivent que peu de consultations et qui n'empêchent pas l'assurée de se déplacer régulièrement à l'étranger. Nous n'avons pas trouvé de comorbidité psychiatrique susceptible de limiter les ressources nécessaires à fournir l'effort de reprendre une activité professionnelle. C'est pourquoi nous estimons que, du point de vue médico-juridique, la capacité de travail est entière concernant notre domaine. »

**c)** Par décision du 14 janvier 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, considérant qu'au vu des expertises médicales notamment, les atteintes qu'elle présentait ne compromettaient pas l'exercice d'une activité lucrative. L'assurée a fait opposition le 14 février 2005, alléguant qu'elle aurait eu une capacité de travail entière si elle n'avait pas été victime d'un accident en 2001, qui faisait suite à des traumatismes de même nature survenus en 1995 et 1999.

L'OAI a rejeté l'opposition précitée par décision du 29 mars 2006.

**B. a)** L'assurée a déposé une nouvelle demande de rente le 10 septembre 2008, invoquant l'accident survenu le 21 avril 2001, un accident survenu le 17 septembre 2007, ainsi qu'une dépression et une anxiété partiellement en relation avec ces événements.

Dans un questionnaire du 8 octobre 2008, elle a déclaré qu'elle travaillerait à 100 % dans le domaine du transport de personnes si elle était en bonne santé.

L'OAI s'est entretenu avec l'intéressée le 18 novembre 2008. Il est inscrit au procès-verbal de cet entretien notamment ce qui suit :

« [L']Assurée se déplace au moyen d'une béquille et de manière très démonstrative. Elle dit que c'est les suites d'un accident de voiture qu'elle a eu avec son fils en septembre 2007. Ils étaient arrêtés et une voiture leur est rentrée dedans pas derrière. L'assurée avait devant elle un tabouret et son genou gauche a été heurté par celui-ci. La douleur était telle que cela lui donnait envie de vomir. Elle ne consulte que le 17 novembre 2007 chez la Dresse V. \_\_\_\_\_ pour cela. Par la suite elle revit cette médecin en juillet 2008 et elle a un [rendez-vous] prévu le 25.11.2008. Ses consultations seraient prises en charge par l' [...]. Elle dit également souffrir d'asthme et être suivie pour cela par le Dr Q. \_\_\_\_\_ à Lausanne. Mis à part le genou l'assurée dit ne plus avoir envie de rien, être en dépression. »

Le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée depuis début 2008, a rempli un questionnaire de l'OAI le 3 février 2009. Il y a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent épisode sévère sans symptôme psychotique, d'anxiété généralisée avec épisodes aigus et attaques de panique, agoraphobie et phobie sociale, de trouble de la personnalité et du comportement, personnalité émotionnellement labile, borderline et narcissique.

Interrogé par l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical le 16 mars 2009, rapportant notamment que l'assurée souffrait d'asthme chronique, évoluant depuis 1997 et nécessitant un traitement continu, avec fréquentes exacerbations post-infectieuses. Le pronostic était réservé, en raison du caractère chronique de l'asthme, qui était sévère et susceptible d'aggravation en cas d'infection des voies respiratoires. L'état dépressif dominait, avec d'importantes difficultés d'ordre familial. Une éventuelle capacité de travail devait être déterminée par une expertise et un stage d'observation.

**b)** L'assurée a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique le 24 mars 2009, mené à nouveau par la Dresse A.\_\_\_\_\_. Cette dernière a rendu un rapport daté du 31 mars 2009, co-signé par la Dresse [...], médecin-chef. La Dresse A.\_\_\_\_\_ a tenu compte d'une lettre que lui avait envoyée l'assurée suite à l'examen et dans laquelle elle affirmait avoir donné naissance à sa fille cadette suite à une agression sexuelle. On extrait du rapport de la Dresse A.\_\_\_\_\_ ce qui suit :

« Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, d'état de stress post-traumatique, d'état obsessionnel compulsif ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Nous n'avons pas retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent qui selon la CIM-10 est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, en

l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et de l'augmentation de l'activité, répondant aux critères d'une manie.

Or, jusqu'en 2008, notre assurée n'a jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière et aucun document médical en notre possession ne soutient ce diagnostic. Le psychiatre-traitant ne se prononce pas clairement sur l'incapacité de travail, qu'il estime tout de même présente depuis 1988. Par conséquent, nous n'avons pas compris pour quelles raisons au point 1.9, pour ce médecin, la reprise de l'activité professionnelle n'est pas possible pour l'instant.

En l'absence d'un status psychiatrique, nous n'avons pas retrouvé les critères de la CIM-10 en faveur d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie dépressive sévère diagnostiquée par le psychiatre-traitant, à notre avis, réactionnelle, est en rémission complète et ne représente pas une aggravation de longue durée.

Le diagnostic d'anxiété généralisée caractérisé par la présence d'une anxiété persistante, ne survenant pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée, n'a pas été objectivé à l'examen clinique. Les épisodes aigus d'angoisse, décrits par le psychiatre-traitant, présents déjà en 2004 à une fréquence de 1x par mois, sont actuellement en rémission, et ne justifient pas une diminution de la capacité de travail.

Le diagnostic d'agoraphobie ou phobie sociale n'est pas étayé et n'a pas été objectivé à l'examen clinique, pour cette assurée qui voit régulièrement ses amis, fait les courses dans les supermarchés et monte une société de taxis avec ses deux enfants.

La différence entre le trouble de la personnalité et la structure de personnalité, diagnostic que nous avons retenu, a été déjà discutée dans le rapport médical du 14.12.2004 et aucune incapacité de travail n'est justifiée.

Sur la base de notre observation clinique, le status psychiatrique est superposable à celui du 14.12.2004 et nous avons retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, sans comorbidité psychiatrique et qui ne représente pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant. Les critères de sévérité de la jurisprudence actuelle ne sont pas réunis car l'assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique manifeste, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie.

Dans sa lettre du 27 mars 2009, l'assurée évoque pour la première fois "d'avoir essayé de me tuer à de nombreuses reprises, j'ai pris des médicaments tel que des somnifères, des antidouleurs [en] grande quantité, de l'alcool de manière intense et excessive, mais ça n'a pas marché malheureusement, je suis toujours vivante, enfin, devrais je dire, je suis là, mais vivante je ne pense pas l'avoir été un jour dans ma vie. Aidez-moi par pitié !". Comme nous l'avons déjà dit en 2004, l'anamnèse de notre assurée est floue, peu fiable, avec des zones d'ombre et des informations contradictoires.

En conclusion, depuis notre examen clinique psychiatrique du 14.12.2004, l'assurée a développé une symptomatologie dépressive réactionnelle, suivie d'une amélioration, actuellement en rémission complète, et qui ne représente pas une maladie psychiatrique chronique à caractère incapacitant. La capacité de travail exigible est entière dans toute activité. »

**c)** Sur la base de l'examen psychiatrique précité, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations le 21 avril 2009.

Malgré un délai supplémentaire pour le faire, l'assurée ne s'est pas opposée au projet de décision.

L'OAI a rendu une décision formelle de refus de prestations le 1<sup>er</sup> juillet 2009, identique au projet.

**C. a)** L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 9 novembre 2010 invoquant une dépression grave.

Le Dr L. \_\_\_\_\_ a adressé une lettre à l'OAI le 3 décembre 2010, dont la teneur est la suivante :

« Je suis cette patiente depuis juin 2008, régulièrement. Je suis au crt [courant] de votre/vos décision(s) de refus : expertise 2004 et mon rapport de février 2009.

Cette patiente souffre [de] :

1. Trouble de la personnalité, du fonctionnement psychologique et du comportement. Elle est inadaptée à sa propre réalité tant de perception, de compréhension que de réponse à l'environnement : [tant] personnel, familial que professionnel. Je n'ai pas encore compris quelles ont été ses activités de formation et professionnelle jusqu'à aujourd'hui...

Depuis juin 2008, je la vois agitée, confuse, incapable d'une conversation simple qui ait un sens concret et exprime une idée réaliste ; il s'agit de confabulation d'allure franchement mythomaniacale. Aucune autocritique non plus.

Dans ce sens, sa capacité à travailler est de 0 %.

Il est évident, après plus de 2 ans de suivi qu'il n'y a aucune amélioration, il n'y a pas même de stabilisation.

[...]

Je comprends tout à fait que l'expert qui a principalement examiné l'intéressée sur le plan somatique ait conclu à une capacité professionnelle normale. Les problèmes psychiques eux sont indéniables, malheureusement.

De plus la façon d'être, de se présenter de cette patiente est aussi fort particulière ; son entrée en matière et ses demandes peuvent sembler être assimilables à de la "mendicité" et/ou à une espèce de "marchandage", certes c'est son style... Ce qui ne cache pas que son rapport à la réalité est extrêmement pathologique [...].

Pour l'instant cette patiente dépend de l'assistance sociale de Lausanne et depuis bien des années semble-t-il...

Ne pensez-vous pas que Madame T. \_\_\_\_\_ pourrait être vue par un expert psychiatre cette fois-ci, la question somatique me paraissant pour l'instant secondaire, [voire] tertiaire, problèmes familiaux considérables évidemment. »

**b)** Par avis médical du 20 décembre 2010, le SMR, par le Dr X. \_\_\_\_\_, a notamment relevé que le Dr L. \_\_\_\_\_ signalait, comme en février 2009, une capacité de travail nulle en toute activité, mais cette fois sans donner de diagnostic. Il relatait les attitudes et comportements de l'assurée, que l'on retrouvait dans les rapports d'examen psychiatrique réalisés au SMR et signalait l'absence d'évolution. En l'absence d'aggravation médicalement attestée, il s'agissait selon le Dr X. \_\_\_\_\_ de s'en tenir aux conclusions antérieures.

**c)** L'OAI a rendu un projet de décision le 20 juin 2011, dans le sens d'un refus de prestations. Il a considéré que selon les renseignements médicaux, il n'y avait aucune modification de l'état de santé de l'assurée. Les données objectives étaient inchangées par rapport à l'examen clinique psychiatrique du 24 mars 2009.

Par courrier du 20 juillet 2011, l'assurée s'est opposée au projet précité, indiquant que son dossier médical suivrait.

**D.** **a)** En l'absence de renseignements complémentaires, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de prestations le 28 septembre 2011, identique au projet du 20 juin 2011.

**b)** Le Dr L. \_\_\_\_\_ a rédigé une lettre à l'intention de l'OAI le 11 octobre 2011, dont la teneur est la suivante :

« [...] je la [l'assurée] suis régulièrement - ainsi que sa fille et son fils en 2008 et 2009 - et remarque à quel point elle montre signes et symptômes d'un trouble de la personnalité grave, dont le potentiel d'invalidité, voir les signes d'invalidité sont patents, à mon sens.

Cette situation est certainement difficile et complexe à évaluer et le diagnostic différentiel entre un trouble Borderline et une suspicion de simulation peut très certainement exister.

Je connais la part de subjectivité de mon appréciation clinique étant proche de "mes" patients par nature autant que par professionnalisme, mais je reste persuadé que la dysharmonie adaptative est réelle et difficile à objectiver mais tout de même ! Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'adresser les derniers documents sur lesquels vous vous basez : 2<sup>e</sup> expertise ? pour étayer

votre 2<sup>e</sup> refus dès que possible afin que je puisse être dans le délai de 30 jours [...]. »

Par courrier du 29 novembre 2011, il a informé l'OAI de ce que l'assurée était hospitalisée au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), service de chirurgie, pour le traitement d'une très mauvaise évolution d'une infection d'un sein.

**E.**           **a)** Par acte du 20 octobre 2011, T. \_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre la décision du 28 septembre 2011, concluant implicitement à son annulation. Elle allègue une aggravation de son état de santé et souffrir d'une dépression de plus en plus alarmante et grave. Elle avait appris au mois d'avril qu'elle souffrait d'une infection grave au sein, la paralysant de plus en plus et l'épuisant physiquement de jour en jour. Elle subissait de manière quotidienne des traitements chirurgicaux très douloureux et éprouvants, allait devoir se faire enlever une grande partie de la poitrine et serait en traitement ambulatoire toute l'année 2012. Son asthme nécessitait la prise de corticoïde quatre fois par jour et une injection trimestrielle de cortisone. Elle se trouvait dans un état de panique, d'angoisse, de dépendance, de tristesse, de malheur, de choc, de vide, d'étouffement, de colère et ne pouvait pas travailler. La décision de l'OAI était fondée sur l'avis de deux médecins qui ne l'avaient vue qu'une seule fois et l'avaient jugée, l'un sur sa tenue vestimentaire et l'autre car elle avait des patchs Neurodol sur le dos. Ces médecins l'avaient maltraitée, ne l'avaient pas écoutée, s'étaient moqués d'elle et n'avaient pas pris la peine de la comprendre.

**b)** Par réponse du 26 janvier 2012, l'intimé a déclaré n'avoir rien à ajouter à la décision attaquée, qu'il ne pouvait que confirmer.

**c)** Représentée par Me Flore Primault, la recourante, par l'intermédiaire de sa mandataire, a déposé un mémoire complémentaire au recours le 23 mars 2012. Elle conclut préliminairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire et principalement à l'annulation des décisions des 14 janvier 2005 et 28 septembre 2011 et à l'octroi d'une rente dès et y compris le 1<sup>er</sup> novembre 2002, basée sur un

degré d'invalidité supérieur à 40 %. Elle conclut subsidiairement à l'annulation des deux décisions précitées et au renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il procède à la révision de la décision de refus de rente du 14 janvier 2005 et statue dans le sens des considérants, plus subsidiairement à l'annulation de la décision du 28 septembre 2011 et à ce qu'il soit constaté qu'elle a droit aux prestations de l'assurance-invalidité, notamment à une rente basée sur un degré d'invalidité supérieur à 40 % dès la date de l'aggravation de son état de santé, encore plus subsidiairement à l'annulation de la décision précitée et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une expertise psychiatrique à mandater auprès d'un centre COMAI.

La recourante a relevé en premier lieu que concernant la partie psychiatrique, son dossier reposait uniquement sur le premier rapport de la Dresse A. \_\_\_\_\_ du 16 décembre 2004, le second examen psychiatrique ne faisant que reprendre les éléments de ce rapport. Elle a en substance reproché à l'intimé d'avoir reconnu pleine valeur probante au rapport du 16 octobre 2004 alors que, contrairement à ce qui y était mentionné, la Dresse A. \_\_\_\_\_ ne possédait pas le titre FMH de spécialiste en psychiatrie. Or, c'était sur la base de ce rapport que l'intimé avait rendu la décision de refus de rente du 14 janvier 2005, soit en l'absence d'expertise psychiatrique valable. De plus, l'intimé n'avait pas tenu compte des avis des médecins traitants. En se fondant uniquement sur le rapport de la Dresse A. \_\_\_\_\_ lors de la décision du 14 janvier 2005 et de la décision sur opposition du 29 mars 2006, il avait rendu une décision dont les bases même étaient erronées, raison pour laquelle y avait lieu de procéder à la révision procédurale de ladite décision, après avoir mandaté un expert psychiatre indépendant et dans le cas où ce dernier attesterait d'une incapacité de travail. Le second rapport, reprenant le premier, co-signé par un médecin n'ayant pas le titre de spécialiste en psychiatrie, ne pouvait pas réparer le vice formel de la première décision. La recourante a ensuite avancé que les explications fournies par le Tribunal fédéral dans un arrêt I 65/07 permettaient de retenir que l'intimé n'était pas en droit de se fonder uniquement sur l'avis

de la Dresse A.\_\_\_\_\_. L'avis du Tribunal Fédéral constituait un fait nouveau important qui n'était pas connu de la recourante. Si la Cour de céans devait ne pas considérer cette jurisprudence comme un fait nouveau, il y aurait alors lieu selon elle d'examiner si l'adaptation à la nouvelle jurisprudence s'imposait pour des motifs tirés de l'égalité de traitement entre assurés. Dans le cadre de sa deuxième décision, l'intimé n'avait pas tenu compte de l'avis du Dr L.\_\_\_\_\_, pourtant de nature à remettre sérieusement en doute la valeur probante du second rapport de la Dresse A.\_\_\_\_\_. La recourante a par ailleurs avancé que si le Tribunal de céans devait ne pas suivre son argumentation, force serait tout de même de constater que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA étaient réalisées en ce sens qu'il existait une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de rente du 1<sup>er</sup> juillet 2009. Le Dr L.\_\_\_\_\_ avait posé de nouveaux diagnostics dans son rapport motivé du 3 décembre 2010. Ce n'était qu'après un suivi de plus de deux ans que ce médecin psychiatre était en mesure d'affirmer que la pathologie de l'intéressée était beaucoup plus grave que ce qu'elle laissait penser au premier abord.

Par écriture du 30 avril 2012, l'intimé a expliqué que même si au moment de l'examen clinique du 14 décembre 2004 la Dresse A.\_\_\_\_\_ ne disposait ni d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant, ni du titre de spécialiste FMH en psychiatrie, elle jouissait de l'autorisation de pratiquer à titre dépendant lors de la réalisation du deuxième examen clinique du 24 mars 2009, effectué dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Contresigné par la médecin-chef du SMR, sa valeur probante ne pouvait être remise en cause sous l'angle formel. Ensuite, vu que ce second examen clinique avait été réalisé dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, il était incontestable que l'ensemble de la situation médicale de la recourante avait été prise en considération et qu'un examen matériel du dossier avait dès lors été dûment réalisé. La Dresse A.\_\_\_\_\_ avait expliqué de manière claire les raisons pour lesquelles elle maintenait son appréciation et pourquoi celle du Dr L.\_\_\_\_\_ ne devait pas être retenue. Dans sa dernière demande de

prestations, la recourante n'amenait aucun élément de nature à prouver l'aggravation de son état de santé.

Par déterminations du 23 mai 2012, la recourante a pour l'essentiel réitéré ses arguments.

**F. a)** Donnant suite à la requête de la recourante, la Cour de céans a mandaté le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour effectuer une expertise judiciaire psychiatrique. Les parties ont produit chacune un questionnaire à son attention.

Par courrier du 29 avril 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a informé la Cour de la nécessité de disposer d'un examen somatique récent. Il a proposé que cet examen soit réalisé par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, ce que la Cour a accepté.

**b)** Le Dr C.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport le 27 août 2013, sur la base d'un examen clinique, d'un entretien avec la recourante et de son dossier médical. Dans son anamnèse, il a indiqué avoir eu un entretien téléphonique le 22 août 2013 avec le Dr Q.\_\_\_\_\_. Ce dernier avait déclaré qu'un état grippal en février 2013 avait nécessité une brève antibiothérapie. Par ailleurs, l'état respiratoire n'avait jamais nécessité le recours à une corticothérapie depuis 2009. Sur le plan rhumatologique, la recourante avait été examinée à trois reprises par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie (en juin et juillet 2012 et en février 2013). Ce dernier indiquait avoir constaté une gonarthrose tricompartmentale bilatérale pouvant entraîner des gonalgies et traitée par Dafalgan et anti-inflammatoires. Dans un courrier du 25 mars 2013, il précisait ne pas avoir donné suite à une demande d'infiltration de cortisone du genou gauche, celui-ci ne présentant pas de signes inflammatoires. Il était fait état d'une prise en charge physiothérapique à raison de 3 à 4 fois 9 séances annuelles. Sur le plan de la chirurgie plastique, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé, toujours dans l'anamnèse, qu'en été 2011, suite à une biopsie d'un nodule au sein gauche, la recourante avait présenté une surinfection abcédante nécessitant des soins locaux pendant plusieurs semaines. Dans un rapport

du 6 septembre 2012, le Dr [...], chef de chirurgie plastique du CHUV, précisait que ces affections récidivantes étaient survenues dans un contexte de lipofilling bilatéral des seins. Une chirurgie de symétrisation mammaire avait été effectuée lors d'une hospitalisation du 22 au 27 août 2012. L'évolution était favorable avec une bonne symétrisation de la poitrine mais persistance de douleurs chroniques au niveau du sein gauche et une asymétrie au niveau de la culotte de cheval à gauche où il était éventuellement envisagé une reprise sous anesthésie locale. Une mammographie effectuée le 19 août 2013 était annoncée normale.

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a fait l'appréciation suivante du cas :

« Sur le plan somatique :

Il est à relever la présence d'un syndrome douloureux ubiquitaire avec une prédominance concernant le rachis dorso-lombaire et les genoux. La symptomatologie douloureuse a fait l'objet d'importantes investigations dès 1991. En 1993, on parlait d'un syndrome fémoro-patellaire bilatéral. Dès 1991, il lui est connu des séquelles d'ostéo-dystrophie de la croissance avec pincements intervertébraux en L1-L2 ainsi qu'une hernie rétro-marginale postérieure du plateau inférieur de L1. Il n'a jamais été reconnu de complications médullaires ou radiculaires. Les douleurs n'évoquaient pas une atteinte des racines L1-L2 et la situation a guère évolué jusqu'à actuellement. Il n'a jamais été possible ainsi de documenter, sur le plan rhumatologique ou orthopédique, d'affection significative permettant de reconnaître un substrat organique aux douleurs présentées lesquelles sont d'ailleurs annoncées, en constante augmentation, résistantes aux traitements, nécessitant le recours à une physiothérapie régulière. Plus récemment, le Dr R. \_\_\_\_\_ évoque la possibilité d'une gonarthrose bilatérale. Il n'y a pas de documentation à cet égard et il n'y a pas cliniquement de descriptions de limitations fonctionnelles ou d'un état inflammatoire quelconque. En outre, il n'est pas fait état d'une anamnèse suggestive ou de constatations cliniques faisant suspecter une maladie rhumatismale inflammatoire.

L'expertisée se déclare impotente et incapable de porter plus d'un kilo, ce qui contraste étrangement avec l'observation d'une personne apparaissant en bonne santé, libre dans ses mouvements, n'éprouvant pas le besoin de changer de posture durant la longue anamnèse. L'anamnèse est partiellement induite et teintée de catastrophisme. Elle ne recoupe que partiellement les informations données par son médecin traitant. Les plaintes sont multiples, difficiles à intégrer dans un contexte clinique précis. Elle se déclare profondément allergique mais il n'existe aucune documentation à cet égard. Elle prétend que son asthme, connu dès 1997 et n'ayant occasionné aucune hospitalisation ou complication notoire, est handicapant et justifie, de même que ses allergies, un traitement de cortisone régulier, ce qui n'est pas confirmé par le Dr Q. \_\_\_\_\_ lequel précise que la situation n'a plus requis de corticothérapie depuis 2009.

L'examen clinique est tout aussi discordant que l'énoncé des plaintes. La collaboration est limitée par des lâchages antalgiques, des douleurs à l'effleurement de la peau et de la musculature de pratiquement toutes les articulations, elle-même grimace et annonce des douleurs à la palpation de son corps. Il existe des contre-pulsions, des lâchages ou, au contraire, des mises sous

tension musculaires interdisant la mobilisation passive si bien qu'en partie l'examen neurologique était limité de même que l'examen rhumatologique. L'examen des genoux était ainsi pratiquement impossible à réaliser ou alors d'interprétation délicate. Enfin, l'hypoesthésie circonférentielle du membre inférieur gauche apparaissait d'allure fonctionnelle.

Au total, cet examen ne s'écarte pas de ce qui avait pu être constaté antérieurement par ses médecins traitants. En outre, les données objectives sont proches de celles déjà enregistrées lors de l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ datée du 14.12.2004 et ne permettant pas de dégager un véritable substrat organique aux douleurs présentées par Mme T. \_\_\_\_\_.

De ce point de vue, il n'y a donc aucune aggravation de l'état de santé depuis 10 ans.

Le problème sénologique, avec abcès du sein gauche récidivant, constitue certes une affection nouvelle et qui a pu déterminer une incapacité de travail de quelques semaines depuis juillet 2001 [recte : 2011] ainsi qu'en août 2012. L'évolution est favorable et n'entraîne pas dès lors de limitations fonctionnelles.

Quant à l'asthme bronchique, connu dès 1997, il n'est pas annoncé en aggravation et reste traitable sans grande difficulté. Les exacerbations peuvent être relativement sévères mais n'ont jamais conduit à des incapacités de travail prolongées ou à des hospitalisations et n'ont pas été assorties de complication significative.

C'est la raison pour laquelle l'asthme et la rhinite chronique per-annuelle ne figurent pas sur la liste des diagnostics avec effet sur la capacité de travail.

Enfin, le vitiligo est isolé, c'est-à-dire qu'il n'est pas associé à une hypothyroïdie. Il est sans effet sur la capacité de travail.

#### *4.1 Limitations fonctionnelles*

Dans une activité au port de charges léger, permettant un changement des postures à sa guise, sans nécessité de flexion antérieure du tronc répétée, il existe une totale capacité de travail, sans perte de rendement. »

**c)** Le Dr B. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 23 septembre 2013, sur la base de deux entretiens avec la recourante en janvier et février 2013, des rapports des Drs Q. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ et du CHUV de début 2013, de l'examen du Dr C. \_\_\_\_\_, effectué en sa présence, et de son rapport, d'un entretien téléphonique avec la physiothérapeute de la recourante, et du dossier de l'OAI. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a relevé, concernant l'anamnèse personnelle de la recourante, qu'elle différait totalement de l'anamnèse que l'expertisée avait donnée à la Dresse A. \_\_\_\_\_. Au terme de son analyse, il a retenu le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec traits histrioniques et mythomanes (F61.0), non invalidant. On extrait de son rapport ce qui suit :

« 8. Diagnostic et diagnostic différentiel selon la CIM-10 ou le DSM IV. Pourquoi (motivation) ?

Trouble mixte de la personnalité avec traits histrioniques et mythomanes (F61 .0)

Les plaintes exprimées par l'expertisée sont innombrables et l'expertisée donne l'impression d'être gravement atteinte dans sa santé aussi bien physiquement que psychiquement. Mais il est extrêmement difficile d'obtenir des renseignements précis et objectifs. Toute atteinte à la santé est tellement amplifiée qu'il est difficile, à entendre l'expertisée, de savoir ce qui est réel et ce qui est de l'ordre de l'amplification.

Si l'on s'en tient à l'examen psychiatrique, cette expertisée présente principalement des plaintes subjectives et il est difficile de poser un diagnostic.

Lorsque l'on considère les anamnèses que donne l'expertisée, on est frappé par les différences qu'il y a d'un récit à l'autre. L'histoire de vie est un conte qui peut prendre différentes formes mais qui n'a qu'un lien ténu avec la réalité. Cette manière de raconter sa vie n'est pas un signe de psychopathologie mais est profondément culturelle à la manière des contes orientaux, tel que les "Milles et une nuits" par exemple.

Du point de vue psychiatrique je peux exclure sans difficulté l'ensemble des troubles psychotiques. J'exclus donc les diagnostics de schizophrénie, de trouble schizo-affectif, de trouble délirant et de trouble bipolaire. En effet, le discours de l'expertisée est certes un peu confus mais il reste cohérent. Il n'y a pas de délire à proprement parler même si la réalité dont elle rend compte est adaptée d'une manière idiosyncrasique. L'expertisée ne présente pas d'hallucinations. Elle ne présente pas non plus de perplexité ni d'apragmatisme.

J'exclus également l'ensemble des troubles de la dépendance à des substances. L'expertisée ne fume pas de tabac. Elle ne consomme pas d'alcool ni de cannabis ni d'autres produits toxiques ou illicites. Aucun des rapports médicaux à disposition ne fait allusion à ce type de trouble. J'estime donc pouvoir exclure ces diagnostics.

J'exclus également les diagnostics de trouble affectif ou thymique. Lors des différents examens qui se sont échelonnés sur plusieurs mois je n'ai jamais constaté de trouble thymique tel qu'une baisse de l'humeur, un ralentissement psycho-moteur, des pleurs, des troubles de l'attention ou de la concentration, une fatigue ou une fatigabilité. Dans son rapport du 3 février 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic de trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques mais n'avait donné aucune description clinique de ce trouble. Dans les rapports suivants de ce confrère ce diagnostic a complètement disparu sans qu'il motive la modification des diagnostics posés. Il est difficile de suivre le Dr L. \_\_\_\_\_ dans ses conclusions et ses diagnostics car il ne se montre pas critique des assertions de sa patiente. Il se limite à prendre en compte les plaintes de sa patiente mais sans jamais donner des informations objectives ou des faits précis confirmant les plaintes. J'estime donc que le diagnostic de trouble dépressif peut être exclu.

Il est permis de douter des phobies dont prétend souffrir l'expertisée. Lorsqu'elle prétend ne pas pouvoir prendre les transports publics et que l'on sait qu'elle s'est rendue régulièrement en Tunisie en avion, il est manifeste que la phobie ne présente [pas] un caractère de handicap majeur et qu'il s'agit plus vraisemblablement de convenances personnelles que de phobie à proprement parler. D'autre part, lors de la première demande de rente en 2001, l'expertisée avait fait état de trois accidents qui étaient tous en lien avec des déplacements en train ou en avion. J'estime donc que le diagnostic de phobie spécifique peut être exclu.

Il en est de même de la phobie sociale. Aucun fait réel ne vient étayer cette plainte de phobie sociale et d'agoraphobie. Aucun de mes confrères n'a mentionné que l'expertisée ne supportait pas de rencontrer d'autres personnes

dans leur salle d'attente ou qu'ils devaient adapter les heures de rendez-vous en raison d'une telle phobie. J'estime donc pouvoir exclure le diagnostic de phobie sociale ainsi que celui d'agoraphobie.

Cette expertisée ne présente aucune plainte ni aucun signe de trouble obsessionnel compulsif. Aucun élément au dossier ne mentionne un tel diagnostic ou des observations qui pourraient justifier ou faire suspecter un tel diagnostic. J'exclus donc tous les diagnostics de trouble obsessionnel compulsif

Le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 février 2009 avait posé les diagnostics d'anxiété généralisée avec épisodes aigus, d'attaques de panique et d'anxiété organisée. De même le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 mars 2009 avait également posé le diagnostic d'attaque de panique. Aucun de ces rapports ne donne une description clinique des attaques de panique de l'expertisée. L'examen psychiatrique que j'ai pratiqué ne permet pas de retenir un tel diagnostic. Certes cette expertisée dramatise très largement toutes les affections somatiques dont elle peut souffrir mais elle ne présente pas d'attaque de panique. A aucun moment il n'a été fait mention qu'elle présente un sentiment de mort imminente et qu'elle se rende dans un service d'urgence craignant de mourir d'une crise cardiaque, par exemple. J'estime donc que le diagnostic de trouble panique ou d'anxiété épisodique paroxystique ainsi que le diagnostic d'anxiété généralisée peuvent être exclus.

Cette expertisée présente une théâtralité indéniable avec un discours particulièrement fleuri. Mais elle ne présente pas de "belle indifférence". Les troubles qu'elle présente n'évoquent pas des atteintes neurologiques de type paralysie ou amnésie ou tics. J'exclus donc les diagnostics de trouble dissociatif ou de conversion dans leur ensemble.

Malgré les plaintes de souffrir de troubles post-traumatiques dont il est fait mention dans la première demande de prestations auprès de l'Office AI, cette expertisée ne présente aucune plainte ni aucun signe d'un état de stress post-traumatique. La plainte d'avoir été violée peut être mise en doute tant le récit qui en est fait paraît romanesque. D'autre part, Mme [...] [physiothérapeute de la recourante], interrogée à ce sujet, est convaincue qu'il n'y a pas eu de viol. Enfin l'expertisée mentionne ce viol dans son discours mais ne manifeste aucun signe d'émotion particulière à cette évocation. Elle ne mentionne pas non plus faire des cauchemars particuliers en relation avec cet événement. J'exclus donc un diagnostic d'état de stress post-traumatique.

J'exclus également tous les diagnostics de trouble de l'adaptation puisqu'ils sont censés ne durer que sur une période de temps limitée et ne peuvent représenter habituellement une cause de handicap sur une longue durée.

J'exclus également, à la suite de l'examen somatique par le Dr C. \_\_\_\_\_, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi que le diagnostic de somatisation. Les plaintes de douleurs de l'expertisée sont ubiquitaires mais il n'y a pas de sentiment de détresse. Ces douleurs n'ont pas un caractère d'intensité tel qu'on le rencontre habituellement dans le syndrome douloureux somatoforme persistant. Les plaintes somatiques de l'expertisée sont multiples mais elle n'a pas consulté une multitude de médecins, convaincue que l'on ne trouvait pas l'affection grave dont elle était atteinte. J'estime donc que l'on peut exclure aussi bien le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant que celui de somatisation.

Enfin, j'exclus les diagnostics de trouble de l'alimentation. Il n'y a aucune plainte ni aucun signe d'anorexie ou de boulimie.

Après cette longue liste d'exclusion de diagnostics, il reste à discuter le diagnostic de trouble de la personnalité. Selon la CIM-10, un trouble de la personnalité se caractérise par des attitudes et des comportements dysharmonieux, un mode de comportement anormal et durable, profondément enraciné et clairement inadapté à des situations personnelles et sociales variées, apparaissant à l'adolescence et se poursuivant à l'âge adulte, à l'origine d'une

souffrance personnelle considérable, parfois d'apparition tardive, et associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social.

Cette expertisée présente certaines caractéristiques d'un trouble de la personnalité. Elle présente clairement un discours peu clair, particulièrement fleuri, voire amphigourique. Elle amplifie toutes ses plaintes et ne voit sa vie que comme un enchaînement de catastrophes. Elle a beaucoup de peine à se tenir à des éléments de réalités et sa biographie est à chaque fois évoquée sous forme d'un conte, grandiose ou triste selon les époques. Néanmoins cette expertisée est parfaitement socialisée et acculturée. Elle a pu demander sa naturalisation et elle l'a obtenue. Néanmoins elle présente des traits de personnalité particuliers par une théâtralité, un recours au mensonge comme elle le reconnaît elle-même, un besoin d'être prise en considération et d'être au premier plan. J'estime donc pouvoir poser un diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec des traits histrioniques et mythomanes. Mais je tiens à souligner que ce diagnostic pourrait être contesté car il ne remplit pas tous les critères de la CIM-10 que j'ai cités plus haut.

#### 9. Appréciation et pronostic

Je pose un diagnostic de trouble de la personnalité en raison des éléments au dossier et des éléments de symptomatologie présents lors des entretiens que j'ai eus avec l'expertisée.

Ce diagnostic ne correspond pas à celui qui a été posé par Mme le Dr A. \_\_\_\_\_ aussi bien dans son rapport du 14 décembre 2004 que dans celui du 24 mars 2009 puisqu'elle posait alors exclusivement le diagnostic [de] syndrome douloureux somatoforme persistant. J'ai indiqué plus haut les raisons qui me conduisent à exclure ce diagnostic.

J'exclus les différents diagnostics posés par le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 février 2009. Dans ce rapport, les différents diagnostics ne sont pas motivés. Le Dr L. \_\_\_\_\_ ne décrit aucune symptomatologie précise et se contente d'aligner les diagnostics.

Comme je l'ai expliqué plus haut, j'ai exclu tous les diagnostics de trouble dépressif sévère, d'anxiété généralisée avec épisodes aigus, d'attaque de panique et d'anxiété organisée, d'agoraphobie et de phobies sociales.

Certes le Dr L. \_\_\_\_\_ décrit d'une certaine manière dans ces différents rapports une patiente inadaptée, dit sa difficulté à comprendre quelles ont été ses activités professionnelles. Il évoque une confabulation d'allure mythomane. Il pose un diagnostic de trouble de la personnalité. Dans son premier rapport du 3 février 2009 il pose un diagnostic de trouble de la personnalité de type émotionnellement labile, type borderline, puis dans son rapport du 3 décembre 2010 il pose un diagnostic général de trouble de la personnalité, du fonctionnement psychologique et du comportement mais à nouveau sans le motiver réellement. Certes il donne certains éléments de symptomatologie mais ne précise pas le dysfonctionnement qu'il prétend observer ni ne donne d'éléments objectifs qui permettraient d'asseoir un tel diagnostic.

La description qu'il donne des troubles de l'expertisée est en fait une transcription de ses plaintes. Le dernier rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ est éloquent à ce propos puisqu'il écrit le 29 novembre 2011 que l'expertisée présente *"une très mauvaise évolution d'une infection d'un sein, peut-être une dégénérescence grave"* alors que qu'il s'agit d'une infection qui n'a pas de caractère de gravité et qui ne met pas en danger la vie de l'expertisée. Mais il se fait l'écho du discours emphatique de l'expertisée sans prendre le recul nécessaire.

Le Dr L. \_\_\_\_\_ reconnaît dans son rapport du 11 octobre 2011 que la dysharmonie adaptative est difficile à évaluer. Il reconnaît également la part de subjectivité de son appréciation. J'estime qu'il ne se montre pas assez critique face aux plaintes multiples de l'expertisée et ne fournit jamais d'éléments objectifs.

Je pose néanmoins un diagnostic de trouble de la personnalité en raison du comportement particulier de l'expertisée. Néanmoins, si l'on se réfère aux critères de la CIM-10, il faut reconnaître que ces critères ne sont pas strictement remplis. En effet, le comportement de l'expertisée devrait être clairement inadapté à des situations personnelles et sociales variées à l'origine d'une souffrance personnelle considérable et associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social.

Or on ne peut pas affirmer que le comportement de l'expertisée est inadapté. Certes cette expertisée ne travaille plus depuis 2000 au moins. Mais elle a vécu en couple pendant de nombreuses années, elle a élevé trois enfants ; elle a été à même de divorcer et de vivre seule depuis lors ; elle a pu demander sa naturalisation et l'obtenir. Elle manifeste ainsi objectivement des capacités d'intégration sociale parfaitement normales. Elle maintient d'autre part des relations suivies avec ses différents thérapeutes depuis de nombreuses années : médecins, physiothérapeute, pharmacienne. Il n'y a donc pas de troubles majeurs des relations interpersonnelles. Certes les différents thérapeutes dans leur rapport manifestent clairement prendre distance des plaintes emphatiques de l'expertisée et doutent vraisemblablement de sa compliance aux traitements prescrits. Mais cela ne conduit jamais à des ruptures comme ce serait le cas si l'expertisée présentait un trouble de la personnalité de type borderline.

En conséquence le trouble de la personnalité dont souffre l'expertisée n'a pas de répercussion majeure sur sa vie sociale et relationnelle.

Il est vraisemblable qu'aucun traitement ne sera à même de modifier ce trouble de la personnalité, comme le reconnaît lui-même le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 décembre 2010 : *"Il est évident, après plus de 2 ans de suivi [sic] qu'il n'y a aucune amélioration, il n'y a même pas de stabilisation."* L'expertisée ne demande pas de changement notable de sa manière de fonctionner. Elle attend seulement de son thérapeute qu'il entende ses plaintes.

D'autre part les troubles de la personnalité sont particulièrement difficiles à traiter et à faire évoluer car ils sont ancrés dans un mode de fonctionnement quasiment constitutionnel.

#### 10. Capacités professionnelles

Il s'agit maintenant de déterminer la capacité de travail de l'expertisée en fonction des atteintes à la santé somatique et psychique.

Les atteintes à la santé somatique ne représentent quasiment aucune limitation fonctionnelle. [...]

Du point de vue psychiatrique, les limitations fonctionnelles sont également de peu d'ampleur. Cette expertisée est à même de travailler seule ou dans une équipe, en relation avec des usagers ou des clients. Elle ne présente pas de troubles cognitifs majeurs qui altèrent sa capacité de travail ou son rendement. Il n'y a pas non plus de limitation horaire.

Sur le plan social cette expertisée n'a pas de limitations particulières malgré les plaintes qu'elle présente de ne vouloir voir personne et d'avoir peur de tout. Il n'y a pas d'affection psychiatrique ou médicale qui limite la capacité de l'expertisée à entrer en relation avec autrui.

L'expertisée est parfaitement capable de s'adapter à un environnement professionnel. Il n'y a pas de facteurs psychiatriques ou médicaux qui limiteraient cette capacité d'adaptation.

La capacité de travail n'a pas évolué de manière notable depuis de nombreuses années. Il n'y a pas d'aggravation notable de l'état de santé somatique ou psychique depuis de nombreuses années. En conséquence les activités professionnelles exercées antérieurement sont toujours possibles aujourd'hui.

Des mesures de réadaptation professionnelle ne se justifient pas car les atteintes à la santé ne présentent pas un handicap qui n'autorise pas les activités professionnelles exercées antérieurement.

Il est néanmoins vraisemblable que cette expertisée qui n'a plus travaillé depuis plus de dix ans, ne s'estimera pas [à] même de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit même à temps partiel. Mais il s'agit de convenances personnelles et non de facteurs médicaux de limitation à proprement parler. »

**d)** Par écriture du 25 octobre 2013, l'intimé a observé qu'il ressortait des expertises précitées que la recourante présentait tout au plus des limitations fonctionnelles mineures qui ne remettaient pas en cause sa capacité de travail. L'état de santé était inchangé depuis de nombreuses années. Ces conclusions étaient fondamentalement superposables à celles sur lesquelles la décision litigieuse était fondée. L'intimé proposait dès lors une nouvelle fois le rejet du recours.

Par écriture du 26 février 2014, la recourante a informé la Cour qu'elle n'avait pas de déterminations particulières à déposer.

**G.** Par décision du 29 février 2012, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 février 2012, comprenant l'assistance d'office de Me Flore Primault.

### **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, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 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 LPGA).

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur le caractère invalidant des atteintes à la santé qu'elle présente.

**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 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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.

**b)** Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas 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 (TFA I 408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références).

**c)** Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2). Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence

ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, le tribunal ne contrôle pas si les conditions de l'entrée en matière selon l'art. 87 RAI étaient remplies (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2).

**d)** Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 précité consid. 4.2).

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 ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**4.** Dans le cas présent, la décision litigieuse portant sur une révision au sens de l'art. 17 LPGA, on observera d'entrée que les conclusions du mémoire complémentaire de la recourante produit le 23 mars 2012 sont irrecevables en tant qu'elles concernent une demande de révision procédurale au sens de l'art. 53 LPGA, laquelle ne fait pas l'objet de la décision attaquée, faute pour l'intimé d'avoir initié d'office une telle révision procédurale, respectivement pour la recourante d'avoir déposé une demande dans ce sens s'agissant des décisions de refus de prestations des 29 mars 2006 et 1<sup>er</sup> juillet 2009, telles qu'entrées en force.

Cela étant, l'intimé étant entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 9 novembre 2010, il convient d'examiner au fond si l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la précédente décision, rendue le 1<sup>er</sup> juillet 2009, fonde une invalidité donnant droit à des prestations, plus particulièrement à une rente (cf. supra consid. 3c).

Au vu des éléments médicaux au dossier et des arguments avancés par la recourante, le Tribunal de céans a jugé nécessaire la mise

en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique. Sur demande de l'expert B.\_\_\_\_\_, un volet somatique a également été mis en œuvre.

Le rapport rendu dans ce contexte le 23 septembre 2013 remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 3d).

En effet, les experts se sont fondés sur le dossier médical complet de la recourante, y compris sur les derniers avis des médecins traitants, ont rendu compte d'une anamnèse rigoureuse et détaillée et ont relevé avec précision les plaintes alléguées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et fouillées. Les conclusions de l'expertise sont non seulement dûment motivées, mais également convaincantes compte tenu des éléments constatés dans l'anamnèse médicale. En particulier, le Dr C.\_\_\_\_\_ démontre que les plaintes de l'expertisée, les atteintes qu'elle allègue, de même que les traitements qu'elle prétend suivre, ne sont corroborés ni par les résultats de son propre examen clinique, ni par les observations et conclusions des divers praticiens consultés. Quant au Dr B.\_\_\_\_\_, il exclut de manière systématique et argumentée non seulement les diagnostics retenus par le Dr L.\_\_\_\_\_ - lesquels ne sont du reste pas motivés au moyen de constatations médicales objectives -, mais également les divers types d'atteintes psychiatriques qui pourraient correspondre aux plaintes de la recourante. Si le Dr B.\_\_\_\_\_ relève la difficulté d'analyse du cas, notamment en raison des incohérences, contradictions et de la tendance à l'exagération, voire à la mythomanie de la recourante - que tous les médecins intervenus ont du reste également observés -, il est clair sur le fait que cette dernière ne présente aucune atteinte invalidante sur le plan psychiatrique.

Les experts, dont les conclusions ne sont par ailleurs pas contestées par les parties, doivent ainsi être suivis. Partant, la recourante ne présente que des limitations fonctionnelles minimales sur le plan somatique, présentes depuis plusieurs années, sans évolution, n'ayant pas d'incidence sur capacité de travail.

Partant, la décision litigieuse s'avérant bien fondée, elle doit être confirmée et le recours rejeté en conséquence, dans la mesure où il est recevable.

**5.** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr., montant avancé par la recourante et laissé à sa charge dès lors qu'elle succombe.

La recourante ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'assistance d'office d'un mandataire, une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sera supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement.

S'agissant du montant de l'indemnité, il doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]).

Me Primault a produit, le 23 octobre 2014, une liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. Après

examen détaillé, le temps consacré à certaines opérations listées apparaît toutefois trop important vu le degré de complexité de la cause. Il en va ainsi de l'ouverture et de la prise de connaissance du dossier de la recourante pour lesquelles un total de 1 h 10 a été consacré, et de la prise de connaissance du dossier de l'assurance-invalidité pour laquelle 5 h 55 ont été consacrées, ce qui est excessif. Le temps indiqué pour la rédaction du mémoire complémentaire au recours de plus de 10 h apparaît également trop élevé. Finalement, les opérations ultérieures au présent jugement dont Me Primault estime qu'elles nécessiteront 55 min ne peuvent être prises en compte dès lors qu'elles sont postérieures à la présente procédure.

Eu égard aux constatations qui précèdent, il convient de retrancher 12 h à la liste des opérations précitées, soit 720 min au total de 2'425 min calculé par Me Primault. Il y a lieu de rémunérer ces heures au tarif usuel (180 fr./heure), soit un montant de 5'115 fr., d'y ajouter la TVA (8 %) et les débours, par 49 fr., ce qui représente un montant total de 5'573.20 francs.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 28 septembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de la recourante.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

**V.** L'indemnité d'office de Me Flore Primault est arrêtée à 5'573 fr. 20 (cinq mille cinq cent septante-trois francs et vingt centimes).

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Flore Primault, avocat (pour T. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :