COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 février 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Thalmann et Berberat
Greffière : Mme Pellaton

*****

Cause pendante entre :

T._____, à Bex, recourante, représentée par Me Aba Neeman, avocat à Monthey,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8, 16, 17, 61 let. c LPGA, art. 4 al. 1, 28 et 29 LAI, art. 88a al. 2 RAI

E n f a i t :

A. **a)** T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, mariée, mère de 3 enfants nés entre 1981 et 1994, originaire du Kosovo, sans formation professionnelle, vit en Suisse depuis décembre 1994. Selon une attestation du 22 mai 2006, elle est au bénéfice d'un permis d'établissement (permis C). Elle a travaillé à 80 % en tant qu'employée de maison de juillet 2000 à février 2006 pour l'Institut B._____ à [...]. Elle a déposé en avril 2006 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en invoquant des troubles somatoformes douloureux.

b) Dans un rapport médical rédigé à l'intention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 15 mai 2006 par le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, sont retenus comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un trouble somatoforme douloureux persistant (F 45. 4), existant depuis 2002, et un syndrome restrictif sur probables séquelles infectieuses pulmonaires, existant depuis l'enfance. Ce médecin a retenu notamment que la situation était réellement difficile et les progrès quasiment nuls. Selon lui, toute reconversion professionnelle était "évidemment illusoire" et le but était déjà d'obtenir que l'assurée puisse gérer elle-même son ménage. Il a déclaré avoir adressé cette dernière à l'association O._____. Il a joint à son rapport un courrier du Dr H._____, du Centre [...] de la Fondation C._____ du 24 juin 2005, qui retient également le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant.

c) Le 17 mai 2006, l'assurée a déclaré dans un questionnaire de l'OAI qu'elle aurait travaillé à 100 % en tant que femme de ménage, si elle avait été en bonne santé.

d) Le 22 mai 2006, l'assurance perte de gain de l'assurée a transmis le dossier de cette dernière à l'OAI. Il contenait notamment un

rapport d'expertise médicale du Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, rédigé le 27 juillet 2005, sur la base du dossier de l'assurée, d'un entretien et d'un examen clinique du 21 juillet 2005. Il avait lui aussi retenu le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble somatoforme douloureux persistant, évoluant depuis trois ans environ. Dans son appréciation du cas, il a exposé que l'assurée présentait depuis trois ans environ des douleurs diffuses, mal systématisées, intéressant aussi bien le squelette que les muscles et même les téguments, sans substrat organique décelable. Aucun traitement n'avait amélioré ses douleurs, qui étaient invalidantes. Au fil du temps, cette symptomatologie douloureuse devenue handicapante avait complètement rétréci son champ d'activité. Elle ne faisait plus rien, mobilisant l'attention des siens, spécialement de sa fille et de son mari pour recevoir ses plaintes et s'occuper de son ménage. L'assurée n'était certainement pas une simulatrice. Elle souffrait réellement même si ces douleurs n'avaient pas de fondement organique. Le pronostic à plus ou moins long terme paraissait mauvais et il semblait difficile de prévoir une amélioration de la symptomatologie à court terme. Il était difficile de prévoir à l'avance une reprise d'activité. Il n'était pas exclu non plus qu'en fixant une date et en faisant pression sur l'assurée, un processus d'amélioration voire de guérison puisse être enclenché. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 5 avril 2005. A la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, le médecin a répondu que du point de vue somatique, elle devait être de 100 %. Du point de vue psychiatrique, une réévaluation quelques mois plus tard était à envisager.

e) Le 18 juillet 2006, la psychologue L._____, O._____, a rédigé un rapport à l'intention de l'OAI. Elle a également retenu comme diagnostics affectant la capacité de travail de l'assurée un syndrome douloureux somatoforme persistant existant depuis 2002. Elle a relevé que la symptomatologie psychique et douloureuse apparaissait très peu compatible avec une activité professionnelle. Elle a estimé que la faible potentialité évolutive du tableau clinique ne permettait pas d'envisager une amélioration importante du fonctionnement global de l'assurée, ni par conséquent de sa capacité à assumer une activité professionnelle.

f) Dans un rapport du 19 juillet 2006, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de troubles somatoformes douloureux sur état dépressif et fibromyalgie, ainsi que des troubles statiques du rachis et spondylose dorsale débutante. L'assurée était alors incapable de travailler comme femme de ménage ou dans toute autre activité physique. Il était possible que le traitement psychiatrique améliore suffisamment l'état dépressif pour obtenir une reprise du travail comme femme de ménage à 50 %. Le traitement était prolongé, l'évolution restant incertaine.

B. En l'absence d'avis d'un médecin psychiatre, l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'un examen psychiatrique par son Service médical régional (ci-après : SMR). Le 3 décembre 2007, la Dresse N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a ainsi effectué un examen psychiatrique de l'assurée avec l'assistance d'un traducteur de langue albanaise du Kosovo. Elle a rendu son rapport le 14 janvier 2008, dans lequel elle a conclu à une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle d'employée de maison de 100 % depuis toujours. Elle a précisé que l'impressionnant déconditionnement physique de l'assurée n'était pas lié à une atteinte médicale à la santé. Elle n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu une toxicomanie aux opioïdes sur prescription médicale et des "plaintes douloureuses diffuses et généralisées, notions de trouble somatoforme douloureux persistant et de fibromyalgie selon documents médicaux". On extrait de son appréciation du cas ce qui suit :

> "L'appréciation de ce jour met en évidence une femme de bonne constitution psychique, qui n'a aucune plainte d'ordre strictement psychiatrique. Par contre, son aspect frappe d'emblée par une problématique de toxicomanie aux opioïdes : l'assurée a le teint blême, les traits tirés, elle se plaint de vertiges, de constipation et d'une fatigabilité. Confrontée à ces prescriptions, elle répond « qu'il lui faut tout ce traitement sous peine de souffrir de douleurs insupportables ». Le positionnement de l'assurée dans un rôle d'invalide est massif, il conduit à un déconditionnement physique et psychique qui la pousse à devenir complètement inactive au quotidien. Cette inactivité est à inscrire dans un contexte relationnel, il ne s'agit pas d'une atteinte médicale à la santé. L'assurée

n'a ainsi aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail.

Face à la notion de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie, l'assurée n'a donc pas de comorbidité psychiatrique. Selon les documents en notre possession, il n'y a pas d'affection corporelle chronique qui puisse porter préjudice à son exigibilité professionnelle. Le processus maladif s'étend, semble-t-il, depuis 2001, avec une mise en arrêt de travail en avril 2005. Il n'y aurait pas eu de rémission durable. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, l'assurée ayant toujours eu une vie sociale relativement pauvre. Le processus défectueux de résolution du conflit pourrait être mis en corrélation avec l'émancipation de la fille aînée. En effet, en raison des douleurs de l'assurée, cette fille doit se rendre au quotidien chez l'assurée pour exécuter les divers travaux ménagers. Les traitements conformes aux règles de l'art sont incontestablement excessifs, avec surconsommation. Il n'y a pas de signe de non-coopération, mais l'assurée refuse clairement de se reconditionner, que ce soit sur le plan physique, comme psychique (il lui a notamment été proposé de se déplacer à minima, par exemple en marchant ou en allant relever son courrier, ce qu'elle refuse en raison de ses douleurs et de ses difficultés respiratoires).

Dans ce contexte, le médecin traitant, le Dr S._____, a été contacté par téléphone. Celui-ci n'était pas au courant de la prescription de MST (il est possible que j'aie mal lu sur la carte de médicaments, mais l'assurée m'a confirmé le nom de la substance). Quoiqu'il en soit, ce médecin s'accorde parfaitement au fait que l'assurée consomme une médication excessive, notamment sur le plan des opioïdes. Il dit être mis sur le fait accompli par sa patiente, car il doit systématiquement signer des ordonnances après que le médicament ait été délivré par la pharmacie (attitude manipulatoire).

En conséquence, l'assurée a les moyens psychiques de surmonter sa problématique douloureuse chronique, son tableau actuel sort du champ médical."

Suite à cet examen, ainsi qu'à l'avis médical du 16 janvier 2008 du Dr G._____, médecin auprès du SMR, reprenant les conclusions de l'examen précité, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision du 9 juillet 2008 qui tendait au rejet de la demande de prestations. En effet, une pleine valeur probante devait être reconnue à l'examen réalisé par la Dresse N._____, et il devait dès lors être constaté l'absence de comorbidité psychiatrique pouvant mener à retenir le trouble somatoforme douloureux comme atteinte invalidante au sens de l'AI, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral.

C. L'assurée a formulé des objections le 5 août 2008, constatant notamment que le rapport le plus récent en possession de l'OAI datait de février 2006. Elle a signalé avoir été hospitalisée pour des problèmes pneumologiques en 2007, ainsi que durant trois semaines en 2008. Elle devait actuellement prendre des antibiotiques pour ses problèmes de

poumons pour une période de 5 mois. Elle voyait depuis trois ans un psychologue à raison de deux consultations par mois. Depuis trois ans également, elle se rendait à l'association O._____ pour consulter un psychiatre et un psychologue une fois par mois. Elle demandait à l'OAI d'instruire la question de ses problèmes pneumologiques ainsi que psychiatriques. Selon elle, les conditions pour retenir une incapacité de travail en raison du trouble somatoforme douloureux étaient réunies.

Sur demande de l'OAI, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a rédigé le 1er décembre 2008 un rapport médical, sur la base de son dernier examen du 15 juin 2006 et d'une lettre de sortie de l'Hôpital W._____, dans lequel l'assurée avait séjourné du 26 mars 2008 au 15 avril 2008. Le Dr R._____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : syndrome d'hyperventilation chronique, bronchectasies kystiques bilatérales colonisées par Pseudomonas aeruginosa, broncho-pneumopathie obstructive chronique modérée, trouble somatoforme douloureux de type fibromyalgie, état dépressif, statut après tuberculose latente traitée. Le pronostic était défavorable en raison de l'état dépressif. Le Dr R._____ renvoyait au médecin traitant de la patiente concernant l'incapacité de travail.

Dans le rapport médical de sortie du 20 mai 2008, les Drs A._____, spécialiste en pneumologie et en médecine interne générale, et D._____, de l'Hôpital W._____, avaient retenu les diagnostics cités par le Dr R._____, à l'exception de la bronchopneumopathie obstructive chronique modérée, ainsi que des douleurs thoraciques bilatérales. Ils ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail. On extrait de leur rapport ce qui suit :

> "Dans le contexte d'un état dépressif accompagnant le syndrome douloureux chronique, Mme T._____ est vue par notre psychiatre de liaison, le Dr M._____ au cours de l'hospitalisation. Ce dernier ne propose pas de modification de traitement et se montre en faveur de la poursuite du Surmontil 100mg/j. Il suggère cependant des visites plus fréquentes au centre O._____ à raison de 2 fois par mois au minimum. […]

Au terme du séjour, nous notons une nette amélioration clinique et fonctionnelle avec des fonctions pulmonaire montrant un piégeage gazeux diminué associé à un gain de près de 300 ml amenant le VEMS à 66 % du prédit. La manœuvre reste cependant difficile, mais le gain justifie actuellement le maintien du traitement broncho-dilatateur et corticoïde topiques. Le test de marche de 6 min montre une augmentation du périmètre de marche de 115 m. On note également une amélioration des échanges gazeux avec disparition de l'alcalose respiratoire et de l'hyperventilation chronique avec des valeurs gazométrique dans la norme à la sortie.

Mme T._____ est consciente des progrès effectués et a accepté d'augmenter ses visites à O._____ ainsi que son activité physique. Nous lui expliquons le caractère chronique de ses douleurs ainsi que le bénéfice incontestable du maintien d'une activité physique quotidienne dans ce contexte.

La patiente rentre à domicile le 15.04.08 avec une ordonnance pour 9 séances de physiothérapie respiratoire et de réentraînement physique […]".

Le SMR s'est à nouveau prononcé, en date du 6 février 2009, considérant notamment que l'atteinte pulmonaire de l'assurée entraînait des limitations fonctionnelles, qui devaient pouvoir être respectées dans son activité. Il relevait que l'assurée avait travaillé jusqu'en 2006, alors qu'elle était déjà porteuse des bronchectasies.

La Dresse E._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué, dans un courrier adressé au mandataire de l'assurée le 26 août 2009, avoir suivi cette dernière de mai 2002 à février 2005. Elle avait repris l'assurée en charge fin 2008, à la demande expresse de sa psychiatre. A l'instar des autres médecins, elle a retenu d'importants troubles respiratoires, un trouble somatoforme douloureux, une dépression sévère, ainsi que des troubles digestifs chroniques. Selon elle, concernant la capacité de travail, il était clair que, objectivement et médicalement parlant, les troubles respiratoires entraînaient une importante invalidité. A cela s'ajoutaient les affections plus mixtes, avec les douleurs intenses de la patiente, une hypotrophie musculaire et un état dépressif important. Ces affections étaient clairement invalidantes.

Par avis médical du 13 janvier 2010, le SMR a déclaré que le document précité ne contenait aucun élément de nature à modifier sa position. En effet, le trouble somatoforme douloureux avait été pris en compte par la Dresse N._____, cette dernière n'avait pas retenu de

dépression sévère et concernant les troubles digestifs chroniques, le Dr V._____ avait relevé un status digestif strictement normal.

L'OAI a considéré notamment, dans une communication interne du 26 janvier 2010, que sur le plan pneumologique, les troubles respiratoires présentés par l'assurée et les limitations fonctionnelles y relatives, soit un environnement propre, pas de travail lourd, une activité semi-sédentaire, n'étaient plus compatibles avec l'exercice de son ancienne activité de femme de ménage. Par conséquent, sa position de refus de toute prestation, faute d'atteinte à la santé invalidante ne correspondait plus à la situation de l'assurée. Il convenait de soumettre le dossier à l'un de ses spécialistes en réinsertion professionnelle pour analyse de la situation en particulier confirmer que l'activité habituelle n'était plus adaptée aux limitations fonctionnelles et cas échéant déterminer dans quel type d'activités adaptées l'assurée pouvait encore travailler.

D. Le 6 mai 2010, l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible dans une activité adaptée, soit une activité industrielle légère, dans un environnement non poussiéreux et sans port de charges (par exemple conditionnement léger, mise sous pli, assemblage à l'établi). Il a retenu un revenu sans invalidité de 45'611 fr. et un salaire exigible final de 45'141 fr. 41 compte tenu d'un abattement de 10 %.

L'OAI a ainsi rendu un nouveau projet de décision le 21 février 2011, rejetant la demande de rente au motif que, vu la comparaison des gains avant et après invalidité, l'assurée était en mesure de retrouver une capacité de gain au moins égale à celle qui aurait été la sienne sans invalidité. Elle ne subissait par conséquent aucun préjudice lié à son état de santé. Elle avait en revanche droit à une aide au placement.

E. La psychologue Z._____, d'O._____, a rédigé un courrier le 9 mars 2011 à l'intention du mandataire de l'assurée, constatant que le projet précité ne faisait pas mention du rapport psychiatrique qu'elle avait établi avec la Dresse Q._____, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie, le 20 mars 2009. Or, elles y mettaient justement en avant un élément nouveau apparu dans l'état de santé de leur patiente, qui avait pu enfin oser, grâce à la confiance établie dans une relation thérapeutique de longue durée, aborder des symptômes florides de la lignée psychotique, restés jusque-là dans l'ombre, comme c'était souvent le cas avec ce type de symptômes provoquant de la honte chez les personnes qui en souffraient. L'assurée n'était plus capable d'assumer aucune tâche ménagère. Le traitement visait un endiguement de l'aggravation symptomatique et un maintien des fonctions actuelles, mais l'on ne pouvait compter sur une amélioration suffisante pour une reprise d'activité lucrative. L'on se situait dans une perspective de chronicité. Ce courrier ayant été transmis à l'OAI par le mandataire de l'assurée, le SMR a relevé, par avis médical du 29 mars 2011, ne jamais avoir été en possession du rapport du 20 mars 2009. Ledit rapport a dès lors été transmis à l'OAI, le 15 avril 2011. On en extrait ce qui suit :

"Symptômes actuels :

Symptômes de la lignée dépressive : perte de l'élan vital, perte de plaisir, aboulie, fort ralentissement idéomoteur, baisse de l'estime de soi, dévalorisation, fatigabilité, épuisement psychique, tristesse, perte d'espoir, idéations suicidaires sans scénario, isolement, troubles de la mémoire et de la concentration. Troubles du sommeil avec cauchemars dans lesquels elle se sent parmi les morts, elle y rêve plus spécifiquement de son père.
Symptômes florides : sensation d'être avec des morts, sent une présence dans son dos, sent une présence dans le lit à côté d'elle alors qu'elle est seule, voit une femme qui s'assied au bord de son lit pour lui parler, entend des cris de sa fille, entend qu'on l'appelle par son prénom, entend une respiration à côté d'elle, entend quelqu'un entrer chez elle alors qu'il n'y a personne. Dans ses cauchemars, un appel à rejoindre le monde des morts lui est transmis. Ces phénomènes provoquent une angoisse importante qui lui laisse la sensation de vivre dans la peur. L'angoisse psychotique est dès lors très importante. L'abaissement de l'humeur est plus marqué le matin, alors que l'angoisse est plus intense le soir. Les hallucinations morbides sont congruentes à l'humeur.
Symptômes douloureux : présence constance de fortes douleurs « dans tout le corps », céphalées avec photophobie, plainte douloureuse empreinte d'une grande détresse.
Ces convictions à tonalité délirante de culpabilité et de ruine n'apparaissent qu'avec une écoute et un interrogatoire très précis qui permet à Mme T._____ de sortir de son retrait. Elle évoque également le sentiment de ne pas être appréciée de ses proches et la peur que ses enfants la détestent en raison de sa maladie. Elle se dit convaincue que personne ne croit qu'elle souffre réellement de très fortes douleurs et que personne ne la comprend.
[…]

Diagnostic :

F 33.3 Trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques, minimum depuis 2002

Nous renonçons au précédent diagnostique de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), en raison de la mise au jour de la symptomatologie dépressive avec symptômes psychotiques florides. En effet, c'est dans le cadre de l'évolution de la relation thérapeutique de confiance que Madame T._____ a petit à petit osé aborder ces symptômes, tels que les sensations d'une présence ou les voix, qui la plongent dans une angoisse torpide, raison pour laquelle elle n'avait pas oser en parler à ce jour. Dans cette perspective, la douleur s'inscrit comme un des éléments d'une pathologie sous-jacente de la lignée psychotique. L'efficacité du neuroleptique à apaiser les angoisses, dès son introduction, confirme la présence d'un tableau psychotique.

[…]

Pronostic :

Le traitement dispensé à Madame T._____ vise une amélioration symptomatique devant permettre un regain partiel d'autonomie dans les activités quotidienne et une diminution de la souffrance psychique."

Le SMR s'est prononcé le 11 mai 2011, relevant que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique externe paraissait indiquée.

F. **a)** Le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et la psychologue P._____ ont rendu un rapport d'expertise le 23 février 2012, sur la base d'un entretien du 10 janvier 2012 avec l'assurée, en présence d'une traductrice, d'examens et du dossier médical. Ils n'ont retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Ils ont en revanche posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de trouble somatoforme indifférencié (fibromyalgie) et de personnalité de type alexithymique, avec des éléments de dépendance. Les experts ont relevé ce qui suit dans la discussion du cas :

"Du point de vue psychopathologique, nous ne relevons aucun élément de la lignée psychotique. Madame T._____ ne présente aucune attitude d'écoute, ni d'éléments suggérant un délire paranoïde ou autre, structuré, voire même à peine élaboré. Ces "illusions", plus qu'hallucinations, surviennent quand elle se trouve dans son lit, est sur le point de s'endormir. Elles représentent ce que l'on appelle classiquement des hallunications hyponagogiques, autrement dit des sortes de "visions" surgissant entre la veille et le sommeil. D'ailleurs, ces phénomènes ne surviennent pas lorsque Madame T._____ sort de chez elle, ou à d'autres moments. Ils ne paraissent guère invalidants. Il faut aussi tenir compte des éléments culturels et d'une certaine suggestibilité, suivant comment le médecin oriente l'examen clinique.

Enfin, les examens paracliniques du 10.01.2012, démontrent l'excellente observance au traitement de Zyprexa, ceci expliquant au demeurant aussi cette relative stabilisation de son état psychique.

Outre cet élément, force est de constater la similitude des tableaux cliniques entre ceux mentionnés en 2004, 2006 et ceux du rapport d'O._____, de 2009 à 2011. A ce moment-là, Madame T._____ se trouve dans une situation économique difficile, puisqu'elle n'a plus de revenus depuis 2005. Son époux est seul à subvenir aux besoins de la famille.
[…]

Les émotions ne sont guère exprimées. A part les plaintes toujours superposables, il n'y a guère d'éléments nouveaux à l'examen clinique. On relève, comme cela a été suggéré par les autres rapports, ce que l'on peut appeler un discours qui traduit une modalité de type alexithymique. En effet, Madame T._____ reste pour l'essentiel focalisée sur ses symptômes physiques et a des difficultés à s'en éloigner, à parler de sa vie intérieure. L'évocation de ses émotions reste relativement modeste. Sa vie imaginaire est relativement limitée dans ses propos. Les faits sont annoncés de manière assez factuelle.

Lorsque Madame T._____ parle de sa situation, ses propos se limitent à décrire souvent une impression générale sur le fait qu'elle se sent tantôt mal, tantôt mieux, surtout au niveau psychique. L'expression émotionnelle paraît restreinte et le lien entre les manifestations comportementales et les événements déclencheurs lui est difficile à établir en raison de son faible recours à l'introspection.

Les phénomènes d'anticipation se limitent aux objets concrets, sans que jamais Madame T._____ puisse développer une véritable élaboration secondaire. Globalement, transparaît la dépendance envers son entourage, une dépendance passive agressive, dans le sens où l'assurée semble de cette manière exercer tout son pouvoir sur son environnement, qu'elle peut ainsi contrôler à loisir. En ce sens, l'inadaptation socio-culturelle explique en grande partie la "dépendance" objective de fonction à son entourage immédiat.

Madame T._____ paraît débordée par les émotions seulement lorsqu'on évoque le décès de son mari, le 10.11.2011, événement qui est bien entendu un drame personnel, mais plus généralement social, puisque c'est un probablement lui qui faisait office de vecteur d'intégration et surtout de soutien financier unique.

Au vu de ce qui précède, il est donc difficile de saisir sur quelle base directement, la Dresse Q._____ et Mme Z._____ ont pu mentionner une liste de symptômes impressionnante du registre de la lignée dépressive, chez une assurée qui ne livre rien, qui au questionnement direct est probablement assez suggestible, ce qui va de fait avec une intelligence limitée.

L'essentiel du tableau clinique suggère un trouble somatoforme indifférencié. Les plaintes sont assez générales, touchent tous les systèmes, peu spécifiques, guère invalidantes, ce qui est souvent appelé en médecine générale fibromyalgie.

Concernant sa personnalité, outre les éléments de dépendance liés à la situation objective, rien n'indique que Madame T._____ présente un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale."

Concernant la capacité de travail, ils ont notamment relevé que le pronostic objectif se faisait vers la régression. L'inadaptation socio-

culturelle était définitivement fixée. Les facteurs socio-culturels, l'absence de qualification professionnelle et les limitations linguistiques pouvaient l'emporter sur les aspects strictement médicaux. Du point de vue médical, les experts n'avaient pas de recommandations à faire, la prise en charge idoine ayant été mise en route. Ils relevaient pour le surplus que l'assurée avait le sentiment que son état s'était amélioré depuis 2005, grâce aux médicaments, ce qui n'était pas la moindre des contradictions avec les rapports émanant d'O._____ de 2009 et 2011.

b) Le SMR s'est déterminé sur l'expertise précitée le 7 mars 2012, concluant au maintien de sa position.

G. L'OAI a rendu une décision de refus de prestations le 23 mars 2012, reprenant le résultat de la comparaison des revenus effectuée à l'occasion de son projet du 21 février 2011. Il a en effet reconnu pleine valeur probante à l'expertise du Dr J._____ et de Mme P._____, qui ne retenait aucun diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique, de sorte que le projet précité devait être confirmé. L'OAI a également confirmé le droit au placement de l'assurée par communication du même jour.

H. T._____ a recouru contre la décision précitée le 27 avril 2012, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé principalement pour nouvelle décision dans le sens des considérants, subsidiairement afin qu'il mette sur pied une nouvelle expertise psychiatrique. Elle reproche en substance à l'intimé d'avoir accordé pleine valeur probante à l'expertise du Dr J._____ et de Mme P._____, alors qu'elle était contradictoire et montrait que les experts semblaient avoir des préjugés sur sa nationalité et sa situation économique. Il convenait en revanche de suivre les constatations des médecins d'O._____, dans la mesure où ce centre la suivait depuis près de sept ans et que ses rapports étaient bien étayés, et de lui allouer sur cette base une rente entière. Elle a produit avec son recours un rapport médical du 23 mai 2012 d'O._____, dont on extrait ce qui suit :

"Le traitement a permis d'atténuer la symptomatologie psychotique, l'évolution de l'humeur est restée moyenne, jusqu'à l'apparition d'un nouvel

épisode dépressif en octobre 2011, suite au décès du mari. On note depuis lors des pleurs silencieux systématiques à chaque entretien, accompagné d'un sentiment de désespoir. La souffrance morale est telle que Madame T._____ passe ses journées couchée à pleurer. Malgré une médication thymoleptique progressivement augmentée [...], on note une absence d'évolution favorable, ce qui nous a amené à programmer une hospitalisation en milieu psychiatrique, Madame T._____ est actuellement hospitalisée à la Fondation C._____."

Le SMR s'est prononcé sur cet avis médical le 26 juillet 2012, considérant que les éléments précités n'étaient pas de nature à jeter un doute sérieux sur les conclusions de l'expertise psychiatrique. Tout au plus pouvait-on considérer qu'il s'agissait d'une aggravation postérieure à ladite expertise et à la décision attaquée. L'OAI s'est rallié à cet avis par réponse du 16 août 2012 et a ainsi proposé le rejet du recours.

La recourante a produit, par réplique du 21 septembre 2012, le rapport de sortie de la Fondation C._____, dans laquelle elle avait séjourné du 1er au 25 mai 2012, en raison d'une décompensation dépressive. Ce rapport, daté du 19 septembre 2012, retient le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2).

L'OAI a maintenu sa position par duplique du 18 octobre 2012, considérant notamment que les éléments médicaux amenés ne faisaient pas état d'éléments objectivement vérifiables, qui auraient été ignorés lors des expertises qui fondaient la décision attaquée. Il n'était dès lors pas indiqué de procéder à de nouvelles investigations.

Par courrier du 11 décembre 2012, la recourante a encore produit un rapport d'O._____ du 10 décembre 2012 allant dans le même sens que les précédents.

Tant le SMR que l'OAI ont maintenu leur position par courrier des 3 janvier 2013, respectivement 21 janvier 2013.

Par écriture du 19 février 2013, la recourante a sollicité l'audition de Mme Z._____.

I. Par décision du 18 juin 2012, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante, dans le sens de la désignation de Me Neeman en tant que mandataire d'office et d'une exonération d'avance et de frais judiciaires.

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 (art. 69a al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (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, interjeté dans le respect du délai et des autres conditions formelles de recevabilité (art. 62 let. b LPGA notamment), le recours 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 l'existence ou non d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

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.

b) Selon l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou s'il a présenté une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption. En vertu de l'article 28 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006), la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40 % au moins, à une demi-rente pour un taux de 50 % au moins, trois quart de rente pour un taux de 60 % au moins et une rente entière pour un taux de 70 % au moins. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

4. 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 du 19 août 2009 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 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la

jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b ; 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. **a)** En l'espèce, l'intimé a reconnu que l'assurée présentait des limitations fonctionnelles dues à ses atteintes physiques, ce qui l'empêche d'exercer son activité habituelle. L'assurée ne conteste pas cette analyse, que le Tribunal de céans ne peut que suivre, vu les pièces au dossier.

b) Le litige porte en particulier sur l'existence ou non d'atteintes psychiques invalidantes au sens de l'AI. A cet égard, l'OAI a fondé sa décision sur les rapports d'expertises concordants de la Dresse N._____ et plus particulièrement du Dr J._____ et de Mme P._____, dont la recourante conteste la valeur probante.

Ce dernier rapport, qui conclut à l'absence d'atteinte psychique invalidante, se fonde sur le dossier médical de la recourante, sur un entretien avec cette dernière, effectué en présence d'une traductrice, des tests psychométriques et des examens paracliniques. La recourante reproche au rapport de contenir essentiellement un résumé des pièces du dossier. Cela ne saurait toutefois être considéré comme un

défaut, dans la mesure où il est justement attendu d'une expertise qu'elle prenne en compte les antécédents médicaux et les constatations faites par d'autres médecins. Le résumé des pièces figurant dans le rapport du Dr J._____ et de Mme P._____ est la preuve que ce travail a bien été fait.

Il doit être retenu que ladite expertise se fonde sur des examens complets et qu'elle prend en considération les plaintes de la recourante ainsi que l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et précis et les conclusions sont motivées. Contrairement à ce que prétend la recourante, les différents avis médicaux sont discutés, en particulier ceux d'O._____. Les experts expliquent précisément pourquoi ils ne retiennent aucun élément de la lignée psychotique ou dépressive. Ainsi, leur rapport remplit les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 4). Si les experts mentionnent effectivement les éléments culturels et la situation économique de la recourante, ils ne les utilisent toutefois pas pour motiver leurs constatations médicales, qui reposent sur une analyse objective de l'état de santé de la recourante. Il convient en outre de rappeler qu'une expertise se doit de tenir compte notamment de l'anamnèse professionnelle, affective et sociale, ainsi que socio-économique de l'expertisé, afin de distinguer précisément ce qui relève du contexte économique et social et ce qui relève du domaine médical.

Il sied encore de remarquer que les constatations du Dr J._____ et de Mme P._____ correspondent pour l'essentiel à celles effectuées par la Dresse N._____. Si une expertise indépendante a été mise en œuvre, ce n'est pas parce que l'OAI a estimé que le rapport de la Dresse N._____ n'était pas probant, mais en raison des symptômes de la lignée psychotique que les médecins d'O._____ avaient pu constater grâce, selon eux, à une relation thérapeutique de longue durée. Dans la mesure où les experts indépendants ont écarté cette hypothèse de manière convaincante, il peut être constaté que la Dresse N._____, dont

le rapport est également clair et complet, avait déjà relevé à raison que la recourante ne souffrait d'aucune atteinte psychique invalidante.

Concernant les rapports d'O._____, la Dresse L._____ avait retenu le 18 juillet 2006 le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, existant depuis 2002, sans toutefois motiver ce diagnostic. Abandonnant ce dernier diagnostic, la Dresse Q._____ et Mme Z._____ ont retenu, le 20 mars 2009, un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques, minimum depuis 2002. Elles ont expliqué ce changement de diagnostic par le fait que c'était grâce à l'évolution de la relation thérapeutique de confiance que l'assurée avait petit à petit osé aborder ces symptômes. Cet argument ne saurait toutefois suffire à expliquer un tel changement de diagnostic, un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques étant une atteinte fort différente d'un trouble somatoforme douloureux. Le 9 mars 2011, Mme Z._____ notait par ailleurs que l'état de sa patiente s'inscrivait dans une perspective de chronicité. Le Dr J._____ et Mme P._____ ont pourtant relevé que la recourante avait le sentiment que son état s'était amélioré depuis 2005, grâce aux médicaments. Le 23 mai 2012, O._____ signalait finalement l'hospitalisation de la recourante à la Fondation C._____. Cette dernière a noté dans son rapport de sortie que la recourante ne présentait pas de symptomatologie psychotique floride. Le SMR a par ailleurs relevé à raison que si l'hospitalisation de la recourante était due à une aggravation de son état de santé, cette dernière intervenait dans tous les cas postérieurement à la décision attaquée. Au vu de ce qui précède, les rapports des médecins d'O._____, dont il est à noter qu'ils sont les médecins traitants de la recourante, n'amènent pas d'éléments permettant de remettre en doutes les conclusions des experts.

Si la recourante souffre bien de trouble somatoforme, ce qu'ont retenu tant les experts qu'une partie des médecins traitants de la recourante, ces troubles, non accompagnés d'une comorbidité psychiatrique, ne suffisent pas à retenir l'existence d'une atteinte psychique invalidante au sens de l'AI.

c) La recourante a requis l'audition de Mme Z._____. L'appréciation anticipée des preuves permet toutefois d'y renoncer (TF 9C_543/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2 et les références ; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009 consid. 3 et les références). En effet, Mme Z._____ s'est prononcée par écrit à deux reprises durant la présente procédure (rapports d'O._____ des 23 mai et 10 décembre 2012), donc notamment après le rapport d'expertise du Dr J._____, dont elle avait connaissance. En outre, Mme Z._____ est psychologue et non psychiatre. Au vu de l'expertise concluante menée notamment par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le témoignage de Mme Z._____ ne permettrait pas au Tribunal de retenir une autre appréciation que celle de l'expert.

6. Des considérants qui précèdent, il résulte que l'OAI n'a pas violé le droit fédéral en rejetant la demande de prestations formée par la recourante et les griefs formulés par cette dernière doivent être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

7. 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 francs.

La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés 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 – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés et de l'ampleur du travail 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]) – le conseil d'office a produit une liste de ses opérations le 11 février 2014, dont il ressort qu'il a consacré au total 13h20 à la défense des intérêts de la recourante, dont 3h20 pour l'envoi de 20 correspondances, soit 10 minutes par correspondance. Eu égard à la complexité de la cause, il apparaît toutefois justifié de réduire le temps consacré à chaque correspondance à 6 minutes, soit 2 heures pour les 20 correspondances. C'est ainsi un montant de 2'458 fr. 50 (12 heures au tarif horaire de 180 fr., avec 116 fr. 40 de débours et la TVA à 8 %) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées.

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 23 mars 2012 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 l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Aba Neeman, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'458 fr. 50 (deux mille quatre cent cinquante-huit francs et cinquante centimes), TVA comprise.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'état.

Le président : La greffière :

Du

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

- Me Aba Neeman, 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 :