

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 novembre 2011

---

Présidence de M. NEU  
Juges : M. Dind et Mme Di Ferro Demierre  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Procap,  
Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1975, sans formation, a travaillé de 1995 à avril 2001 en qualité d'ouvrière à Orbe. Le 28 juillet 2003, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande sur le plan médical, l'OAI s'est adressé à la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale à Yverdon-les-Bains et médecin traitant de l'assurée. Le 30 octobre 2003, cette praticienne a retenu les diagnostics de lombosciatalgies gauches chroniques, de scoliose dorsale, de syndrome douloureux chronique et d'état dépressif, puis une incapacité de travail à 100% depuis le 6 avril 2001. Elle a joint en particulier les documents médicaux suivants:

- Un rapport du 17 octobre 2001 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation à Lausanne, posant les diagnostics de lombosciatalgies gauches chroniques, de suspicion d'une sacro-iliite droite, de possible spondarthrite séro-négative HLA-B27 négatif, de probable psoriasis cutané et de trouble somatoforme possible. Il a retenu qu'une capacité de travail partielle à 50% devait être tentée.

- Des rapports des 7 février et 4 mai 2001 de l'association médicale du Centre thermal d'Yverdon-les-Bains, retenant des plaintes de lombosciatalgies gauches récidivantes, respectivement faisant état d'une évolution défavorable.

- Un rapport du 5 mai 2001 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie à Lausanne, signalant des légers troubles statiques lombo-vertébraux, avec discopathie débutante L5-S1 tout à fait modérée et sans répercussion clinique objective mécanique majeure, notamment sur le plan neurologique.

Dans un rapport du 12 mars 2004, les Drs [...] et [...], de la clinique de Valmont (centre de rééducation et de réadaptation neurologique, orthopédique et rhumatologique), ont retenu des lombosciatalgies à prédominance gauche et une probable fibromyalgie avec état anxio-dépressif. Ils ont évalué l'incapacité de travail à 100% depuis le 12 novembre 2003 et indiqué qu'une autre activité adaptée évitant le port de lourdes charges était exigible à 100%.

Le 21 avril 2005, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des lombalgies chroniques, un syndrome de douleurs chroniques multiples et un état dépressif s'étant aggravé depuis début 2004; l'incapacité de travail a été évaluée à 0% dans toute activité. Elle a joint les documents suivants:

- Un rapport du 2 avril 2004 de la Dresse B.T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie à Yverdon-les-Bains, indiquant que le status neurologique ne révélait pas d'anomalie majeure, seuls un discret syndrome vertébral lombaire, une poly-insertionite et un état dépressif majeur pouvaient être retenus, en l'absence de syndrome radiculaire.

- Un rapport du 5 août 2004 de la clinique de Valmont, attestant un séjour du 29 juin au 16 juillet 2004 de physiothérapie et d'ergothérapie, puis signalant un syndrome vertébral lombaire et un état dépressif majeur.

- Un avis de sortie du 19 janvier 2005 des Drs F.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, du secteur psychiatrique Nord du canton de Vaud (ci-après: le CPNVD), faisant état d'un suivi ambulatoire du 20 octobre 2004 au 10 janvier 2005 et retenant les diagnostics d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, et de trouble somatoforme. Ils ont signalé une symptomatologie dépressive importante, des idées suicidaires et des troubles du sommeil, puis proposé un traitement médicamenteux.

Le 2 novembre 2005, la Dresse C.\_\_\_\_\_, du centre de consultation Appartenances, se référant à un suivi depuis le 17 janvier 2005, a diagnostiqué un syndrome douloureux persistant et une dépression anxieuse persistante. Elle a signalé un tableau clinique fort inquiétant ne présentant aucune évolution positive, un discours de l'assurée ne concernant que la description de ses douleurs somatiques et une dépression massive et récurrente, l'état psychique de l'intéressée ne lui permettant pas d'exercer une quelconque activité lucrative, le pronostic étant sombre, en l'absence de perspectives d'amélioration.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été soumise à un examen psychiatrique, effectué le 17 janvier 2006 par le Dr P.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH au SMR. Le 30 mars 2006, avec l'aide d'un interprète, ce médecin n'a pas retenu de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail et a retenu ceux sans incidence sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, la capacité de travail étant de 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, sans limitations fonctionnelles. Il a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Nous sommes en présence d'une femme de 30 ans d'origine bosniaque, chez qui le développement psycho-affectif précoce s'est déroulé normalement. On ne relève pas de maltraitances, de séparation précoce traumatisante ou encore d'abus sexuels sur sa personne. Ceci a permis la constitution normale de la personnalité; nous n'avons relevé à l'examen clinique aucun indice en faveur de la présence d'un trouble de la personnalité.

Madame S.\_\_\_\_\_ commence à présenter des douleurs pendant sa deuxième grossesse, en 1998. Des traitements seront mis en place et des séjours de balnéothérapie seront prescrits, sans que cela ait une incidence sur la symptomatologie algique. Progressivement, l'assurée a commencé à présenter une symptomatologie dépressive insidieuse, consécutive aux douleurs. Elle se sent de plus en plus découragée par la péjoration de celles-ci, ce qui va faire apparaître un état dépressif franc. Auparavant, elle n'a jamais présenté de symptomatologie identique, et, comme mentionné précédemment, nous n'avons aucun indice en faveur de la présence d'une dépression ou d'une psychose du post-partum, ou encore d'une atteinte mentale autour de la périnatalité. L'état dépressif se met en place de manière insidieuse, après la cessation de l'activité professionnelle, en avril 2001. Ce n'est qu'à partir de 2003 qu'un état dépressif est évoqué (rapport médical AI du 30.12.03, Dresse

X. \_\_\_\_\_). L'état dépressif n'est pas étayé, mais le médecin traitant relève qu'il est présent depuis 2001. [...] Enfin, depuis quelques mois, Madame S. \_\_\_\_\_ se rend pour un suivi psychiatrique à l'association Appartenances. Elle dit tirer un bénéfice de ce traitement, mais ne constate pas d'évolution de sa symptomatologie. Actuellement, elle présente une symptomatologie compatible avec la présence d'un épisode dépressif de degré moyen, selon les critères de la CIM10. En effet, elle présente une humeur dépressive ainsi qu'une réduction de l'énergie (critères 1 et 3 de B. vérifiés). En outre, elle présente des idées récurrentes de mort et nous avons constaté une légère diminution de l'aptitude à se concentrer ainsi qu'une perturbation du sommeil (critères 3, 4 et 6 de C. vérifiés). Le critère 7 (modification de l'appétit) est discutable. En effet, elle signale un appétit fluctuant sans pouvoir nous dire s'il existe une variation pondérale correspondante. Quand au critère 2 (sentiment de culpabilité), il est banal pour une personne dans sa situation et n'a pas de caractère excessif ou inapproprié (elle se sent fautive vis à vis de ses enfants). Toute la symptomatologie précitée et l'épisode dépressif constituent un phénomène d'accompagnement et réactionnel à la présence des douleurs. Nous avons noté une diminution de la concentration, diminution légère qui n'entrave pas l'exercice de l'activité professionnelle telle qu'elle l'a exercée jusqu'à maintenant (travail comme ouvrière dans l'industrie alimentaire). Il en est de même pour la mémoire: l'assurée a hésité par rapport à certaines dates mais a par ailleurs été à même de nous renseigner de manière très précise par rapport à d'autres aspects de sa vie (ses enfants, l'évolution de ses douleurs). Quant à la réduction de l'énergie, elle était dans un premier temps uniquement due aux douleurs, puis dans un deuxième temps également constitutive de l'état dépressif engendré par ces douleurs. D'une part, la réduction de l'énergie disparaîtrait en cas d'absence de douleur; d'autre part, il s'agit d'une réduction et non d'une abolition, tel que le montre le déroulement du quotidien (l'assurée sort, rencontre des amis et fait tout ce pourquoi les douleurs ne l'handicapent pas).

En résumé, à l'analyse de symptomatologie, l'épisode dépressif que présente Madame S. \_\_\_\_\_ n'est pas incapacitant.

Madame S. \_\_\_\_\_ a été suivie de manière ambulatoire à l'unité de crise du secteur psychiatrique nord à Yverdon du 20.10.04 au 10.01.05. Le diagnostic posé est celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. [...] Les douleurs sont au premier plan et les médecins relèvent une nervosité, une tristesse accompagnée de pleurs, des idées noires sans projet de suicide, d'importants troubles du sommeil en lien avec les douleurs, une irritabilité et une fatigabilité. L'appétit est conservé, de même que la capacité de plaisir à faire certaines activités. Cette symptomatologie, n'est pas incapacitante. Elle [s'est] ensuite adressée à l'association Appartenances, à partir du 17.01.05. Le compte-rendu du 02.11.05 de l'association Appartenances présente plusieurs incohérences. Le code F34.1 du diagnostic de «dépression anxieuse persistante» correspond aux critères de diagnostic de dysthymie selon la CIM-10. Or, la dysthymie est une affection mentale peu intense et peu compatible avec une incapacité sur le plan professionnel. Par contre, dans le même compte-rendu il fait état que l'état psychique de l'assurée ne lui permet pas d'exercer une quelconque activité

lucrative. Il y est fait état d'une lassitude, d'un désespoir face à l'incompréhension de l'origine de ses maux, d'une nervosité, d'une colère, d'un discours pauvre et flou, de troubles de la mémoire et d'une humeur instable et fluctuante ponctuée de pleurs, d'excès de tristesse, d'énervement et de colère souvent contenue. Les troubles de la mémoire ne sont pas quantifiés et nous ignorons dans quelle mesure ils diminuent spécifiquement l'activité professionnelle. Il est surprenant que pour une symptomatologie restée à peu près identique avec le suivi à l'unité de crise (une semaine avant), les diagnostics soient si différents dans leur sévérité («dépression anxieuse et persistante», ou, autrement dit, dysthymie, et «épisode dépressif moyen avec syndrome somatique»). Par contre, le diagnostic de syndrome douloureux persistant est également posé par l'association Appartenances. La dresse X.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical A1 du 02.02.05, mentionne un état dépressif aggravé dès le début de l'année 2004, sans que les raisons en soient explicitées; cette notion n'est pas ressortie de l'anamnèse dirigé pendant l'examen au SMR.

Mme S.\_\_\_\_\_ souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, tel qu'il a été évoqué par plusieurs médecins [...]. Les douleurs persistantes et intenses qu'elle présente s'accompagnent d'un sentiment de détresse et elles ne sont pas expliquées entièrement par un processus organique. Ces douleurs constituent une préoccupation essentielle de l'assurée; les pensées qui y sont liées ont tendance à envahir sa vie psychique. Les critères de la CIM-10 pour ce diagnostic sont donc vérifiés.

Par rapport aux critères concernant cette affection, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique incapacitante car l'épisode dépressif dont elle souffre est un facteur d'accompagnement au syndrome douloureux somatoforme persistant et il n'atteint pas une gravité et une importance suffisantes pour être incapacitant. De plus, l'anamnèse met en évidence l'absence de perte d'intégration sociale (Madame S.\_\_\_\_\_ garde des contacts avec ses parents et sa fratrie; elle rencontre des amis et sort tous les jours). Il n'y a pas d'affection corporelle chronique pour expliquer l'ampleur des douleurs, tel que le Dr [...] l'explique dans son compte-rendu médical du 07.02.2001. En outre, l'état psychique de Madame S.\_\_\_\_\_ n'est pas cristallisé, au vu de la volonté qu'elle manifeste pour aller mieux (l'acceptation de se rendre à l'association Appartenances est en exemple). Il y a néanmoins une inefficacité des traitements *lege artis* qui ont été mis en place. L'évaluation des critères ci-dessus ne montre pas d'arguments suffisants en faveur d'une atteinte psychiatrique incapacitante".

Le 21 avril 2006, la Dresse B.\_\_\_\_\_, du SMR, se référant au rapport de la clinique de Valmont et à l'examen psychiatrique du Dr P.\_\_\_\_\_, a retenu l'atteinte principale à la santé de lombosciatalgies à prédominance gauche et une pleine capacité de travail.

Par décision du 28 avril 2006, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à des prestations d'invalidité, en l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

En date du 6 juin 2006, par son mandataire, l'assurée a formé opposition contre cette décision, réclamant un complément d'instruction sur le plan médical. Elle a joint un certificat médical du 30 mai 2006 de la Dresse C.\_\_\_\_\_, du centre de consultation Appartenances, qui pose les diagnostics de syndrome douloureux persistant et de dépression anxieuse persistante, puis retient que le tableau clinique est fort inquiétant et ne présente aucune évolution positive, la capacité de travail étant nulle.

Le 21 juillet 2006, à la demande de l'OAI, le centre de consultation Appartenances, sous la plume de la Dresse K.\_\_\_\_\_, a diagnostiqué un syndrome douloureux persistant ainsi qu'une dépression anxieuse persistante et signalé une aggravation de l'état de santé de l'assurée, une dépression de l'humeur chronique, des pertes de capacités de concentration et de mémorisation, la capacité de travail étant nulle. Elle a précisé qu'on ne pouvait exiger de l'intéressée d'exercer une autre activité.

Par décision sur opposition du 16 janvier 2008, l'OAI a maintenu sa position. Se référant à l'examen psychiatrique effectué par le Dr P.\_\_\_\_\_, répondant aux critères en matière de valeur probante, et s'écartant de l'avis de la Dresse X.\_\_\_\_\_ et des médecins du centre de consultation Appartenances, il a retenu que le trouble somatoforme douloureux affectant l'assurée ne pouvait être considéré comme invalidant au sens de la jurisprudence en la matière. L'OAI a ajouté que le dossier ne comportait pas de lacunes sur le plan médical, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise n'était pas nécessaire.

**B.** Par acte du 18 février 2008 de son mandataire, S.\_\_\_\_\_ a fait recours au Tribunal des assurances et a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 16 janvier 2008, à la reconnaissance du droit à

une rente d'invalidité et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision octroyant une rente d'invalidité.

Elle relève que les constatations médicales du Dr P.\_\_\_\_\_ ne permettent pas de justifier une pleine capacité de travail sans diminution de rendement et que les médecins du centre de consultation Appartenances font état d'une capacité de travail nulle. Elle soutient que les critères jurisprudentiels concernant le caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme sont remplis, de sorte qu'il n'est pas exigible d'exiger de sa part d'exercer une activité professionnelle. En tout état de cause, elle fait valoir que l'OAI n'a pas tenu compte de l'aggravation de son état de santé, mentionnée notamment par le centre de consultation Appartenances en juillet 2006. Elle a déposé un certificat du 15 février 2008 des Drs W.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, du CPNVD, faisant état d'une hospitalisation depuis le 6 février 2008 en raison de sa maladie psychique.

Dans sa réponse du 2 avril 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant notamment que le certificat du 15 février 2008 du CPNVD ne permettait pas d'attester une aggravation objective de l'état de santé de l'assurée.

Dans sa réplique du 23 mai 2008, la recourante a confirmé sa position et déposé un rapport du 18 février 2008 de la Dresse X.\_\_\_\_\_, signalant depuis trois à quatre semaines une aggravation des troubles psychiques de sa patiente - avec augmentation des crises d'angoisse, épisodes d'agressivité inhabituelle envers son entourage et idées suicidaires - ayant nécessité une hospitalisation en semi-urgence au CPNVD.

La recourante a par la suite déposé un rapport du 2 avril 2008 des Drs M.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, du CPNVD, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, et de syndrome douloureux persistant. Ces médecins ont constaté une thymie fortement abaissée, avec des épisodes d'angoisse et

des hallucinations auditives, administré un traitement médicamenteux et estimé que la crise de l'assurée résultait d'une blessure narcissique en raison de la non-reconnaissance de sa souffrance et de son refus de prestations de l'AI. Après amendement des symptômes dépressifs avec la disparition complète des symptômes psychotiques et des idées suicidaires, ils ont relevé que l'intéressée avait regagné son domicile, en annonçant la poursuite d'un suivi médical ainsi que d'un traitement antidépresseur et neuroleptique.

Le 7 août 2008, sur la base d'un avis médical du SMR du 22 juillet 2008 du Dr Q.\_\_\_\_\_, l'OAI a confirmé ses conclusions, expliquant que l'aggravation mentionnée dans le rapport du 2 avril 2008 du CPNVD était réactionnelle à la notification de la décision querellée et ne pouvait donc être prise en considération dans le cadre de la présente procédure.

**C.** L'assurée a été soumise à une expertise judiciaire par le Centre d'expertise médicale de l'AI (ci-après: le CEMed), effectuée le 6 mai 2010 par les Drs R.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et J.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Le 8 octobre 2010, ces médecins n'ont pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et ont retenu ceux sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, de troubles statiques du rachis modérés et discopathie en L5-S1 et de pseudo-lombo-sciatalgies gauches sans substrat organique clair. Aucune limitation de la capacité de travail n'a été retenue. Ils ont indiqué ce qui suit dans leur conclusion:

"Sur le plan somatique les plaintes sont les mêmes avec des douleurs quotidiennes principalement de localisation lombo-fessière gauche pouvant s'étendre jusqu'au pied. Il n'y a pas de territoire radiculaire précis. A l'examen clinique objectif, il n'y a pas de signe d'irritation radiculaire ou de trouble neurologique sensitivo-moteur clair. Les documents radiologiques ont mis en évidence une discopathie débutante en L5-S1, mais cela n'a pas de répercussion clinique significative.

Les plaintes vont nettement au-delà de ce qui pourrait être en relation avec la discopathie tant par l'extension du territoire douloureux, la durée d'évolution, la non-réponse aux différentes thérapies entreprises.

En conclusion, il s'agit d'un tableau douloureux chronique diffus avec surtout des pseudo lombosciatalgies gauches sans substrat organique clair. Il n'y a pas d'explication organique à la symptomatologie douloureuse persistante, il n'y a aucune justification à une incapacité de travail.

Sur le plan psychique on se trouve face à une personne dont la collaboration est insuffisante sur tous les plans, apparemment aussi dans la prise des médicaments, puisque le monitoring suggère une compliance nulle pour l'antidépresseur.

[...]

Lors de l'expertise, on découvre une femme extrêmement tendue, très vite en larmes, mais aussi pratiquement non collaborante, donnant excessivement peu d'informations, répondant le plus souvent très laconiquement par oui ou non. Malgré tous les efforts développés avec le traducteur, il n'a pas été possible d'obtenir plus d'informations, le discours n'a de plus jamais été spontané. Madame S. \_\_\_\_\_ a donné une impression d'être contrainte à cet examen, tout en présentant une grande tristesse, des larmes à plusieurs fois et un état de mal-être qu'il n'est pas possible de décrire plus.

Cette attitude laisse perplexe, les présences concomitantes de non-collaboration, d'un état de tension et de détresse ne sont pas interprétables d'un point de vue tableau clinique. L'état dépressif est par ailleurs nettement associé à des aspects comportementaux, mais là encore cela ne se réfère à aucune situation clinique compréhensible.

L'anamnèse systématique avec insistance permet d'appréhender quelque peu le quotidien de Madame S. \_\_\_\_\_. Ainsi, la majeure partie du temps serait passée dans son appartement d'Yverdon, [dont] elle s'occupe et encadre [...] ses deux enfants, adéquatement semble-t-il, elle assume partiellement le ménage et les repas. Elle a des contacts avec sa famille d'origine, ainsi que des amis. La relation de couple est bonne et la sexualité est présente.

Elle sort un peu de chez elle, elle le fait avec appréhension, mais elle peut utiliser les transports publics et se rendre chez ses médecins.

Une fois par année, elle rend visite à sa famille au Kosovo.

Son sommeil est correct avec 7 à 8 heures de sommeil d'affilée, sous médicaments.

Il n'y a pas d'élément en faveur d'un syndrome somatique associé et significatif.

A ce stade, si l'on retient l'hypothèse que l'état global est l'expression d'un état dépressif avéré et important, une nouvelle hospitalisation devrait être prévue. Sur question, Madame S. \_\_\_\_\_ répond avec hésitation par la négative.

Si au contraire, l'hypothèse de facteurs non médicaux est retenue, dans le cas présent des facteurs comportementaux et caractériels, l'intensité des troubles psychiques ne pourrait pas dépasser une

intensité légère à moyenne. Ceci irait dans le sens de ce que les médecins du CPNVD ont rapporté en 2005 et en 2008, de même que le Dr P. \_\_\_\_\_ dans son expertise de 2006.

En 2008, en particulier, il y a eu une aggravation qui a justifié une hospitalisation, mais cette péjoration a été vraisemblablement réactionnelle au refus de prestations AI, une amélioration a été objectivée en cours d'hospitalisation. Dans le contexte difficile de cette assurée, cette appréciation est importante, car elle a pu être observée durant presque trois semaines.

Nous avons pris contact avec la Dresse X. \_\_\_\_\_, son médecin traitant, qui connaît Madame S. \_\_\_\_\_ depuis plusieurs années. Ce médecin mentionne que l'état de Madame S. \_\_\_\_\_ est fluctuant, mais souvent dans une tonalité négative. Personne ne la comprend, elle est certainement prisonnière de quelque chose. Madame S. \_\_\_\_\_ est pratiquement toujours avec un visage et une expression exprimant de la souffrance. Au début, la prise en charge a concerné les lombalgies, mais toutes les investigations sont restées sans résultat objectif. L'aspect psychique est venu plus tard.

La Dresse X. \_\_\_\_\_ peut par contre clairement affirmer que les deux enfants qu'elle croise de temps en temps évoluent tout à fait bien. Ils sont sociables, communicatifs et normaux. Selon toute vraisemblance, Madame S. \_\_\_\_\_ assume correctement son rôle de mère.

Son médecin traitant a aussi souligné que sa patiente a fait des progrès en français, qu'elle communique tout à fait correctement, ce qui contraste avec ce qui [est] mentionné dans le dossier, encore récemment, et ce que Madame S. \_\_\_\_\_ elle-même prétend.

La non compliance au traitement antidépresseur est un facteur important. A la lecture du dossier, on comprend que cet examen n'a jamais été fait précédemment. On comprend aussi que Madame S. \_\_\_\_\_ puisse aller mieux après les hospitalisations, la surveillance de la prise du médicament étant de rigueur.

En conclusion, en fonction des éléments du dossier, de notre observation et de l'avis de la Dresse X. \_\_\_\_\_, on peut considérer que Madame S. \_\_\_\_\_ souffre actuellement, et probablement depuis un certain temps, d'un trouble dépressif récurrent avec des épisodes d'intensité fluctuante, parfois de moyenne à sévère, trouble considéré comme non traité suite aux résultats du monitoring.

Un certain nombre d'éléments montrent à contrario que la situation peut ne pas être trop mauvaise: amélioration après l'hospitalisation, bonne relation de couple, relations sexuelles présentes, visite à sa famille, maintien d'un certain réseau social, utilisation des transports publics, bon sommeil, bon apprentissage du français selon le médecin traitant, bon développement des enfants (dépend du bon encadrement), capacité d'assumer une partie du ménage et des repas, lecture des journaux et suivi de programmes TV. Ces constatations sont incompatibles avec un trouble de l'humeur qui serait sévère durablement.

En raison de la mauvaise collaboration, voire du comportement oppositionnel, il n'a pas été possible de faire le point sur d'autres atteintes éventuelles, probablement mineures, comme les problèmes anxieux et le trouble douloureux somatoforme.

Il n'est pas possible dans une telle situation de justifier une quelconque incapacité de travail.

Le traitement est exigible, dans les conditions de surveillance stricte, il apparaît que ce traitement est efficace (cf. hospitalisation).

On notera également, qu'à l'avenir, un contrôle rigoureux de la compliance devrait être fait, et que si une hospitalisation s'avérait nécessaire, elle devrait être considérée comme exigible et qu'il n'appartient pas à Madame S. \_\_\_\_\_ d'en décider de l'utilité.

Ces conditions sont indispensables, ce d'autant plus si une nouvelle évaluation devait se faire".

Le 2 décembre 2010, s'appuyant sur un rapport du 29 novembre 2010 du centre de consultation Appartenances, la recourante a douté des conclusions de l'expertise du CEMed, dès lors que les réponses données par l'assurée ne suffisaient pas à appréhender son état de santé psychique.

Dans un fax du 1<sup>er</sup> décembre 2010, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a expliqué que les éléments de non-collaboration et de blocages massifs de l'assurée avaient été mal interprétés par les experts du CEMed et que les renseignements recueillis par ces derniers n'étaient pas suffisants pour décrire la situation de l'assurée.

Le 22 décembre 2010, à la demande du juge instructeur, le Dr D. \_\_\_\_\_, du CEMed, a relevé que la médication avait été contrôlée, que des éléments de non-collaboration avaient été constatés à plusieurs reprises et qu'un état dépressif avait été retenu, mais dont l'intensité n'était pas déterminée avec précision. Il en a déduit qu'il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions de l'expertise du CEMed.

En date du 17 janvier 2011, l'OAI a relevé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions des experts du CEMed.

Le 18 février 2011, la recourante a indiqué que les conclusions des experts étaient incomplètes et ne permettaient pas de justifier un refus de rente, confirmant ainsi sa position. Elle a déposé un rapport du 14 février 2011 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, du centre de consultation Appartenances, retenant en particulier que l'assurée avait décompensé sur un mode de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, que la séance d'expertise n'était pas suffisante pour procéder à une évaluation correcte de l'état de santé et que la non-collaboration et le comportement de l'assurée relevés par les experts du CEMed constituaient des symptômes d'un état dépressif sévère.

**D.** Le 8 mars 2011, le Juge instructeur a confié un mandat d'expertise au Dr V.\_\_\_\_\_, psychiatre à Sion. Le 6 juin 2011, ce médecin a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger) et n'a pas retenu de limitation psychiatrique ni d'incapacité de travail. Il a retenu ce qui suit dans son appréciation finale:

"Résumé du cas

L'assurée est une ressortissante bosniaque de 36 ans, mariée et mère de deux enfants de 13 et 15 ans. Elle ne rapporte pas de problèmes dans sa famille nucléaire.

Les antécédents n'ont rien de particulièrement carencés ou traumatiques, d'après les informations à disposition. L'assurée dit que sa famille et ses biens ont été épargnés par la guerre civile dans son pays. Pour le reste, elle rapporte un développement, une scolarité et une entrée à l'âge adulte sans difficulté majeure.

C'est en 1991 et à l'âge de 16 ans que Mme S.\_\_\_\_\_ a gagné la Suisse. Au départ, elle dit avoir gardé les enfants de sa soeur puis ceux d'une cousine. Après avoir rencontré son mari en 1995, l'expertisée a gagné la région d'Yverdon.

Entre 1995 et 2001, l'assurée a travaillé dans une entreprise de fabrication de pizzas. Elle décrit une activité relativement lourde. La pénibilité du travail a pu augmenter au moment du rachat et de la restructuration de l'entreprise tout à la fin des années 1990.

C'est dans le contexte d'une activité professionnelle en plein et des charges conséquentes d'une mère de deux jeunes enfants que l'assurée a présenté des plaintes douloureuses qui se sont avérées sans substrat organique suffisant à les expliquer. Progressivement s'est imposée la comorbidité de troubles psychiques. L'assurée a

arrêté définitivement son travail en avril 2001. Depuis lors, elle dit que les choses vont de mal en pis.

Actuellement, Mme S.\_\_\_\_\_ fait l'objet d'un traitement relativement intensif avec la prise en soins de son médecin de famille et une psychothérapie auprès d'une psychologue, collaboratrice d'Appartenances. Elle est au bénéfice d'une médication conséquente. Sur le plan psychiatrique, la présentation actuelle évoque une amélioration.

Appréciation diagnostique

[...]

- Trouble dépressif récurrent

[...]

En l'état, l'assurée rapporte deux des trois symptômes cardinaux d'un épisode dépressif à savoir la fatigue anormale et la tristesse, la plupart du temps, tous les jours et maintenant depuis de nombreux mois. La perte d'intérêt et du plaisir est déclarée comme inconstante. Elle ne doit dès lors pas être retenue.

Par ailleurs, Mme S.\_\_\_\_\_ relate la perte de la confiance en soi et d'énormes difficultés à penser et à se concentrer. Elle réfute par contre la culpabilité pathologique, les idées suicidaires et des caractéristiques psychotiques. Le sommeil est normalisé. L'appétit est diminué mais l'assurée prend du poids.

Avec deux critères cardinaux et deux critères secondaires, on peut encore retenir l'épisode dépressif. Il doit être qualifié de léger, conformément aux réquisits de la CIM-10 sur ce plan. Ce degré de sévérité est d'ailleurs corroboré par le résultat de l'échelle d'évaluation de la dépression du 11.05.2011.

Même si le tableau dépressif de Mme S.\_\_\_\_\_ comporte une composante réactionnelle, on est au-delà de ce que désigne un trouble de l'adaptation, au vu de la durée, du nombre et de la sévérité des signes et symptômes présentés. Le diagnostic de trouble de l'adaptation doit dès lors être écarté.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire doit dès lors être réfuté.

L'anamnèse parle pour des épisodes dépressifs multiples avec de probables phases de rémissions intercurrentes. Il paraît dès lors raisonnable de retenir la récurrence.

Le soussigné a recherché minutieusement d'éventuelles caractéristiques psychotiques associées à la symptomatologie dépressive, puisqu'elles ont été mentionnées dans le passé. Il n'en a pas trouvées.

Le tableau actuel dure probablement depuis plus de deux ans. L'épisode dépressif doit dès lors être qualifié de chronique, comme le préconise le DSM-IV-TR dans un tel cas.

Au vu de ce qui précède, on doit retenir un trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger) selon la terminologie de la CIM-10 ou un trouble dépressif majeur (état actuel léger, chronique) selon la terminologie du DSM-IV-TR.

[...]

Ce qu'ont observé les médecins d'Appartenances à l'époque pouvait correspondre à une phase de rémission partielle après un épisode dépressif vrai. Il pouvait aussi s'agir au départ des prémices de la pathologie dépressive plus grave qui s'est imposée par la suite.

- Syndrome douloureux somatoforme persistant

[...]

Dans le cas présent, l'assurée se plaint de douleurs importantes touchant quasiment tout le corps et qui n'ont pas trouvé des bases organiques suffisant à en expliquer l'intensité. Ces plaintes douloureuses s'inscrivent dans un contexte de détresse que peut valider ce que décrit le trouble dépressif de l'assurée. Elles sont encore la plainte principale et permanente de l'assurée S.\_\_\_\_\_. Au vu de ces constatations, il est justifié de retenir le critère [de douleur persistante au sens de la CIM-10].

L'assurée ne souffre par ailleurs pas de trouble schizophrénique ou apparenté. Il n'y a pas eu lieu de retenir d'autres troubles somatoformes, sachant qu'on n'en a pas les critères.

Le trouble affectif de l'assurée n'a pas la sévérité ni la spécificité justifiant d'exclure le trouble somatoforme. Les plaintes douloureuses sont d'ailleurs apparues avant les symptômes dépressifs. Elles ne disparaissent pas non plus lorsque la dépression est en rémission ou en rémission partielle, d'après les informations à disposition.

Au vu de ces observations, il n'y a manifestement pas les critères d'exclusion du trouble somatoforme en cause prévus par la CIM-10.

Au terme de cette réflexion diagnostique, on doit dès lors retenir le *syndrome douloureux somatoforme persistant*. Cette appréciation diagnostique correspond à ce qu'on trouve généralement au dossier. Il n'y a pas lieu de la discuter plus avant.

[...]

- Autres pathologies psychiatriques

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence.

L'assurée a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque-là. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit de récuser une telle

pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

Appréciation asséurologique

[...]

La présentation de l'assurée vaut certainement pour une souffrance. Celle-ci est authentique. Il n'y a pas d'arguments pour une simulation. Cette souffrance ne vaut pourtant pas pour une pathologie psychiatrique majeure et d'emblée incapacitante telle qu'une dépression mélancolique, une psychose schizophrénique ou une démence de type Alzheimer, par exemple.

Cette assurée présente un trouble dépressif qui varie en intensité. Il a pu être transitoirement sévère. Dans d'autres pièces au dossier, il est qualifié de moyen. D'autres documents retiennent la simple dysthymie (F34.1) ou son équivalent de dépression anxieuse persistante, ce qui est un tableau de peu de sévérité. Le soussigné constate un épisode dépressif léger.

Au vu de ce que rapporte l'expertisée et des pièces au dossier, il n'y a pas véritablement de motifs de penser que l'épisode dépressif ait été sévère sur des mois ou des années. L'assurée semble avoir rapidement répondu aux traitements en aigu et notamment lorsqu'elle a été hospitalisée en milieu psychiatrique.

Le trouble affectif a par ailleurs une importante composante réactionnelle. On n'est certainement pas face à la maladie dépressive typique et grave que désignait la dépression endogène des anciennes nomenclatures.

Il est enfin possible que cette assurée et ses proches se soient campés dans une conviction d'avoir droit. Le fait de ne pas avoir été compensée comme cela était souhaité et dès lors de ne pas se sentir reconnue comme elle le voulait a pu être un facteur déterminant de l'adoption du statut d'invalidé et ce bien plus que ce qui serait déterminé par une maladie psychiatrique "biomédicale" stricto sensu.

Points nécessitant un examen particulier

[...]

Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique est celle d'un trouble dépressif récurrent qui varie en intensité. Le trouble n'a pas les caractéristiques de sévérité des dépressions endogènes des anciennes nomenclatures. Il a une composante réactionnelle. Il paraît difficile d'en faire une affection psychiatrique incapacitante en soi sur la durée. En appliquant les règles usuelles, il n'y a pas lieu de le considérer à part de ce que désigne déjà le syndrome douloureux somatoforme persistant en termes d'éventuelles limitations.

[...]

Dans le cas présent, l'assurée garde un réseau social consistant. Elle ne l'a pas nié. Elle a quelques amis suisses et bosniaques bien

qu'elle n'ait pas de véritable confident. Elle conserve des liens étroits avec sa famille sachant des contacts téléphoniques hebdomadaires avec ses parents en Bosnie. Elle conserve de bons liens avec sa fratrie. Il y a des visites de sa soeur et chez sa soeur en Suisse alémanique. Il y a le déplacement annuel en Bosnie. Il y a les liens consistants avec la belle-famille à Yverdon. Au vu des informations à disposition, il n'y a pas d'arguments pour considérer que cette assurée ait perdu son intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

En passant en revue les autres points à considérer en cas de trouble somatoforme ou de troubles apparentés, on constate que l'assurée ne présente pas d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, d'après les informations figurant au dossier.

On peut admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de l'assurée durent depuis des années. On peut aussi admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, l'expertisée bénéficiant des soins adéquats, compte tenu du type de troubles qu'elle présente.

Dans le cas présent, on peut tout de même se poser la question de savoir si ce qui est observé ne relève pas plus d'un comportement de malade que d'une maladie au sens biomédical du terme. Le soussigné est dès lors très réticent à retenir les critères de processus maladif de longue durée et de résistance au traitement.

[...]

Dans le cas de Mme S.\_\_\_\_\_, la situation clinique conserve une certaine plasticité. La pathologie dépressive s'est considérablement amendée. L'assurée est capable de collaborer correctement à l'investigation. Elle communique normalement, alors que ce n'était apparemment pas le cas dans le passé. On ne peut dès lors pas retenir une situation figée et cristallisée telle qu'elle s'observe dans les syndromes douloureux somatoforme persistants exceptionnellement graves.

En considérant ce qui doit l'être lors de troubles somatoformes ou de troubles apparentés et d'un point de vue strictement psychiatrique, le soussigné n'est pas légitimé à retenir une incapacité de travail dans ce cas. Sur le plan médico-théorique, l'assurée devrait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein.

## Conclusions

En conclusion, Mme S.\_\_\_\_\_ est une femme de 36 ans qui rapporte une histoire sans histoires jusqu'au tout début des années 2000. Elle ne relate pas de carences ou de traumatismes sortant de l'ordinaire dans l'enfance et l'adolescence. L'émigration en Suisse s'est apparemment bien passée.

Dans le contexte d'une vraisemblable surcharge d'une personne travaillant à plus de 100% à côté de ses tâches de mère de deux

jeunes enfants, l'assurée s'est plainte de douleurs touchant essentiellement l'appareil locomoteur. Progressivement, le diagnostic a évolué vers un syndrome douloureux somatoforme persistant avec sa comorbidité d'un trouble dépressif récurrent.

En considérant ce qui doit l'être dans un tel cas, le soussigné ne retient pas de limitation psychiatrique dans le cas de Mme S.\_\_\_\_\_, à l'instar des autres évaluateurs ayant eu mandat d'expertise dans ce dossier.

Cette appréciation ne remet pas en cause l'authenticité de la souffrance de l'assurée. Le soussigné n'a pas constaté d'arguments qui valideraient une simulation ou des troubles véritablement factices.

En l'état, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité, au vu de ce qui peut être fait dans un tel cas. L'évolution sur le plan psychiatrique est d'ailleurs favorable, sachant la diminution de la sévérité du trouble dépressif.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez une assurée qui se vit comme totalement invalide. Une aide au placement pourrait se justifier, si Mme S.\_\_\_\_\_ y avait droit et si elle se montrait véritablement motivée en ce sens.

Le pronostic psychiatrique n'est pas nécessairement mauvais au vu de l'évolution favorable actuelle".

Dans ses déterminations du 24 juin 2011, l'OAI a à nouveau conclu au rejet du recours. Relevant que les conclusions de l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_ rejoignaient celles des experts du CEMed, il a retenu que la capacité de travail de l'assurée était complète dans toute activité sur le plan psychique.

En date du 30 juin 2011, sur la base des conclusions de l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_ - qui admet que le trouble dépressif, variant en intensité, a pu être transitoirement sévère - et de l'avis des médecins du centre de consultation Appartenances, la recourante a conclu, en modification des conclusions de son recours, à l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps.

Le 11 août 2011, l'OAI a maintenu sa position, relevant notamment que, selon le Dr V.\_\_\_\_\_, l'épisode dépressif n'avait pas été sévère sur des mois ou des années et que l'assurée devait être à même de surmonter les symptômes liés au trouble somatoforme et réintégrer le monde du travail.

Le 5 septembre 2011, la recourante a confirmé ses conclusions, expliquant que ses médecins traitants, qu'elle consultait depuis plusieurs années, étaient mieux placés que le Dr V. \_\_\_\_\_ pour apprécier son état de santé pour la période antérieure à l'établissement de l'expertise en 2011.

### **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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent (disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.**           Le droit de la recourante à une rente d'invalidité est litigieux, prestation que lui nie l'office intimé au motif d'une pleine capacité de travail.

**a)** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a et les références citées; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2).

**b)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1<sup>er</sup> in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut

en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**d)** 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/aa; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C\_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

**3. a)** Dans le cas présent, sur la base de l'avis notamment de ses médecins traitants et des psychiatres du centre de consultation Appartenances, la recourante se prévaut d'une incapacité de travail sur le plan psychique jusqu'en février 2011, lui donnant droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps. S'appuyant sur l'avis du SMR, l'expertise judiciaire du CEMed et l'expertise judiciaire du Dr V.\_\_\_\_\_, l'OAI retient l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychique et nie tout droit à une rente.

La question de la capacité de travail sur le plan somatique, non remise en cause par la recourante, n'est pas litigieuse. L'avis du Dr

R.\_\_\_\_\_, dans le cadre de l'expertise du CEMed, permet en particulier à ce sujet de retenir que l'assurée présente une pleine capacité de travail.

**b)** La Dresse X.\_\_\_\_\_ a tout d'abord retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique et d'état dépressif, puis une incapacité de travail à 100% depuis le 6 avril 2001 (rapport du 30 octobre 2003). Elle a par la suite signalé une aggravation de l'état dépressif depuis début 2004 (rapport du 21 avril 2005). Les médecins de la clinique de Valmont ont signalé une probable fibromyalgie avec état anxio-dépressif, la capacité de travail étant nulle depuis le 12 novembre 2003 (rapport du 12 mars 2004). Les médecins du CPNVD ont pour leur part fait état d'un suivi ambulatoire du 20 octobre 2004 au 10 janvier 2005 et retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, et de trouble somatoforme (avis de sortie du 19 janvier 2005). Le centre de consultation Appartenances s'est ensuite référé à un suivi depuis le 17 janvier 2005, et a diagnostiqué un syndrome douloureux persistant et une dépression anxieuse persistante, le pronostic étant décrit comme sombre (rapport du 2 novembre 2005).

Lors de l'examen psychiatrique effectué au SMR, le Dr P.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail et a retenu ceux sans incidence sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, la capacité de travail étant de 100%. Il a notamment considéré que l'épisode dépressif de l'assurée n'était pas incapacitant compte tenu de l'analyse de la symptomatologie dépressive et que les critères pour retenir le trouble douloureux somatoforme comme invalidant n'étaient pas remplis (rapport d'examen du 30 mars 2006).

Les médecins du centre de consultation Appartenances ont par la suite posé les diagnostics de syndrome douloureux persistant et de dépression anxieuse persistante, puis retenu que le tableau ne présentait aucune évolution positive (certificat du 30 mai 2006), avant de signaler une aggravation de l'état de santé avec une dépression de l'humeur chronique, des pertes de capacités de concentration et de mémorisation

(rapport du 21 juillet 2006), puis de faire état d'une hospitalisation depuis le 6 février 2008 (certificat du 15 février 2008). La Dresse X.\_\_\_\_\_ a pour sa part signalé une aggravation des troubles psychiques de sa patiente ayant nécessité une hospitalisation au CPNVD (rapport du 18 février 2008). Les médecins du CPNVD ont ensuite diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, et un syndrome douloureux persistant; à la fin du séjour clinique de l'assurée ils ont signalé la disparition complète des symptômes psychotiques et des idées suicidaires (rapport du 2 avril 2008).

Les experts du CEMed, sur le plan psychique, ont retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent. Compte tenu de la très faible collaboration de l'assurée lors de l'examen (notamment par ses réponses très brèves et évasives), des renseignements obtenus auprès des autres médecins et de la non-compliance aux médicaments, ils ont retenu que l'état psychique de l'intéressée ne permettait pas de justifier une incapacité de travail sur le plan psychique (expertise du 8 octobre 2010). Répondant aux critiques des médecins traitants de l'assurée, notamment au sujet de la non-collaboration de l'expertisée et de sa non-compliance aux médicaments, le Dr D.\_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions de l'expertise du CEMed (rapport du 22 décembre 2010).

Le centre de consultation Appartenances a ensuite retenu, en particulier, que l'assurée avait décompensé sur un mode de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, que la séance d'expertise n'était pas suffisante pour procéder à une évaluation correcte de l'état de santé et que la non-collaboration et le comportement de l'assurée relevés par les experts du CEMed constituaient des symptômes d'un état dépressif sévère (rapport du 18 février 2011).

Enfin, le Dr V.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger) et n'a pas retenu de limitation psychiatrique ni d'incapacité de travail. Compte tenu des critères de la CIM-10, il a retenu

que l'assurée présentait notamment une fatigue anormale et de la tristesse, une perte de la confiance en soi et d'énormes difficultés à penser et à se concentrer, justifiant un trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger). Au vu de l'importance des douleurs somatiques, il a retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant, sans caractère invalidant à l'aune des critères en la matière (notamment compte tenu de l'absence de comorbidité psychiatrique grave et de la conservation d'un bon réseau social) et n'a pas décelé d'autres pathologies psychiatriques (expertise du 6 juin 2011).

**c)** Au vu de ce qui précède, il appert que les deux expertises judiciaires, à savoir celle diligentée par le CEMed et celle effectuée par le Dr V.\_\_\_\_\_, aboutissent au même résultat, à savoir que l'assurée présente sur le plan psychique une capacité de travail complète. Les experts du CEMed justifient principalement l'absence d'incapacité de travail par la non-collaboration de l'assurée lors de l'examen et par sa non-compliance aux médicaments. Les médecins du centre de consultation Appartenances, tout comme la recourante d'ailleurs, estiment que cette expertise ne permet pas de procéder à une évaluation correcte de l'état de santé de l'assurée.

Dans son rapport d'expertise, respectivement de "contre-expertise", le Dr V.\_\_\_\_\_ a tout d'abord procédé à une anamnèse méthodique et détaillée de la situation de l'assurée, se basant également sur les pièces médicales versées au dossier. Il a ensuite procédé, dans son appréciation diagnostique, à un examen personnel minutieux de l'assurée, qui relate en particulier l'importance de ses douleurs somatiques et fait état de sa vie quotidienne. Se basant sur les critères (cardinaux et secondaires) de la CIM-10, il a constaté, sans les minimiser, une fatigue anormale, de la tristesse, une perte de confiance en soi, d'énormes difficultés à penser et à se concentrer, mais n'a pas décelé de perte d'intérêt et du plaisir, de culpabilité pathologique, d'idées suicidaires, de caractéristiques psychotiques ni de troubles du sommeil ou de l'appétit. Il a écarté un trouble bipolaire et, compte tenu d'épisodes dépressifs multiples, a retenu le qualificatif de récurrence. Dès lors, il a retenu un

trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger). On relèvera que ce diagnostic est corroboré par le résultat de tests psychologiques (Hamilton notamment) effectués dans le cadre de l'examen. Dans son appréciation asséurologique, le Dr V. \_\_\_\_\_ a relevé l'authenticité de la souffrance de l'assurée, qui ne valait pourtant pas pour une pathologie psychiatrique majeure et d'emblée incapacitante. Il a ensuite relevé que le trouble affectif avait une importante composante réactionnelle et qu'il ne s'agissait certainement pas d'une maladie dépressive typique et grave, avant de noter que l'absence de reconnaissance de l'invalidité de l'assurée par l'OAI avait pu être un facteur déterminant de l'adoption du statut d'invalidé, et ce bien plus que ce qui serait déterminé par une maladie psychiatrique au sens strict. Dans ses conclusions, il a relevé que le pronostic psychiatrique n'était pas nécessairement mauvais au vu de l'évolution favorable actuelle.

Les conclusions du Dr V. \_\_\_\_\_ sont également celles du Dr P. \_\_\_\_\_, qui a retenu un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique et une capacité de travail de 100%. Ce médecin du SMR, se basant sur les critères de la CIM-10, a constaté une humeur dépressive ainsi qu'une réduction de l'énergie, des idées récurrentes de mort, une légère diminution de l'aptitude à se concentrer et une perturbation du sommeil, en précisant que cette symptomatologie et l'épisode dépressif constituaient un phénomène d'accompagnement et réactionnel à la présence des douleurs. Il a également évoqué, dans une certaine mesure, une diminution de la concentration et de la mémoire ainsi qu'une réduction de l'énergie. Les constatations de ce spécialiste sont ainsi très proches de celles de l'expert judiciaire, ce qui ne peut qu'en conforter la pertinence. Le Dr P. \_\_\_\_\_ s'est ensuite distancé de l'avis formé par le centre de consultation Appartenances (dans son rapport du 2 novembre 2005), retenant que la dysthymie, selon les critères de la CIM-10, est une affection mentale peu intense et peu compatible avec une incapacité sur le plan professionnel. Il a également signalé des incohérences au niveau des diagnostics retenus par ladite clinique et, contrairement à la Dresse X. \_\_\_\_\_, n'a pas constaté d'éléments permettant de retenir un état dépressif aggravé dès le début de l'année 2004.

Pour sa part, lors de l'expertise du CEMed, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas d'élément en faveur d'un syndrome somatique associé et significatif. Il a signalé une aggravation vraisemblablement réactionnelle au refus de prestations AI, ayant nécessité un séjour en clinique puis conduit à une amélioration objectivée en cours d'hospitalisation. Compte tenu de la non-compliance aux médicaments et des renseignements recueillis auprès des autres médecins, il a retenu que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent avec des épisodes d'intensité fluctuante, en relevant en même temps plusieurs éléments (bonne relation de couple, réseau social, tâches ménagères, bon sommeil) incompatibles avec un trouble de l'humeur qui serait sévère durablement. En définitive, l'expertise du CEMed va dans le même sens que celle du Dr V.\_\_\_\_\_, soit dans le sens d'une pleine capacité de travail en raison des troubles psychiques.

Les motivations des deux expertises judiciaires et du rapport d'examen du Dr P.\_\_\_\_\_, qui s'appuient sur les critères de la CIM-10 et sur un examen fouillé de la situation de l'assurée, permettent de retenir que cette dernière ne présente pas d'incapacité de travail. On s'écartera donc de l'appréciation contraire des psychiatres traitants du centre de consultation Appartenances et du CPNVD, qui se sont prononcés suite à un mandat de traitement et non d'expertise et s'appuient sur des motivations moins rigoureusement étayées et scientifiquement documentées que celles du Dr V.\_\_\_\_\_. La Dresse X.\_\_\_\_\_ n'est quant à elle pas psychiatre et ne saurait valablement contredire l'avis du médecin précité, ce d'autant plus qu'elle est le médecin traitant de l'assurée et que son opinion doit dès lors être appréciée avec les réserves d'usage.

**d)** S'agissant plus particulièrement de l'existence d'une incapacité de travail antérieure à février 2011 en raison du trouble dépressif, comme s'en prévaut la recourante, on relèvera en premier lieu qu'un médecin peut parfaitement se prononcer sur l'état de santé d'un assuré a posteriori, dès lors qu'un rapport rendu postérieurement à une date déterminante doit être pris en considération dans la mesure où il a

trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2). Le Dr V. \_\_\_\_\_ a certes retenu que l'assurée présentait un trouble dépressif qui variait en intensité et qui "a pu être transitoirement sévère", mais il a relevé qu'il n'y avait pas véritablement de motifs de penser que l'épisode dépressif fût sévère sur des mois ou des années, l'assurée semblant selon lui avoir rapidement répondu aux traitements lors de son hospitalisation en milieu psychiatrique. Sur ce point, on relèvera que les médecins du CPNVD ont signalé à la fin d'un séjour de l'assurée (du 6 au 26 février 2008) l'amendement des symptômes dépressifs avec disparition complète des symptômes psychotiques et des idées suicidaires (rapport du 2 avril 2008), ce qui corrobore l'appréciation de l'expert judiciaire.

**e)** Il y a dès lors lieu de retenir, avec le médecin du SMR et les experts judiciaires, que l'assurée ne présente pas, et n'a jamais présenté, d'incapacité de travail de longue durée en raison de son trouble dépressif récurrent.

**4.** Il reste à examiner la question d'une éventuelle invalidité sous l'angle du trouble somatoforme douloureux.

**a)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles

somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 131 V 50). Eu égard à des caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 50; 130 V 354). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (en matière de trouble somatoforme douloureux: ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence citée). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on

conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

**b)** Au vu de l'importance des douleurs somatiques, sans base organique suffisante permettant de les expliquer, et de la recherche - en l'occurrence infructueuse - de facteurs d'exclusion, le Dr V.\_\_\_\_\_ a retenu, selon la CIM-10, un syndrome douloureux somatoforme persistant; il a également exclu la présence d'autres pathologies psychiatriques, tel un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi. Lors de l'examen au SMR, le Dr P.\_\_\_\_\_ a lui aussi retenu selon la CIM-10 un syndrome douloureux somatoforme persistant, en raison des douleurs persistantes et intenses. Ce diagnostic a en outre été retenu par les psychiatres du CPNVD.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ a relevé que le trouble dépressif n'avait pas les caractéristiques de sévérité des dépressions endogènes des anciennes nomenclatures, avait une composante réactionnelle et ne semblait pas constituer une affection psychiatrique incapacitante en soi sur la durée. En d'autres termes, ce médecin n'a pas retenu de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, au sens de la jurisprudence précitée. Il a ensuite relevé que l'assurée gardait "un réseau social consistant" avec quelques amis suisses et bosniaques ainsi que des liens étroits avec sa famille et sa belle-famille, de sorte qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il a ensuite retenu que l'assurée ne présentait pas d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, puis a admis un

processus maladif de longue durée et une résistance au traitement selon les règles de l'art, en se demandant toutefois s'il ne s'agissait pas plus d'un comportement de malade que d'une maladie au sens biomédical du terme. Il a relevé que la situation clinique conservait une certaine plasticité, la pathologie dépressive s'étant considérablement amendée et l'assurée communiquant normalement, de sorte qu'il n'y avait pas de situation figée et cristallisée. Dès lors, le Dr V.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu d'incapacité de travail et précisé que l'assurée devait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et de réintégrer le monde ordinaire du travail en plein.

Pour sa part, le Dr P.\_\_\_\_\_ a constaté qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique incapacitante car l'épisode dépressif affectant l'assurée était un facteur d'accompagnement au syndrome douloureux somatoforme persistant et n'atteignait pas une gravité et une importance suffisantes pour être incapacitant. Il a ensuite relevé l'absence de perte d'intégration sociale (au vu de contacts de l'assurée avec ses parents, sa fratrie et des amis), l'absence d'affection corporelle chronique pour expliquer l'ampleur des douleurs, puis l'absence d'un état cristallisé, au vu de la volonté manifestée par l'intéressée pour améliorer son état; il a néanmoins retenu une inefficacité des traitements *lege artis* mis en place. Il a dès lors retenu qu'il n'y avait pas d'arguments suffisants en faveur d'une atteinte psychiatrique incapacitante.

**c)** Au vu du dossier ainsi que de la situation médicale et personnelle de l'assurée, on ne voit pas de raisons de s'écarter de l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_ ni de celui du Dr P.\_\_\_\_\_ au sujet du caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant, qui sont les seuls médecins à s'être prononcés sur cette question selon les critères de la jurisprudence. Dès lors, l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail en raison de cette affection.

**5. a)** Il s'ensuit que faute d'incapacité de travail, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité. Partant, la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. Le dossier étant

complet sur le plan médical, il n'y a pas lieu de procéder à un autre complément d'instruction.

**b)** Selon l'art. 69 al. 1bis LAI (introduit par la modification du 16 décembre 2005 [mesures de simplification de la procédure], en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est en principe soumise à des frais de justice.

Dans le cas présent, on renoncera à la perception de frais à la charge de la recourante déboutée, par équité (art. 50 LPA-VD), aucune avance n'ayant du reste été requise.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 janvier 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap, Service juridique, à Bienne (pour S.\_\_\_\_\_)
- 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).

Le greffier :