

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juin 2009

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

F. _____, à Prilly, recourante, assistée de Me Jean-Marie Agier, avocat à Lausanne

et

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

Art. 16, 61 let. g LPGA ; 28, 69 al. 1bis LAI ; 2 al. 1 TFJAS

E n f a i t :

A. F._____, née le 9 novembre 1962, a travaillé comme dame de buffet entre 1978 et 1985, puis comme caissière à [...] entre 1985 et 1987. Elle a ensuite cessé toute activité professionnelle jusqu'en 2000. A partir du 1er mai 2000, elle a repris un emploi de caissière auxiliaire à [...], à raison de 30 heures hebdomadaires.

Le 26 juin 2000, soit après quelques semaines d'activité, l'assurée s'est trouvée en incapacité complète de travail, sur la base d'un certificat établi par son médecin traitant, le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine interne à Renens. Selon les explications notées par l'intéressée sur un questionnaire de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), daté du 29 novembre 2000, elle aurait travaillé à 100 % si elle était en bonne santé. Ce point a été confirmé lors d'un entretien du 8 octobre 2003 dans les bureaux de l'OAI.

Le 8 novembre 2000, F._____ a déposé une demande de prestation AI en vue de l'obtention d'une rente.

B. Le Dr L._____ mentionne, dans un rapport du 23 novembre 2000, que l'assurée présente une atteinte à la santé depuis 1987 et une incapacité de travail à 100 % dès le 26 juin 2000. Il pose le diagnostic suivant : "Troubles somatoformes douloureux. HTA essentielle. Obésité exogène. Hernie hiatale axiale sans oesophagite de reflux. Gastrite (et gastroparésie) à hélicobacter pylori". Dans l'anamnèse de son rapport, le Dr L._____ évoque notamment la reprise d'activité professionnelle de l'expertisée, qu'il a jugée catastrophique, et relève également, selon son appréciation, que l'assurée aurait eu une enfance sans grande particularité.

Le 11 décembre 2000, le Dr L._____ a rédigé un nouveau rapport médical dans lequel il reprend les diagnostics de troubles somatoformes douloureux, d'hypertension artérielle, d'obésité, d'hernie

hiatale et de gastrite *helicobacter pylori*. Selon son appréciation, l'incapacité de travail est de 100 %. Il est relevé dans ce rapport que l'assurée mentionnait principalement des douleurs localisées à la hauteur de la nuque, avec des phénomènes de blocage et des tiraillements dans le membre supérieur gauche et de multiples tendinites à la hauteur du bras gauche. Au statut, il décrit une patiente souriante, agréable, avec un examen clinique déclenchant des douleurs à différents niveaux. Son appréciation retient une capacité de travail inférieure à 33,3 %.

Le 29 août 2001, le Dr L. _____ a rédigé un troisième rapport médical dans lequel il évoque, à titre de diagnostic complémentaire à celui posé précédemment, l'existence d'une dépression, en partie réactive, pathologie qu'il lui aurait été, selon ses termes, difficile de poser auparavant, étant donné que l'assurée se rendait toujours à sa consultation avec une façade souriante. Il a alors proposé pour la première fois de faire confirmer ce diagnostic par un avis psychiatrique.

Cela étant, l'OAI a mis en œuvre un examen clinique pluridisciplinaire auprès du Service médical régional AI (SMR). Le 4 juillet 2003, la Dresse K. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et le Dr H. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont établi un rapport dont il ressort notamment ce qui suit :

"[...] DIAGNOSTIC

- Fibromyalgie
- Trouble statique rachidien
- Obésité (BMI 35) avec déconditionnement majeur global
- Trouble dépressif et anxieux mixte de degré léger (F41.2) chez une personnalité à traits hystériques et dépendants.

APPRÉCIATION CONSENSUELLES DU CAS

Cette assurée présente des douleurs chroniques prédominantes en région scapulaire et du MSD, sans doute réactivées par un *over use syndrom* dans son activité de caissière. Elle a développé depuis une quinzaine d'années une fibromyalgie active. Le tableau, actuellement, recoupe cependant bien les critères fibromyalgiques, avec dysesthésies, troubles digestifs fonctionnels, troubles du sommeil.

Née en Suisse, l'assurée est restée auprès de ses parents jusqu'à l'âge de 6 ans, puis a été envoyée en Italie pour suivre sa scolarité. Elle vivait alors auprès de sa grand-mère maternelle. Revenue en Suisse à l'âge de 12 ans, elle y termine sa scolarité, sans pouvoir suivre de formation professionnelle. L'assurée travaille alors au [...]. Après son mariage, elle travaille comme caissière à [...]. L'assurée montre de bonnes capacités d'adaptation, élevant non seulement ses deux enfants, mais les deux filles aînées de son mari, dont ce dernier a obtenu la garde. L'assurée développe, dès 1987, des cervicobrachialgies, qui vont en s'aggravant, en prenant la forme extensive d'une fibromyalgie. Ayant consulté le Dr L._____, ce dernier lui propose de reprendre une activité de caissière, mais l'assurée doit rapidement interrompre cette dernière, en raison d'une exacerbation de sa symptomatologie douloureuse, accompagnée de troubles digestifs. Elle présente principalement des épisodes de malaises, vécus de manière dramatique, qui l'amènent à interrompre, après quelques semaines, son activité à 100 % dès le 19 juin 2000.

L'assurée mène, dès lors, une vie restreinte, tout en gardant des contacts sociaux avec des amis qu'elle voit régulièrement. Elle ne présente pas de surconsommation sur le plan médical, ne prenant en particulier pas de traitement antidépresseur.

Les limitations fonctionnelles sur le plan de l'appareil locomoteur :

- Evitement des mouvements répétitifs d'abduction du bras au-delà de 70°.
- Evitement des positions extrêmes de torsion du rachis et de mouvements répétitifs.
- Favoriser une activité seulement sédentaire.

Les limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique sont un état dépressif et anxieux mixte de degré léger, des troubles anxieux modérés sous la forme sporadique d'attaque de panique en situation agoraphobique, des troubles modérés de la tension et de la concentration, une fatigabilité et une irritabilité liée à des insomnies en rapport avec ces douleurs.

En ce qui concerne la capacité de travail exigible, l'activité de caissière est contre-indiquée à plein temps, en raison des mouvements répétitifs du MSD en abduction. Cette activité ne peut être réalisée à plus de 50 %, pour permettre des temps de récupération. Dans une activité adaptée sur le plan biomécanique, la capacité de travail exigible est de 80 %, tenant compte des douleurs présentées par l'assurée. Sur le plan psychiatrique, le trouble dépressif et anxieux mixte de degré léger ne constitue pas une comorbidité à sa fibromyalgie. Des mesures professionnelles sont envisageables. [...]"

Dans ce même rapport, il est encore relevé que l'assurée souffre de douleurs de la ceinture scapulaire et du membre supérieur droit depuis 1987, en aggravation depuis 1995. Il est également fait mention de

l'apparition récente de douleurs au genou, associées à une sensation de froid.

Dans le descriptif de la vie quotidienne, il est indiqué que l'assurée se lève à 6h30, prépare le déjeuner, effectue son ménage à sa vitesse. Elle fait ses courses pour préparer le repas familial de midi. Dans l'après-midi, l'assurée effectue son repassage de façon fractionnée. Les activités de couture sont alors accomplies par sa mère lorsqu'elle lui rend visite. Concernant l'après-midi, l'assurée s'occupe des leçons de ses enfants, prépare le repas du soir. Enfin, il est mentionné qu'elle a une activité dans son jardin, fait des promenades au bord du lac.

Le 6 mai 2004, les Drs X._____ et W._____, du Département de psychiatrie B._____, ont établi un rapport à la demande du médecin traitant de l'assurée. Les médecins en question reprennent l'évolution des douleurs, qu'ils disent apparues depuis environ 15 ans, en aggravation depuis 4 ans. Ils mentionnent également une symptomatologie dépressive avec idées suicidaires, des angoisses se manifestant par une sensation d'oppression thoracique, des difficultés respiratoires, des sensations de chaleur, des tremblements, des vertiges et une sensation d'évanouissement imminent. Le statut psychiatrique effectué mentionne qu'il s'agit d'une femme de 42 ans, faisant son âge, de tenue vestimentaire et hygiène correctes. Elle est décrite comme orientée et collaborante ; la thymie est triste et on relève une certaine agitation psychomotrice ; le focus d'attention est partagé ; on ne met pas en évidence de troubles formels du cours de la pensée ni de symptômes psychotiques. Les Drs X._____ et W._____ retiennent alors un diagnostic de troubles somatoformes douloureux avec, comme comorbidité, un trouble dépressif majeur, épisode actuel d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques, ainsi qu'un trouble panique avec agoraphobie. Dans la discussion, il est proposé de débiter un traitement d'Efexor, le pronostic étant, selon leur avis, défavorable, étant donné la durée des douleurs, l'absence de réponse au traitement et la présence d'une comorbidité psychiatrique.

Dans un avis complémentaire du 27 décembre 2004, le Dr H. _____ indique que les éléments parlant en faveur du diagnostic d'un trouble dépressif majeur, épisode actuel d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques, posés par les psychiatres du Département de psychiatrie B. _____, sont essentiellement tirés des descriptions de l'assurée. Le statut clinique reste selon lui plutôt succinct, avec pour seule mention que la thymie est triste et qu'une certaine agitation psychomotrice est relevée. Il y a donc selon lui très peu de signes cliniques objectifs permettant de soutenir la notion d'un épisode dépressif sévère. Il estime que la péjoration clinique évoquée par le Département de psychiatrie B. _____ n'est que réactionnelle et indique dans le même temps que l'avis des Drs X. _____ et W. _____ relève d'une appréciation différente de l'exigibilité sans que l'on puisse parler d'une aggravation sur le plan psychiatrique.

C. Par décision du 15 mars 2005, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assurée. Celle-ci a formé opposition contre cette décision le 26 avril 2005, par l'entremise de son conseil.

D. L'OAI a alors décidé de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire confiée à la Clinique J. _____.

Le rapport qu'ont déposé les Drs R. _____ (spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie), V. _____ (spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie) et C. _____ (spécialiste FMH en médecine interne, qui a procédé à la synthèse des différents avis médicaux) à l'automne 2006 révèle notamment qu'il n'existe, de l'avis des experts, aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail retenus sont pour leur part les suivants : trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), obésité exogène, hypertension artérielle traitée.

Le Dr C. _____ relève notamment ce qui suit :

"[...] L'anamnèse actuelle n'apporte aucun élément nouveau. Les plaintes sont parfaitement superposables à celles que mentionne le Dr L. _____ en décembre 2000 déjà, puis reprises lors de l'expertise bi-disciplinaire par la Dresse K. _____ durant l'année 2003. La patiente affirme que la symptomatologie s'est fortement péjorée, au point qu'elle ne peut plus du tout tenir son ménage. On peine cependant à obtenir une description plus précise de la symptomatologie limitante - laquelle finit par se résumer au seul mot : « douleurs ». [...]"

Le Dr R. _____ insiste pour sa part sur le fait que l'expertisée est enfermée dans des plaintes douloureuses. Il écrit en particulier :

"[...] Vu l'intensité de l'état douloureux et de l'extension du phénomène, il paraît préférable de recourir à une classification psychiatrique (troubles douloureux) plutôt qu'à un appel suggérant une atteinte anatomique (fibromyalgie). [...]"

Le Dr C. _____ poursuit en ces termes :

"[...] A ce stade, au plan somatique stricto sensu, on peine à retenir une inaptitude dans l'activité de caissière, ou toute activité comparable ; cette appréciation vaut également pour ce qui concerne les activités ménagères, hormis, éventuellement, les activités réputées lourdes comme passer l'aspirateur..."

Le nœud de cette expertise semble plutôt psychiatrique, puisque deux appréciations différentes ont été données sur la situation de cette assurée en 2003 et 2004, aussi bien en ce qui concerne les aspects diagnostics que les appréciations de l'incapacité de travail. Il faut cependant relever que les psychiatres du Département de psychiatrie B. _____ n'avaient pas expressément examiné l'assurée sous l'angle de l'exigibilité professionnelle [...]"

Le Dr V. _____, note pour sa part ce qui suit :

"[...] La thymie est altérée par une labilité émotionnelle, l'expertisée s'effondrant en larmes à plusieurs reprises à l'évocation de ses douleurs ou de la perception de soi comme inutile et malheureuse. L'expression émotionnelle se fait ainsi uniquement à travers des plaintes douloureuses exprimées de manière démonstrative. La thymie peut cependant se moduler de manière satisfaisante selon les sujets évoqués. Le fonctionnement psychologique est de type "tout ou rien", oscillant par exemple rapidement de l'évocation d'envie suicidaire forte à des préoccupations esthétiques concernant son sein. Concernant les signes dépressifs spécifiques, on note l'absence d'altération majeure du sommeil, de variation pondérale manifeste ou de modification récente de la sexualité. Les

symptômes dépressifs se résument ainsi à une tristesse importante, une fatigue et un sentiment d'inutilité. [...]

[...] Sur le plan médical, les quelques éléments objectifs retenus ont rapidement été perçus par les médecins comme insuffisants pour expliquer l'importance des plaintes de cette assurée. Devant la persistance et l'augmentation progressive de cette symptomatologie douloureuse, qui s'est aujourd'hui étendue à l'ensemble du corps et en l'absence de concordance entre l'origine somatique des douleurs et les plaintes de l'expertisée, un diagnostic de troubles somatoformes peut se justifier.

La question d'une comorbidité psychiatrique est alors particulièrement importante ; un premier examen spécialisé celui du Dr H. _____ qui retient en 2003 un trouble dépressif et anxieux mixte de degré léger, chez une personnalité à trait hystérique et dépendant, considérant ce trouble comme une atteinte à la santé sans caractère invalidant. Un concilium psychiatrique ultérieur (Dresse W. _____ et Dr X. _____, mai 2004) parle d'une aggravation de l'état thymique, aussi en réaction avec une décision négative de l'assurance-invalidité, visiblement perçue par l'expertisée comme une non-reconnaissance de sa souffrance.

Mon observation actuelle, sur le plan psychiatrique, retrouve un trouble thymique comprenant des éléments dépressifs et anxieux, exprimés de manière plaintive et démonstrative. Les signes de ce trouble anxieux et dépressif paraissent stables depuis 2003 ou 2004, avec, par contre, un vécu douloureux subjectif et un comportement autolimitatif qui se sont nettement accrus. Je constate aussi que l'expertisée a toujours été réticente à une quelconque démarche psychothérapeutique et pharmacologique autre qu'une anxyolyse ponctuelle (Temesta)... Ce comportement d'invalidation n'a ainsi pas de socle médico-psychiatrique suffisant pour parler de troubles à caractère invalidant.

Du point de vue psychothérapeutique, on ne peut ainsi qu'encourager l'expertisée à faire les efforts nécessaires pour diminuer son trouble anxieux modéré (en particulier les éléments agoraphobiques) par une confrontation progressive à des activités, étant donné l'importance actuelle de son déconditionnement, aussi bien physique que psychique.

Concernant un éventuel trouble de la personnalité, aucun élément anamnestique, ni ressortant de mon observation actuelle ou des évaluations psychiatriques antérieures ne vont dans ce sens chez une expertisée au bénéfice de ressources psychiques suffisantes, au besoin avec l'aide d'un suivi psychothérapeutique, pour remettre en valeur ses capacités de travail. [...]"

Au terme de cette expertise pluridisciplinaire, et après avoir revu l'anamnèse et réexaminé cette assurée, les experts parviennent à une appréciation convergente de cette situation qui est la suivante :

- "[...] - le tableau clinique est resté stable depuis le début de l'arrêt de travail ; aucun élément anamnestique ou clinique objectif ne soutient la notion d'aggravation.
- ni l'évolution, ni le statut actuel ne permettent de dégager une image d'un processus médico-psychiatrique qui puisse justifier une incapacité de travail totale, ni même partielle chez cette jeune assurée, tant dans l'activité de caissière que dans les activités ménagères habituelles.
 - ce parcours se caractérise essentiellement par un vécu douloureux subjectif et un processus d'invalidation secondaire, avec déconditionnement physique et psychique.
 - au plan psychiatrique, le Dr V. _____ estime que l'assurée dispose de ressources suffisantes et qu'une prise en charge spécifique serait souhaitable afin qu'elle puisse remettre en valeur ses capacités de travail. [...]"

Le 27 octobre 2006, la Dresse T. _____, du SMR, a rédigé un avis médical interne résumant les conclusions de la Clinique J. _____. Elle y relève d'une part que l'expertise ne révèle aucun diagnostic susceptible d'influer sur la capacité de travail de F. _____ et, d'autre part, que cette dernière dispose, selon les experts, des ressources lui permettant de surmonter les troubles somatoformes douloureux dont elle souffre.

Le 6 juillet 2007, le conseil de l'assurée a adressé à l'OAI un nouveau rapport d'expertise, établi cette fois-ci par le Dr M. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, rapport daté du 1er juillet 2007.

Après avoir passé en revue les faits déterminants ressortant du dossier médical puis procédé à l'anamnèse complète de l'assurée, l'expert écrit ce qui suit :

"[...] III. EVOLUTION DE LA MALADIE ET RESULTAT DES THERAPIES

Comme décrit plus en détail dans l'anamnèse ci-dessus, l'expertisée a présenté dès la petite enfance les signes précurseurs de son affection psychique future. Ces signes incluaient des cauchemars à répétition, des terreurs nocturnes, une onychophagie et des épisodes d'énurésie. Peu après, l'expertisée a commencé à présenter une anxiété flottante, constante, avec l'impression de catastrophe imminente.

A l'âge de 6 ans, l'expertisée a présenté en toute vraisemblance une dépression infantile peu après son arrivée en Italie. Elle n'a pas été prise en charge à ce sujet à l'époque.

Dès l'âge de 12-13 ans, comme mentionné dans le consilium rhumatologique, l'expertisée a commencé à présenter les premières douleurs aux avant-bras, douleurs fluctuantes.

A l'âge de 19 ans, Mme F._____ a présenté un nouvel épisode dépressif dans les suites de sa rupture affective. A nouveau cet épisode n'a pas été traité.

En 1985, suite au départ de ses parents en Italie, l'expertisée a présenté une rechute dépressive qui demeure à nouveau non traitée. Signalons que les épisodes dépressifs mentionnés précédemment n'étaient pas accompagnés d'une symptomatologie douloureuse rapportée par l'expertisée.

En 1987, l'expertisée a présenté une augmentation de sa symptomatologie douloureuse, qui s'étendait des bras, jusqu'à la nuque, comprenant également les épaules. Cette symptomatologie fluctuante disparaissait après deux à trois mois. Depuis lors, la symptomatologie dépressive a comporté également une symptomatologie douloureuse.

En 1989, Mme F._____ a présenté une nouvelle rechute dépressive après la naissance de sa fille. Cet épisode dépressif n'a pas non plus été traité.

De 1992 à 1995, l'expertisée signale une stabilisation de son état thymique et anxieux.

En 1997, l'expertisée présente une nouvelle rechute dépressive à nouveau non traitée.

Il en est de même en 1999, avec une nouvelle rechute dépressive après le départ chez leur mère des filles de son mari.

Dès l'année 2000, suite à la reprise de l'activité professionnelle de l'expertisée, la symptomatologie psychiatrique s'aggrave, avec péjoration de la symptomatologie douloureuse qui se généralise et réapparition d'angoisses importantes qui se manifestent par paroxysmes mais également avec persistance d'un fond anxieux continu. Cette symptomatologie est accompagnée de signes neurovégétatifs ainsi que d'épisodes bruyants de malaises sur le lieu de travail. Malgré l'importance de sa symptomatologie, l'expertisée ne bénéficie pas non plus à cette période d'un suivi psychiatrique. Mme F._____ a uniquement bénéficié de benzodiazépines (Temesta) prescrites par son médecin généraliste, traitement qui selon elle « a amélioré quelque peu ses phénomènes de tremblement ».

En 2004, suite au consilium psychiatrique, il est proposé d'introduire un traitement d'Efexor. Ce traitement aurait été introduit dans les suites de cette consultation, sans succès. Une nouvelle tentative est effectuée en février 2007. L'expertisée aurait présenté des effets secondaires digestifs qui l'ont poussée à arrêter le traitement. Mme F._____ mentionne également des érythèmes cutanés, des démangeaisons, une augmentation de ses phénomènes de vomissements, de ses vertiges et de ses tremblements. L'expertisée met ses consultations en urgence au [...] de 2004 sur le compte de ce traitement.

Depuis 2003, on constate que l'état thymique ne s'est plus jamais stabilisé et s'est péjoré avec l'apparition d'idées suicidaires fréquentes, scénarisées. A signaler également depuis trois à quatre mois, l'apparition d'hallucinations auditives, l'expertisée déclarant entendre souvent son nom de famille, sous la forme de voix d'enfants ou de femmes, sons qu'elle identifie à l'extérieur d'elle-même, mais que son entourage ne peut pas confirmer. A d'autres reprises, l'expertisée déclare entendre des bruits « comme si une

personne ouvrait la porte ». A nouveau ces perceptions ne sont pas confirmées par son entourage.

[...]

VIII. DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES SELON CIM-10

- Trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques F33.3
- Agoraphobie avec trouble panique F40.01
- Anxiété généralisée F41.1
- Autres phobies spécifiques (phobie des animaux, du sang, phobie sociale) F40.2
- Trouble somatoforme douloureux persistant F45.4
- Retard mental léger F70

IX. DISCUSSION

[...] Mme F. _____ présente dès l'enfance des signes de souffrance psychique (cauchemars à répétition, terreurs nocturnes, onychophagie et énurésie occasionnelle). Ces signes sont intervenus dans un climat familial d'emblée difficile, Mme F. _____ déclarant avoir souffert très tôt du fait que son père verbalisait souvent qu'elle allait les quitter pour vivre en Italie chez sa grand-mère. Ceci a fait peser sur elle une menace de séparation de façon chronique, paramètre qui est reconnu (selon les développements de Bowlby) pour entraîner par la suite un mode d'attachement à la fois anxieux et ambivalent. L'enfant va en effet avoir tendance à s'agripper davantage à la figure parentale dont il craint constamment l'indisponibilité. Il faut relever que dès son plus jeune âge, l'expertisée n'a pas pu s'appuyer sur une figure paternelle sécurisante, Mme F. _____ décrivant un père rigide, n'exprimant que peu d'émotions et se montrant la plupart du temps peu permissif, voire dénigrant envers elle. On peut également suspecter que la mère s'est montrée peu disponible sur le plan émotionnel, étant donné qu'elle est décrite comme une personne qui n'a jamais été capable d'exprimer et de témoigner son affection. Les échanges et stimulations émotionnelles avec la mère sont également un paramètre important dont l'enfant a besoin pour établir un lien stable. Mme F. _____ a donc très probablement vécu une relation précoce à sa mère peu satisfaisante en raison de l'insuffisance de l'interaction, ce qui provoque également un retard d'attachement. On peut en effet remarquer que durant toute sa vie, l'expertisée a entretenu une relation de forte dépendance envers sa mère, semblant rechercher constamment une relation soutenante, supportant très mal le retour de sa mère en Italie et l'appelant souvent à l'aide dans les périodes d'angoisse et de dépression, ce qui témoigne de son peu d'autonomie.

Par la suite, lors de son arrivée en Italie, l'expertisée a présenté tous les signes d'une dépression infantile grave, ayant duré plusieurs mois, qui n'a pas été prise en charge étant donné le contexte socio-économique précaire. A cette occasion, les grands-parents de l'expertisée ont tenté vainement de la consoler en essayant de compenser sa tristesse et ses angoisses en la gratifiant sur le plan alimentaire, ce qui a certainement créé chez l'expertisée des fixations orales. Il est également reconnu que la dépression infantile liée à la problématique de séparation peut avoir de fortes

répercussions sur le psychisme de l'enfant en devenir, sous la forme d'altérations de certains processus intellectuels (langage, abstraction) et le risque d'évolution vers une pathologie psychosomatique. Dans le cas de l'expertisée, comme développé plus loin dans la discussion, ces deux altérations se sont produites (déficit intellectuel et apparition précoce de douleurs). Toujours dans la problématique de séparation, il faut relever que l'expertisée a pu investir positivement un lien paternel substitutif avec son grand-père en Italie. Toutefois, celui-ci décédera peu après, répétant dès lors une séparation à nouveau traumatique. Les séparations répétées et la succession des figures d'attachement représentent des facteurs de fragilisation de la personnalité importants. Il faut en effet relever que le deuil de ce grand-père n'a pas pu être élaboré par l'expertisée et a créé à l'époque chez elle des réactions émotionnelles très vives, peu contenues par son entourage qui l'a éloignée du corps de son grand-père décédé. Ceci a provoqué une profonde détresse psychique. Les séquelles de cette blessure ont pu être mises en évidence dans le cadre de cette expertise, où Mme F. _____ s'est effondrée en pleurs à l'évocation du souvenir de son grand-père, se sentant extrêmement mal durant les trois jours ayant suivi cette discussion, ce qui témoigne de la non-résolution du processus de deuil.

Etant donné cette problématique de séparation, des signes d'anxiété se sont rapidement développés dans l'enfance. Il s'agissait alors d'une nervosité importante, d'une anxiété flottante, avec l'impression subjective de catastrophe imminente, ce qui représente les signes précurseurs d'une anxiété généralisée qui s'est développée au fil des années, ayant été relativement bien stabilisée dans les premières années de mariage de l'expertisée, mais réapparaissant de façon majeure dès 1999. En effet, à l'heure actuelle l'expertisée présente tous les symptômes et critères de cette affection, à savoir une anxiété flottante associant une nervosité, des tremblements, une tension musculaire, des sensations « de chaud et froid », une attente craintive face à l'avenir ainsi que des troubles neurovégétatifs très importants. En effet, comme en atteste l'échelle d'anxiété de Hamilton, l'expertisée présente 24 points sur 24 d'anxiété psychique ainsi que 38 points sur 40 d'anxiété somatique (on peut relever notamment des phénomènes de vision brouillée, des bouffées de chaleur et de froid, des sensations de faiblesse et de picotements, de la tachycardie, des palpitations, des douleurs thoraciques, des sensations de poids sur la poitrine et de constriction, des sensations d'étouffement, une symptomatologie digestive avec dyspepsie, douleurs abdominales, ballonnements, nausées, vomissements occasionnels, diarrhées, constipation, des symptômes du système nerveux autonome avec bouche sèche, accès de rougeur, tendance à la sudation, vertiges, céphalées de tension). Un questionnaire complémentaire concernant la crainte des sensations physiques confirme la gravité de l'atteinte anxieuse, l'expertisée présentant un score de 4,6 sur 5 à cette échelle, les sujets agoraphobes présentant une moyenne de 3,05.

En effet, Mme F. _____ présente actuellement une agoraphobie avec un trouble panique qui se manifeste par des attaques d'anxiété paroxystique apparaissant de façon spontanée, mais également dans des foules, les endroits publics, les transports en commun. Mme F. _____ évite la plupart du temps ces situations. La fréquence des attaques de panique est de l'ordre de 1 à 2 attaques par semaine, vécues à chaque fois avec une grande détresse et une

anxiété anticipatoire. Ces attaques de panique englobent par ailleurs des symptômes extrêmement nombreux (palpitations, transpiration, tremblements, secousses, bouche sèche, difficulté respiratoire avec sensation d'étouffement, douleurs à la poitrine, nausées et symptômes abdominaux, vertiges, sensations d'évanouissement ou d'étourdissement, peur de perdre le contrôle et de devenir fou, de s'évanouir, peur de mourir, bouffées de chaleur et sueurs froides, engourdissements ou sensations de picotements). Ces attaques d'anxiété paroxystique durent de une à dix minutes. Les situations évitées par l'expertisée sont très nombreuses (notamment les hôpitaux, manger et boire en public, faire des trajets en bus ou en car, se promener seule dans les rues, aller dans les magasins). L'évaluation psychométrique de l'expertisée a par ailleurs pu mettre en évidence que Mme F. _____ présentait également une phobie du sang, des chiens, des examens et des interventions médicales en général, ainsi que des signes parlant en faveur d'une phobie sociale (crainte de parler ou d'agir en public, crainte de parler à des supérieurs hiérarchiques, d'être regardée ou dévisagée, de manger et boire en présence d'autres personnes). Ceci complète donc le diagnostic de la pathologie anxieuse de l'expertisée, qui doit être considérée comme sévère et comprenant de multiples facettes.

Sur le plan du trouble de l'humeur, Mme F. _____ a présenté dès l'enfance un premier épisode dépressif, qui a été suivi ensuite de nombreuses rechutes (cf. évolution de la maladie et résultat des thérapies). Plusieurs épisodes dépressifs n'ont pas été accompagnés de douleurs, notamment dans l'enfance et à l'âge de 19 ans. Ceci justifie donc que l'on retienne de façon séparée en comorbidité le trouble dépressif récurrent. Mme F. _____ a présenté durant sa vie plusieurs épisodes dépressifs, d'intensité moyenne à sévère, qui en général n'ont pas été traités et qui ont permis une poursuite de l'activité professionnelle malgré la présence d'une symptomatologie parfois importante. Depuis l'année 2000, ce trouble de l'humeur n'a fait que s'aggraver. En effet, à l'heure actuelle l'expertisée présente une humeur dépressive constante, non modulable, associée à une baisse totale d'intérêt et de plaisir, une augmentation de la fatigabilité, une diminution de la concentration et de l'attention, une image très détériorée d'elle-même avec perte d'estime de soi, idées de dévalorisation, attitude extrêmement pessimiste par rapport à l'avenir, idées suicidaires élaborées, perturbations majeures du sommeil et de l'appétit, baisse du désir sexuel. De plus, le status psychiatrique fait état de troubles perceptifs transitoires, sous forme d'hallucinations auditives. Il s'agit clairement de perceptions sans objet que l'expertisée localise à l'extérieur d'elle-même (il ne s'agit donc pas de pseudo-hallucinations), sous forme de bruits de porte et de voix l'appelant par son nom, sans contenu affectif particulier, ce qui correspond à des hallucinations non congruentes à l'humeur. Ceci, couplé à une échelle de dépression MADRS donnant un score très haut (48/60, dépression jugée sévère dès 30/60), démontre la gravité actuelle du tableau dépressif.

Depuis l'adolescence, l'expertisée a présenté les premières douleurs dans les avant-bras, ce qui montre qu'assez rapidement l'appareil psychique s'est vu déborder, avec l'apparition des signes précurseurs d'une évolution psychosomatique. Par la suite, les douleurs se sont anamnesticquement estompées jusqu'à la naissance de son fils. Depuis là, comme décrit dans les expertises précédentes, l'évolution a été lentement défavorable, avec aggravation de la

symptomatologie, extension des douleurs à tout le corps. Tous les bilans médicaux effectués jusqu'à ce jour n'ont pu mettre en évidence de causes somatiques, raison pour laquelle le diagnostic de trouble somatoforme douloureux se justifie. En effet, la douleur est intense et persistante, s'accompagne d'un sentiment de détresse. Ces douleurs entrent dans le cadre d'une personnalité fragilisée dès l'enfance par la problématique de séparation décrite ci-dessus. On peut également voir que ce trouble somatoforme entraîne secondairement une mobilisation de l'entourage massive, Mme F._____ se montrant incapable de verbaliser tout besoin affectif personnel, dans un fonctionnement psychique extrêmement rigide, caractérisé par une alexithymie et une pensée opératoire. Ceci est certainement à mettre en lien avec les carences infantiles précoces ainsi que le profil psychique décrit par l'expertisée concernant ses parents (incapacité à témoigner de l'affection et à verbaliser des émotions).

Sur le plan clinique, j'ai également été frappé dès le début de cette expertise par le côté peu élaboré du discours de l'expertisée, son incontinence affective et une certaine pauvreté dans le contact, avec une grande difficulté à élaborer tout vécu psychique. Ces éléments mettant en évidence des troubles majeurs dans le calcul mental, m'ont questionné quant à la présence d'un déficit des ressources intellectuelles, ce déficit étant de plus une des possibilités évolutives d'une dépression infantile non-traitée. J'ai donc demandé de réaliser un test d'évaluation du QI. Celui-ci a été réalisé sans l'épreuve de vocabulaire afin d'éviter un biais lié à la langue maternelle de l'expertisée. Cette évaluation donne un score déficitaire, toutes les épreuves scorant en-dessous de la norme, avec un résultat global parlant en faveur d'un retard mental léger. Ceci s'additionne donc au facteur prémorbide à la fois anxieux et dépressif de l'expertisée, pour démontrer la précarité de son fonctionnement psychique. On comprend dès lors mieux pourquoi l'expertisée développe des phénomènes de somatisation, qui signent la difficulté à vivre psychiquement tout vécu émotionnel, les phénomènes de somatisation tentant vainement d'enrayer une décompensation psychique plus grave. Actuellement, ces phénomènes sont de plus dépassés, l'expertisée présentant un état de désarroi global, étant enfermée dans des angoisses déstructurantes et un vécu dépressif majeur qui lui fait appréhender l'existence dans un état de continuelle menace.

Au vu de tous ces éléments, je constate que l'évaluation psychiatrique actuelle diffère sur plusieurs points des évaluations psychiatriques précédentes.

Tout d'abord, sur le plan anamnestique, j'ai pu déceler plusieurs signes de souffrance psychique précoce avec comme décrit plus haut, une trajectoire de vie caractérisée par une évolution à la fois anxieuse, dépressive (avec une récurrence identifiable) et psychosomatique dans le cadre d'une importante problématique de séparation. En effet, cette problématique de séparation n'a cessé de marquer le vécu de l'expertisée en raison de son placement en Italie, du deuil de son grand-père non élaboré, ainsi que du départ de ses parents en Italie peu après son mariage, qui a de nouveau laissé l'expertisée dans un état de profond désarroi et de répétition traumatique.

L'évaluation actuelle s'écarte également du diagnostic retenu auparavant de trouble anxieux et dépressif mixte. En effet, il s'agit d'un diagnostic qui doit être utilisé selon la CIM-10 « quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé ». Or, l'évaluation psychiatrique actuelle permet de poser des diagnostics séparés plus précis en raison de l'intensité symptomatique. J'ai en effet constaté que l'intensité des troubles de l'expertisée mesurée lors de cette expertise diffère de l'intensité décrite dans les évaluations précédentes, ce qui parle dès lors pour une aggravation des troubles. Lors de la présente expertise, tous les tests psychométriques effectués illustrent la gravité des symptômes tant dépressifs qu'anxieux. Un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte ne peut dès lors plus être utilisé actuellement selon la définition CIM-10.

L'évaluation psychiatrique actuelle diffère également concernant le status psychiatrique. Le status effectué par le Dr V. _____ fait état d'une expertisée « qui ne présente pas de troubles du cours de la pensée ou d'autres troubles de la lignée psychotique ». Ceci n'est plus le cas à l'heure actuelle, étant donné que l'expertisée présente des signes psychotiques transitoires sous la forme d'hallucinations auditives. Pour le Dr H. _____ « les capacités de jugement et de raisonnement correspondent à une intelligence dans les limites de la norme ». Ceci diffère également par rapport à l'évaluation actuelle mesurant le QI. Il est également mentionné que « la thymie de l'assurée est modérément dépressive avec au premier plan un état anxieux ». Ceci n'est plus le cas non plus actuellement étant donné l'effondrement de la thymie, non modulable par les événements extérieurs. En effet, le status psychiatrique actuel de cette expertisée est à l'évidence une altération, dans différents domaines psychiques, à savoir les troubles attentionnels et de la mémoire (avec trouble de la concentration et trouble de la fixation), des troubles formels de la pensée (inhibition, ralentissement, ruminations, idées envahissantes, fuite des idées). On relève également des altérations concernant les craintes et obsessions (éléments de méfiance, phobies décrites), des troubles des perceptions (hallucinations acoustico-verbales et autres hallucinations auditives), d'importants troubles affectifs (anesthésie affective, trouble de l'éprouvé vital, altération de la thymie, perte d'espoir, anxiété psychique, dysphorie, irritabilité, agitation intérieure, sentiment d'insuffisance, de culpabilité, de ruine, incontinence affective et monotonie affective). On relève également des troubles du dynamisme et de la psychomotricité ainsi que d'autres troubles (troubles de la sociabilité, tendances suicidaires et agressives). Le Dr V. _____ mentionne « qu'il n'y a aucun trouble attentionnel ou mnésique », ce qui n'est actuellement plus le cas. Le Dr V. _____ mentionne également « qu'aucun signe n'évoque un trouble de l'intelligence », ce qui diffère de l'évaluation actuelle comme décrit plus haut. Il est relevé « une labilité émotionnelle, avec une thymie qui peut se moduler de façon satisfaisante selon les sujets évoqués ». Ceci a également changé dans la présente expertise, où Mme F. _____ s'est montrée de façon uniforme triste, incontinente sur le plan affectif, s'exprimant avec beaucoup de peine et d'angoisse. Le Dr V. _____ mentionnait également « une

absence d'altération majeure du sommeil ». Ceci n'est également plus le cas, étant donné que le sommeil est réduit ou interrompu au moins deux heures par nuit. Il est noté également que l'expertisée « ne présente pas de modifications récentes de la sexualité ». A ce sujet, Mme F. _____ m'a mentionné que depuis l'année 1999 elle présente une altération progressive de sa libido, qui est actuellement fortement diminuée, ce qui a amené progressivement à une absence de relations sexuelles au sein du couple.

Etant donné ces points de divergence, je dois dès lors constater que l'état de santé psychique de l'expertisée s'est aggravé depuis les évaluations multidisciplinaires d'octobre 2006 et du 2 mai 2003, avec notamment la péjoration des symptômes dépressifs, puisqu'ils sont actuellement sévères avec apparition d'hallucinations auditives, la péjoration des symptômes anxieux qui, mesurés lors de cette expertise, sont également d'intensité sévère et entravent l'expertisée dans tous les actes de sa vie quotidienne. L'évaluation actuelle diffère également quant à l'appréciation des ressources intellectuelles. La décompensation présente s'inscrit sur une personnalité rigide qui est actuellement fixée sur ses troubles, ne disposant que de peu de ressources psychiques pour y faire face. [...]

X. PRONOSTIC

[...] Enfin, nous pouvons constater que l'expertisée présente depuis 7 ans une lente dégradation de son insertion sociale, n'ayant actuellement quasi plus aucun contact, n'effectuant plus aucune activité tant ménagère qu'extérieure et vivant de façon extrêmement dépendante par rapport à son entourage qui s'organise autour d'elle. Ceci est également un facteur de gravité important. Enfin, la présence de comorbidités psychiatriques importantes ajoutées au trouble somatoforme complète le côté sombre du pronostic.

XI. APPRECIATION DE LA CAPACITE DE TRAVAIL

Comme décrit plus amplement dans la discussion et dans la question du pronostic, l'expertisée présente d'importants signes dépressifs, tant cognitifs qu'affectifs, qui la rendent très lente, avec des altérations de la concentration et de la mémoire, une difficulté à soutenir un effort tant intellectuel que physique. Ceci est par ailleurs majoré par la présence d'un retard mental léger qui s'ajoute aux signes dépressifs de l'expertisée pour en réduire ses performances. De plus Mme F. _____ présente une symptomatologie anxieuse polymorphe, d'intensité grave, qui limite les possibilités d'être exposée au regard d'une hiérarchie, à l'intégration dans un groupe de travail en raison des éléments agoraphobes. L'expertisée présente actuellement un évitement important lié à son agoraphobie. Elle se montre également la plupart du temps irritable, ce qui rend ses possibilités d'interaction extrêmement faibles.

De plus, l'évolution de la maladie de Mme F. _____ démontre une perte progressive des relations sociales, une perte d'intégration, des liens familiaux qui s'organisent autour d'elle de façon dysfonctionnelle. L'expertisée n'exerce actuellement aucun hobby, vit de façon extrêmement passive.

Pour l'instant, étant donné la gravité des troubles psychiques de l'expertisée, je conclus au fait que l'activité professionnelle exercée jusqu'ici n'est plus envisageable et que la capacité résiduelle de travail est nulle. En particulier, j'estime que l'activité que l'expertisée a exercée jusqu'ici n'est plus exigible et que son rendement est actuellement nul.

On peut également estimer que l'expertisée présente une incapacité de travail d'au moins 20 % dès l'année 2000. Depuis lors, l'incapacité de travail a abouti progressivement à une incapacité totale.

J'estime également que les troubles psychiques de l'expertisée la rendent actuellement incapable de s'adapter à son environnement professionnel. [...]"

Suite à cette expertise, la Dresse T. _____ et le Dr N. _____, du SMR, ont rendu un nouvel avis médical en date du 21 août 2007, dans lequel ils constatent l'absence de faits nouveaux qui permettraient de remettre en cause l'appréciation des médecins de la Clinique J. _____. Ils relèvent également, s'agissant de l'incapacité de travail de 20% depuis 2000 retenue par le Dr M. _____, que ce dernier n'a mis à jour aucun élément factuel nouveau qui n'ait été pris en compte dans les précédentes expertises ; ils en déduisent que l'expert se livre à une appréciation différente d'une situation clinique identique. Enfin, ils reconnaissent qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée est intervenue environ trois mois avant la date de l'expertise du Dr M. _____.

Dans un avis médical complémentaire du 15 octobre 2007, le Dr N. _____ a précisé que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, intervenue selon lui en mars 2007, constituait un problème nouveau et non une rechute.

Le 20 mai 2008, la Dresse D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie qui suit l'assurée depuis le 15 novembre 2007, a, sur demande de l'OAI, adressé à cette dernière un rapport médical confirmant les conclusions du Dr M. _____. La Dresse D. _____ indique pour le surplus que le traitement antidépresseur prescrit a abouti à une évolution stationnaire après 5 mois de traitement.

Sur la base de ce rapport, le Dr G._____, du SMR, a rendu, le 5 juin 2008, un avis médical au pied duquel il conclut que l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis mars 2007 et que depuis cette même période, l'intéressée se trouve en incapacité totale de travail.

E. En date du 9 juin 2008, l'OAI a rendu une décision sur opposition, admettant partiellement celle-ci en ce sens que l'assurée a droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % dès le 1er mars 2008.

F._____ a recouru contre cette décision le 9 juillet 2008, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui est allouée dès le 1^{er} juin 2001.

Par réponse du 15 septembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et 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 immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 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).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1], qui s'applique en matière

d'assurance invalidité par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

2. Est litigieuse en l'espèce la question du début du droit à la rente entière d'invalidité allouée à la recourante. Cette dernière soutient en effet qu'elle se serait retrouvée en incapacité totale de travail dès le 1^{er} juin 2001 et que le droit à la rente devrait lui être reconnu dès cette même date et non dès le 1^{er} mars 2008, comme l'a fait l'intimé.

3. a) Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Aux termes de l'article 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Pour avoir

droit à la rente, il faut encore notamment que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI).

b) La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité ; au contraire, il existe une présomption que ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté (ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas, à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ; à cet égard, une simple humeur dépressive ou un état dépressif réactionnel ne suffit pas (TFA, 21 août 2007, I 797/06, consid. 4 ; TFA, 29 janvier 2003, I 129/02, consid. 3.2 et les références).

D'autres critères peuvent être déterminants : ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux) ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive) (1), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2), d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit

primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (3), ainsi que de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 précité) (4). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra le caractère exigible de l'effort de volonté (TFA, 22 février 2006, I 506/04, consid. 3 ; Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St Gall 2003, p. 77).

En revanche, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé invalidante si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable - par exemple, une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (critères dits de Mosimann) - (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2).

c) De manière générale, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 exprimées par 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 et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise présentée par une partie peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (ATF 125 V 351, consid. 3b ; TF, 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 5.2).

Les constatations émanant de médecins traitants de l'assuré doivent en général 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la

vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193 ; ATF 119 V 9 et les arrêts cités ; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^e éd., Berne 2003, n° 30 p. 331 ; Alfred Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Bâle et Francfort-sur-le-Main 1993, pp. 422-423).

4. a) En l'espèce, l'OAI a considéré, dans sa décision sur opposition du 9 juin 2008, que l'instruction n'avait pas démontré l'existence d'une affection invalidante avant le mois de mars 2007. Il a en revanche reconnu à la recourante le droit à une rente entière basée sur un taux d'invalidité de 100% à compter du 1^{er} mars 2008, considérant que l'état de santé de cette dernière s'était aggravé pour aboutir à une incapacité totale de travail dès le mois de mars 2007. Il fonde notamment sa décision sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire établi en 2006 par les médecins de la Clinique romande de réadaptation, de même que sur l'expertise du Dr M._____, datée du 1er juillet 2007.

La recourante allègue pour sa part que son médecin traitant, le Dr L._____, aurait attesté une incapacité totale de travail dès le 26 juin 2000 déjà et que le Dr M._____ aurait également confirmé, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, une aggravation de son état de santé psychique dès l'année 2000.

b) Il convient en premier lieu de relever que tant l'expertise effectuée par les spécialistes de la Clinique J._____ que celle à laquelle a procédé le Dr M._____ satisfont pleinement aux réquisits de la jurisprudence permettant qu'on leur accorde pleine valeur probante. Ces deux rapports sont complets. Les experts ont à chaque fois examiné la situation de la recourante de manière tout à fait approfondie et circonstanciée, sur la base des entretiens et tests passés ainsi que de l'ensemble des renseignements médicaux figurant au dossier, mentionnés en anamnèse. Les rapports ne présentent aucune contradiction

intrinsèque et leurs conclusions sont sérieusement motivées, explicites et conformes aux faits relatés. Enfin, les experts se sont prononcés tout à fait précisément sur la question litigieuse de l'existence d'une affection invalidante.

Dans leur rapport du 4 juillet 2003, les Drs K._____ et H._____ ont posé les diagnostics de fibromyalgie, de trouble statique rachidien, d'obésité (BMI 35) avec déconditionnement majeur global ainsi que de trouble dépressif et anxieux mixte de degré léger (F41.2) chez une personnalité à traits hystériques et dépendants. Ils ont pour le surplus attesté une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. Dans l'expertise qu'ils ont réalisée à l'automne 2006 au sein de la Clinique J._____, les Drs C._____, V._____ et R._____, ont conclu à l'absence de diagnostic susceptible d'influer sur la capacité de travail de la recourante, cette dernière disposant au demeurant, selon leur appréciation, des ressources lui permettant de surmonter les troubles somatoformes dont elle souffre. Au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu les éléments suivants : trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), obésité exogène, hypertension artérielle traitée. Ainsi que le relèvent les experts, le tableau clinique est resté stable entre le début de l'arrêt de travail de la recourante en 2000 et le dépôt de leur rapport. Il s'ensuit que les divergences existant entre les conclusions du SMR ou des experts de la Clinique J._____ et celles ressortant des précédents avis médicaux des psychiatres du Département de psychiatrie B._____ et du Dr L._____ constituent autant d'appréciations différentes d'une situation clinique identique. Cela dit, il convient en l'espèce, tout comme l'a fait l'intimé, de faire prévaloir l'avis des spécialistes de la Clinique J._____, dont le rapport est probant, bien plus étayé et plus complet que les rapports du Dr L._____ ou du Département de psychiatrie B._____.

Dans son expertise du 1^{er} juillet 2007, le Dr M._____ pose pour sa part, comme diagnostic principal, un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques F33.3. L'expert

précise que les hallucinations sont rapportées par l'assurée depuis 2 à 3 mois ou 3 à 4 mois selon les passages de l'expertise. Il établit en page 16 du rapport d'expertise une comparaison avec les rapports précédents et conclut que l'état clinique de l'assurée a changé depuis lors, avec l'apparition de troubles attentionnels, de la mémoire, d'hallucinations, de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée. Le psychiatre constate à juste titre que ces éléments de fait, dont il situe l'apparition au printemps 2007, sont nouveaux par rapport à la situation qui prévalait lors des dernières expertises réalisées. En effet, il n'existait pas, antérieurement à cette date, de nouveaux éléments permettant de remettre en cause les conclusions des deux expertises multidisciplinaires. L'expertise du Dr M. _____ objective ainsi une aggravation, sous forme de symptômes psychotiques apparus au mois de mars 2007, d'un trouble psychiatrique préexistant. Ce trouble a fait l'objet de deux évaluations - celles du SMR et de la Clinique J. _____ - qui ont abouti aux mêmes conclusions (trouble anxio-dépressif mixte, trouble somatoforme douloureux persistant, absence de maladie invalidante au sens de l'AI). En 2006, l'évolution était considérée comme stable depuis 2003.

Le Dr M. _____ relève encore que, depuis l'année 2000, le trouble de l'humeur de la recourante n'a fait que s'aggraver et qu'à *l'heure actuelle*, elle présente une humeur dépressive constante, non modulable, associée à une baisse totale d'intérêt et de plaisir, une augmentation de la fatigabilité, une diminution de la concentration et de l'attention, une image très détériorée d'elle-même avec perte d'estime de soi, idées de dévalorisation, attitude extrêmement pessimiste par rapport à l'avenir, idées suicidaires élaborées, perturbations majeures du sommeil et de l'appétit, baisse du désir sexuel. De plus, le status psychiatrique fait état de troubles perceptifs transitoires, sous forme d'hallucinations auditives. Le psychiatre conclut dès lors que l'état de santé psychique de l'expertisée *s'est aggravé depuis les évaluations multidisciplinaires d'octobre 2006 et du 2 mai 2003*, avec notamment la péjoration des symptômes dépressifs, puisqu'ils sont *actuellement* sévères avec apparition d'hallucinations auditives, la péjoration des symptômes anxieux qui, mesurés lors de cette expertise, sont également d'intensité sévère et

entravent l'expertisée dans tous les actes de sa vie quotidienne. L'évolution de la maladie de la recourante démontre en effet une perte progressive des relations sociales, une perte d'intégration, des liens familiaux qui s'organisent autour d'elle de façon dysfonctionnelle. L'évaluation actuelle diffère également quant à l'appréciation des ressources intellectuelles. Enfin, l'expert relève que la décompensation présente s'inscrit sur une personnalité rigide qui est actuellement fixée sur ses troubles, ne disposant que de peu de ressources psychiques pour y faire face. En ce qui concerne l'estimation du Dr M. _____ d'une incapacité de travail d'au moins 20 % depuis 2000 (et non pas totale comme le soutient la recourante), elle correspond à celle retenue par les Drs K. _____ et H. _____. Quant au diagnostic de retard mental léger F 70, qui serait présent dès l'enfance, il n'a pas empêché l'assurée de fonctionner correctement jusqu'en 2000. Pour ce qui est enfin du rapport de la Dresse D. _____, qui suit la recourante depuis le 15 novembre 2007, il n'apporte pas non plus de nouveaux éléments déterminants, hormis le fait que le traitement antidépresseur a abouti à une évolution stationnaire après 5 mois de traitement.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que la recourante présentait une incapacité totale dans toute activité professionnelle dès mars 2007 seulement, soit dès l'aggravation de son état de santé constatée par le Dr M. _____, et lui a reconnu le droit à une rente entière dès le 1er mars 2008 (art. 4 al. 2 et 28 al. 1 let. b LAI).

5. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision confirmée.

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 la cour de céans est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la

procédure, les frais de justice seront arrêtés à 300 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision prise le 9 juin 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaire, arrêtés à 300 fr. (trois cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat, à Lausanne (pour F. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :