

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juillet 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

**Art. 17 al. 1 et 53 al. 1 LPGA ; art. 67 PA ; art. 4 et 28 LAI ; 88a al.
2 et 88^{bis} RAI.**

E n f a i t :

A. Le 20 septembre 2002, R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] et sommelière de profession, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). A l'appui de cette demande, elle invoquait souffrir d'enflures des jambes, de dépression, d'insomnies, de douleurs aux épaules, à la nuque, au dos et aux genoux.

B. Dans un rapport du 9 octobre 2000, le Dr N._____, spécialiste en radiologie, a constaté sur les images d'IRM de la colonne des troubles statiques et une discarthrose débutante C5-C6 ainsi que de légers troubles statiques, un probable pincement L4-L5 à droite et L5-S1 et des séquelles de la maladie de Scheuermann.

Dans une expertise du 28 février 2002, le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, a posé les diagnostics de rachialgies chroniques dans le cadre d'un épisode dépressif moyen à majeur, avec syndrome somatique, et d'obésité.

Dans un rapport du 10 mai 2002, les Drs W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et AK._____, médecin-assistante, ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Dans leur rapport du 22 décembre 2004, les Drs L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose primaire bilatérale débutante prédominante des compartiments internes et des compartiments fémoro-patellaires et de cervico-dorsolombalgies

sur troubles dégénératifs débutants. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une obésité, une hypothyroïdie substituée, un état régressif majeur, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et des troubles somatoformes douloureux persistants. La capacité de travail dans l'activité de serveuse était nulle, mais dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit un travail sédentaire ou semi-sédentaire, alternant la position assise avec la position debout sans port d'objet de poids supérieur à 10 kg et sans se pencher en avant, elle était de 100 %. Dans la partie intitulée « Appréciation consensuelle du cas », les médecins du SMR ont écrit ce qui suit :

« Assurée de 50 ans, souffrant du point de vue somatique, de cervico-dorsolombalgies avec des troubles dégénératifs mineurs mis en évidence sur les examens radiologiques. L'assurée se plaint aussi de gonalgies bilatérales plus importantes à droite qu'à gauche sur une gonarthrose radiologique débutante.

L'assurée se plaint constamment de douleurs qu'elle que soit l'endroit examiné. Ces douleurs globales sont cliniquement inexplicables. Le moindre contact cutané est perçu comme douloureux. Tous les signes de non-organicité de Wadell sont positifs. L'évaluation de l'état de santé psychiatrique de Mme R. _____ pose un problème grave : sa présentation clinique la rend clairement inapte à toute activité, puisque déjà sa mobilisation toute simple exige l'aide de son mari. Les symptômes ne sont aucunement appuyés par des substrats morphologiques. Leur pathogenèse doit s'expliquer par un autre biais.

Suite à des difficultés d'intégration dans le milieu de vie actuel, l'assurée n'a pas trouvé d'autre ressource que de développer un syndrome douloureux chronique. Elle s'est positionnée dans un état de régression extrême où elle adopte une attitude larvaire : elle dévore massivement et indifféremment, ne s'habille ni ne se lave et laisse le soin des travaux ménagers à son entourage. La vie sociale mobilise à outrance sa famille proche. L'assurée s'est déconnectée de l'actualité et de la réalité, qui pour elle sont restées au pays. Elle n'est pas atteinte d'une maladie psychiatrique invalidante, mais se trouve dans une position en cul-de-sac : son mari est sans emploi depuis 1997 et, à l'époque, elle continue à se rendre au travail. Tenant compte de l'origine culturelle de ce couple, il n'est pas acceptable du point de vue narcissique, pour le mari, que son épouse quitte le domicile familial et, de plus, pourvoie aux besoins du ménage.

Comme le retour au pays nécessiterait de reconnaître l'échec de l'émigration, ce qui est souvent pénible à accepter, la solution que notre assurée tombe malade devenait une porte de sortie honorable : sa dépendance permanente ne permet plus au mari de travailler, l'octroi d'une rente permettrait de reconnaître ce statut et sauverait l'honneur vis-à-vis des proches restés au pays.

Ce mode de fonctionnement nécessite alors que l'assurée soit prise d'une dépendance telle que toute la famille en Suisse soit mobilisée. Pour ce faire, elle doit montrer une impotence bien visible à tous : une obésité sur hyperphagie, une régression la positionnant dans un rôle de petit enfant et une mobilité spontanée quasi-absente.

Il s'agit d'un phénomène certes grave, mais d'ordre psychosocial, sortant du champ de la médecine. Il ne s'agit pas donc pas d'une atteinte à la santé au sens de l'AI mais d'un processus d'invalidation réactionnel à l'émigration et à une intégration quasi inexistante. Comme l'indique l'anamnèse familiale, les sœurs de l'assurée qui vivent à l'étranger sont également malades, alors que la sœur restée au pays jouit d'une bonne santé.

Du point de vue de la dépression, les douleurs étant apparues chronologiquement avant la baisse de la thymie, celle-ci doit être considérée comme consécutive. La composante dépressive ne peut donc pas non plus être retenue comme cause d'une maladie invalidante, d'autant qu'il n'y a pas d'idée suicidaire, pas d'anorexie et que la baisse de l'humeur n'est pas majeure.

A la réserve d'un retour au pays, le pronostic est catastrophique : au vu des précédents rapports, la régression progresse à une vitesse impressionnante. Aucune ressource n'est mobilisée dans un but d'amélioration de son état de santé. Malgré la suggestion insistante d'un suivi psychiatrique, l'assurée ne s'est rendue qu'à un rendez-vous chez un psychiatre privé. Elle exerce un désintérêt total envers tout ce qui l'entoure, laissant l'impression d'un processus démentiel : toutefois, aucun trouble cognitif au sens strict du terme n'a été décelé. Les facultés d'intégration des événements récents sont maintenues et, lors de stimulation, l'assurée peut solliciter sa mémoire, ses capacités de synthèse et de raisonnement d'une manière parfaitement adéquate (cf. le contact observé avec son mari avant et après l'entretien). Il ne s'agit donc pas non plus d'une démence. Nous avons l'impression que l'assurée ne veut pas pouvoir, et non qu'elle ne peut pas vouloir.

En résumé, nous nous trouvons face à une situation psychosociale grave qui doit être mise en rapport avec la nécessité d'un appel continu du mari dans un contexte de difficultés d'intégration ethnique.

Du point de vue des critères de Mosimann, il n'y a pas de traits prémorbides de la personnalité, pas de comorbidité psychiatrique, pas d'affection corporelle chronique majeure. On ne peut pas forcément parler de perte d'intégration sociale car l'assurée a réussi à mobiliser toute sa famille (conjoint et leurs enfants) sous le même toit. Le profit tiré de la maladie correspond au moyen de justifier la présence en Suisse malgré la non-réussite professionnelle de ce couple migrant. Le caractère chronique va en s'aggravant rapidement et l'échec des traitements conformes aux règles de l'art est complet et indispensable.

Les douleurs décrites comme intenses ont des caractéristiques vagues, la position est étonnamment stable durant l'entretien pour quelqu'un qui souffre autant du dos et il n'y a aucune demande de soins, plutôt une tendance à la fuite du corps

médical. Les experts sont restés insensibles aux plaintes, bien que conscients de l'aspect dramatique de la situation. L'environnement psychosocial est entièrement centré sur l'assurée.

Les limitations fonctionnelles

En raison des rachialgies chroniques et de la gonarthrose bilatérale, cette assurée doit avoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire alternant la position assise avec la position debout sans porter d'objets de poids supérieur à 10kg et sans se pencher en avant.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? L'assurée est au bénéfice de certificats d'arrêt de travail depuis le 01.09.2001.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Au sens de l'AI, il n'y a pas, dans l'évolution de l'état de santé de l'assurée, de maladie invalidante pouvant porter atteinte à sa capacité de travail.

Concernant la capacité de travail exigible,

Du point de vue somatique, dans l'activité habituelle de serveuse 0%, dans une activité adaptée 100%.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % DEPUIS LE 01.09.2001. »

Par décision du 5 janvier 2006, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée au motif que son taux d'invalidité était de 0 %. Ce refus a été confirmé par la décision sur opposition rendue le 29 janvier 2008 par l'OAI, laquelle a été confirmée à son tour par le jugement du 16 septembre 2009 de la Cour des assurances sociales en la cause AI 123/08 - 286/2009. En substance, le tribunal a considéré que l'atteinte à la santé dont souffrait l'assurée ne relevait pas de l'AI. Il mentionnait également que suite à une hospitalisation en 2006 à la J._____, une amélioration marquée avait été constatée sur le plan clinique. Il considérait que la mise à profit de la capacité de travail de l'assurée était raisonnablement exigible.

C. Le 25 juin 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Par décision du 22 juillet 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 25 juin 2010, au motif qu'aucun élément nouveau n'était

susceptible de modifier la décision du 5 janvier 2006 lui refusant le droit aux prestations de l'AI.

D. Le 5 janvier 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une dégradation de son état de santé suite à divers problèmes physiques et psychiques, notamment des troubles de l'équilibre, des graves douleurs et une dépression.

L'assurée a produit un rapport du 9 mars 2011 de la Dresse S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle posait les diagnostics d'épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de traits de la personnalité paranoïaques et hystériques. L'incapacité de travail était selon elle de 100 %.

Dans un rapport du 23 mars 2011, le Dr D._____, médecin praticien, a noté une péjoration de l'état de santé physique de sa patiente, avec diverses plaintes somatiques. Il estimait que cette dernière présentait un épisode dépressif sévère avec apparition de symptômes psychotiques et une modification de son comportement dans une personnalité schizoïde.

Par décision du 7 juillet 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

E. Le 5 avril 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. A l'appui de cette demande, elle a notamment produit un rapport du 19 février 2012 du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel ce dernier posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'agoraphobie avec attaques de panique et de trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique. Ce médecin expliquait que les modifications du comportement

de sa patiente avaient largement contribué à la séparation d'avec son mari et aux problèmes de relations humaines de l'assurée. Il indiquait que ces dernières années, un traitement psychiatrique ambulatoire avait permis d'éviter une nouvelle hospitalisation, et cela également grâce au soutien important des proches de l'assurée. Selon le Dr P._____, il fallait à plus long terme trouver une autre solution pour soutenir le cadre ambulatoire pour sa patiente, en raison de la dépendance croissante de cette dernière à l'aide extérieure. L'assurée a également produit un rapport du Dr D._____ du 29 décembre 2011, dans lequel ce dernier indiquait que l'état de santé de sa patiente s'aggravait. Il posait les diagnostics de troubles statiques importants avec mobilité limitée, de gonarthrose primaire bilatérale prédominante des compartiments internes et des compartiments fémoro-patellaires, de cervico-dorsolombalgies sur troubles dégénératifs, d'uncarthrose de C7, de bascule du bassin à gauche de 12-15 cm, de pincements postérieurs L5-S1, d'arthrose postérieure L5-S1, de nodule intra-spongieux du plateau inférieur de L1, de sacro-illiaques et coxofémorales déformées, de spondylose antérieure D5-D6 et D9-D10, de troubles neurovégétatifs divers, de diabète méllitus de type II, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (persécution, hallucinations auditives), de personnalité paranoïaque et de modification durable de la personnalité. Le Dr D._____ ajoutait qu'au vu des constatations cliniques et radiologiques et des divers problèmes liés aux pertes de connaissance, à l'aggravation et à la chronicisation des troubles, l'incapacité de travail était totale.

Dans un avis médical du 16 juillet 2012, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, a considéré qu'une aggravation de l'état de santé avec incidence sur la capacité de travail de l'assurée n'était pas démontrée.

Par projet de décision du 18 juillet 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'allait pas enter en matière sur la demande de prestations, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable une péjoration de son état de santé depuis la dernière décision.

Dans un rapport du 17 août 2012, le Dr D._____ a indiqué qu'il avait constaté plusieurs problèmes physiques résultant de la forte augmentation des douleurs, remettant ainsi en question la qualification de troubles somatoformes douloureux. Il préconisait la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique et joignait notamment à son rapport les documents suivants :

- un rapport d'IRM lombaire du 15 août 2012 dans lequel le Dr AL._____ a constaté la présence d'une hernie discale luxée inférieurement postéromédiane paramédiane droite légèrement à modérément sténosante en L2-L3, d'une protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante en L4-L5, de remaniements spondyloarthrosiques et de protrusion discale postéromédiane paramédiane des deux côtés légèrement à modérément sténosante en L5-S1, et d'arthrose interfacettaire étagée en L2-L3 et de L4-L5 à L5-S1 contribuant à rétrécir le canal lombaire, particulièrement en L5-S1 ;

- un rapport d'IRM des hanches du 16 août 2012 du Dr AL._____ dans lequel ce dernier a conclu à un aspect compatible avec des signes de légère coxarthrose débutante avec chondropathie coxo-fémorale de grade I à II des deux côtés, à des signes de bursite péritrochantérienne des deux côtés, et à des signes de tendinopathie et d'insertionite des ischio-jambiers proximaux des deux côtés.

Dans un rapport du 4 septembre 2012, le Dr P._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, de suspicion de début de démence, de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'agoraphobie avec attaques de panique et de trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique. Ce médecin indiquait notamment que du point de vue des proches de sa patiente, il devenait toujours plus difficile de s'occuper

de cette dernière à domicile. Il était d'avis qu'une hospitalisation paraissait inéluctable afin de déterminer de manière complète l'état de santé psychique de l'assurée qui allait en se dégradant.

Par courrier du 11 septembre 2012, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté le projet de décision du 18 juillet 2012. Elle invoquait notamment que lors de la dernière décision matérielle entrée en force, le SMR retenait essentiellement un tableau clinique douloureux sans éléments objectifs significatifs, mais qu'au vu des dernières pièces médicales, il devait être constaté qu'elle était atteinte au niveau de ses genoux, de ses hanches et de son dos. Elle était d'avis que, comme le soulignait le Dr D._____, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux devait être relativisé, du moins que sa pertinence n'apparaissait plus au premier plan. L'assurée ajoutait que sur le plan psychique, l'apparition des symptômes psychotiques et la suspicion d'un début de démence constituaient des éléments montrant une évolution négative de son état psychique depuis quatre ans.

Par courrier du 14 septembre 2012, l'OAI a accepté d'entrer en matière sur la demande du 5 avril 2012.

Dans un rapport du 2 octobre 2012, le Dr D._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'agoraphobie, d'autres troubles de modification de la personnalité, de démence non-spécifiée, de hernie discale L2-L3, de protrusion discale L4-L5, de multiples arthroses et de perte de conscience, de trouble de la mémoire, de vertiges et de céphalées de longues dates aggravées dernièrement. L'incapacité de travail était de 100 %.

Dans un avis médical du 13 novembre 2012, les médecins du SMR, les Drs M._____ et F._____, spécialiste en médecine du travail, ont notamment considéré que des éléments objectifs d'une aggravation sur le plan lombaire étaient donnés par l'IRM du 15 août 2012. Ils étaient

d'avis que l'IRM des hanches n'apportait pas d'éléments considérés comme invalidants. Selon eux, une aggravation semblait se dessiner sur le plan psychiatrique et une détérioration neuropsychologique était en plus suspectée. Ils proposaient la mise sur pied d'une expertise avec volets rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique.

Dans un rapport du 31 octobre 2013 adressé au Dr D._____, les Drs X._____, spécialiste en neurologie, V._____, cheffe de clinique, et Z._____, médecin-assistant au service de neurologie du K._____, (K._____), ont indiqué que l'assurée avait séjourné dans leur service du 7 octobre 2013 au 24 octobre 2013. Ils posaient les diagnostics de vertiges d'origine médicamenteuse, de trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques et de probable mal-compliance médicamenteuse. Les comorbidités étaient des troubles douloureux chroniques avec des facteurs somatiques et psychiques, des troubles de la marche d'origine indéterminée avec utilisation de cannes bilatérales, des céphalées chroniques avec phonophobie, une agoraphobie avec trouble de panique, des modifications de la personnalité en lien avec le syndrome douloureux chronique, une arthrose dorsolombaire, un hypothyroïdisme substitué, un diabète de type II non insulino-requérant et de l'hypertension. Sous la partie intitulée « Synthèse - évolution et discussion », ces médecins ont écrit ce qui suit :

« Nous avons exploré ces vertiges avec une imagerie cérébrale, et notamment un angio-CT cérébral et des vaisseaux du cou ainsi qu'une IRM cérébrale qui sont revenus normaux. Il n'y a pas d'argument pour une origine périphérique aux vertiges, qui s'améliorent pendant l'hospitalisation, même en l'absence de traitement, jusqu'à disparaître complètement. La cause la plus probable est l'origine iatrogène, notamment les antalgiques et la quétiapine à fortes doses, que nous avons arrêté avec très bonne tolérance.

Pendant son hospitalisation, la patiente montre une thymie triste et dépressive, avec des hallucinations visuelles et auditives, à type de délire de persécution. La patiente a été suivie de manière régulière par nos collègues psychiatres qui proposent un suivi régulier ambulatoire. A noter le déséquilibre à l'entrée du bilan diabétique et thyroïdien, qui se normalisent après quelques jours d'hospitalisation avec administration correcte des médicaments. Cela nous fait suspecter une mauvaise observance médicamenteuse. La patiente en effet ne connaît pas son ordonnance et paraît désorientée, bien que de façon très fluctuante, sur le temps, l'espace et sa personne.

Pendant l'hospitalisation, nous mettons en évidence un trouble sévère de la mémoire à court terme, sans autres arguments pour évoquer une démence débutante. Le MoCA s'élève à 4/30. Nous remercions le AM. _____ de reconvoquer la patiente pour un bilan. »

L'OAI a par la suite sollicité la G. _____ à [...] (ci-après : la G. _____) afin de réaliser une expertise. Dans leur rapport du 17 décembre 2013, les Drs AF. _____, spécialiste en médecine interne générale, AG. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et en médecine du travail, et AH. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32) et de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4). Les diagnostics sans influence sur la capacité de travail étaient des troubles dégénératifs du rachis compatibles avec une évolution naturelle et l'âge de l'expertisée ainsi qu'une gonarthrose primaire bilatérale. Il ressort notamment de la consultation de psychiatrie, réalisée par le Dr AH. _____, les éléments suivants :

« Madame R. _____ est une femme de 59 ans, [...] d'origine, divorcée et mère de deux fils, établie en Suisse depuis 1976. Madame R. _____ a occupé plusieurs postes de sommelière, le dernier à Al. _____ à [...], poste dont elle est licenciée en 2001. La même année elle perd sa mère et depuis lors il n'y a plus eu de reprise de travail. Une première demande de rente est déposée en septembre 2002, invoquant des douleurs multiples et un état dépressif. Le médecin traitant de l'époque, la Doctoresse Aj. _____, demande une prise en charge au [...]). Un rapport des Docteurs W. _____ et AK. _____, psychiatres au [...], réalisé en mai 2002, constate un épisode dépressif moyen, un syndrome somatoforme douloureux ainsi qu'une expression de la souffrance passant exclusivement par la voie somatique, ce qui rendait illusoire, selon eux, une prise en charge psychiatrique. Le médecin traitant et le rhumatologue estimaient une incapacité de travail totale, cependant un examen du SMR avance des conclusions inverses. Cet examen est réalisé par les Docteurs B. _____ et L. _____ en 2004, il conclut à « un phénomène grave » de régression, une « présentation clinique qui rend l'expertisée clairement inapte à toute activité ». Cependant pour les experts cet état de fait est « d'ordre psychosocial », selon leurs termes, et ne ressortirait donc pas du domaine médical et donc pas non plus de l'Al. Les experts avancent une hypothèse psychologique pour expliquer la régression qui serait, toujours selon eux, une « porte de sortie honorable » d'un supposé échec de l'intégration. Fort de cette hypothèse qui rend à leurs yeux l'expertisée coupable de « ne pas vouloir guérir », les experts proposent le refus de rente. Les médecins du SMR ne retiennent donc pas de diagnostic justifiant à leurs yeux l'allocation de

prestations. Madame R. _____ s'oppose à ce refus de rente, l'opposition est rejetée mais entre-temps l'expertisée est hospitalisée à la [...] de [...] pendant plusieurs semaines, clinique où l'on retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, trouble somatoforme douloureux et trouble panique avec agoraphobie. Le Tribunal Cantonal finalement sollicité rejette le recours de l'expertisée par un jugement rendu le 16.09.2009.

Une nouvelle demande, appuyée par le nouveau médecin traitant, le Docteur D. _____ à [...], est déposée en juin 2010. Cette demande est rejetée malgré des rapports envoyés par les médecins traitants et le médecin psychiatre traitant du moment, la Doctoresse S. _____, qui atteste une incapacité de travail à 100%. Madame R. _____ est à nouveau suivie par le Docteur P. _____ à [...], qui pose le diagnostic en fin 2012 de trouble dépressif récurrent, de syndrome somatoforme douloureux et de trouble panique avec agoraphobie. Finalement, l'OAI propose de réévaluer la situation au travers d'une expertise pluridisciplinaire avec volet rhumatologique, psychiatrique et également neuropsychologique, le Docteur P. _____ ayant suspecté une évolution pré-déméntielle.

Eléments anamnestiques

L'anamnèse est difficile à prendre auprès de l'expertisée, elle sera complétée par des éléments du dossier, ainsi que par la contribution du petit-fils de l'expertisée.

Madame R. _____ est née en [...], d'une fratrie de quatre filles, issue d'un milieu modeste avec des parents agriculteurs. L'enfance est décrite comme sans particularité, avec une scolarité minimale et une contribution assez vite demandée aux travaux de la ferme. Madame R. _____ se marie jeune avec un homme de la région, le couple aura deux fils nés en 1972 et 1974. En 1976, l'expertisée vient en Suisse avec son mari et ses enfants et là elle effectuera plusieurs emplois de manutentionnaire puis de sommelière dans divers établissements.

En 1992, Madame R. _____ perd sa mère, décédée de maladie en [...], et peu après elle est licenciée de Al. _____, établissement où elle travaillait depuis peu. Madame R. _____ se plaignait déjà depuis 1986 environ de douleurs aux jambes, qui s'aggravent à ce moment et qui s'accompagnent depuis 1992 d'un état dépressif ainsi que d'une régression déjà importante. Malgré les suivis médicaux et psychiatriques, l'état général s'aggrave, ce qui motive la 2^{ème} demande de prestations faite à l'Al après refus, opposition et recours rejeté par le Tribunal Cantonal à propos de la 1^{ère} demande.

Sur le plan psychiatrique, nous notons que l'expertisée se fait suivre depuis 2006 par le Docteur AD _____ à [...], avec lequel elle parle apparemment le français. Ce médecin la fait hospitaliser pendant quelques semaines à la [...] en 2006 et les divers intervenants retiennent les diagnostics de dépression moyenne à sévère, de trouble somatoforme douloureux. Le suivi chez Docteur AD _____ se fait jusqu'en 2010, l'expertisée a été vue à quelques reprises par la Doctoresse S. _____ à Lausanne en 2010 et 2011, puis elle est à nouveau suivie pendant un certain temps par le Docteur P. _____ qui a repris la consultation du Docteur AD _____. En 2008, le mari

de l'expertisée quitte le domicile conjugal et c'est le petit-fils de l'expertisée, qu'elle a élevé, qui habite avec elle et s'en occupe 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, aidé également par son épouse, qui est très présente et qui assiste l'expertisée pour sa toilette et toutes les tâches du quotidien.

Peu avant l'entretien, l'expertisée était hospitalisée 3 semaines dans le service de neurologie du K. _____ pour l'investigation de vertiges et de chutes à domicile. Le psychiatre consultant de la Psychiatrie de liaison, le Docteur I. _____, a beaucoup soutenu, en vain, le projet d'une hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de AE. _____ afin d'affiner l'évaluation et d'aller plus avant dans le diagnostic différentiel entre une évolution dépressive grave versus un processus démentiel. La famille s'est opposée à cette hospitalisation.

Status

L'entretien se déroule avec l'aide d'une interprète. Il s'agit d'une femme de 59 ans faisant plus que son âge, à l'hygiène conservée et un habillement relâché. Elle est obèse et se déplace difficilement très appuyée en avant sur deux cannes anglaises. L'expertisée est prostrée et immobile dans la salle d'attente, le faciès figé, triste et apparemment hostile. Face à l'expert, Madame R. _____ examine les murs, les plafonds, les portes et n'écoute que peu les questions. Elle déclare entendre du bruit et elle s'interroge sur la provenance de ces bruits et même d'une voix qu'elle entend et qui, selon elle, l'appelle par son prénom. L'attention est progressivement plus relâchée au cours de l'entretien. Il y a un grand temps de latence avant les réponses, parfois même un silence et un oubli de la question. On observe des moments de quasi stupeur. Il y a au début de l'entretien une fausse reconnaissance à l'égard de l'expert. Le discours est très peu informatif, répond laconiquement ou parfois à côté. Il y a rarement des phrases complètes.

Hormis les douleurs et dans le cadre d'une expression réduite, il y a peu de plaintes d'ordre psychologique. L'expertisée signale suite aux questions de la tristesse, de la peur, des troubles du sommeil. Elle a peur des gens qu'elle pourrait croiser dehors, elle a peur d'être agressée chez elle.

L'entourage immédiat confirme l'état d'apragmatisme complet de l'expertisée dont la seule activité indépendante est celle de manger. Le petit-fils dit ne pas quitter l'expertisée, ne serait-ce qu'une minute. Une infirmière à domicile passe une fois par semaine pour gérer la médication et un projet d'aide familiale est en route, soutenu par le médecin traitant.

Diagnostics (CIM-10)

- Etat dépressif sévère avec symptômes psychotiques. F32 2
- Syndrome somatoforme douloureux F45 4

Discussion

L'état clinique et les constatations des intervenants rassemblent les critères pour un état dépressif sévère, comme cela avait déjà été

constaté par le consilium psychiatrique fait au [...] en 2002. On retrouve une expertisée dont l'état d'aboulie et d'apragmatisme a figé autour d'elle un réseau familial et médical qui s'avère impuissant à mobiliser des capacités adaptatives inexistantes. Les plaintes psychologiques sont mal systématisées, peu exprimées verbalement mais présentes parfois de manière démonstrative. Ce style d'expression souffre sans doute d'une organisation de la personnalité de type hystérisé qui peut engendrer chez l'interlocuteur un agacement et de la peine à « croire » à une véritable souffrance. Ce contact particulier a été relevé par les deux médecins du SMR qui ont fait le premier rapport en 2004.

Même si la cause a été jugée par le Tribunal Cantonal en ce qui concerne la première demande, on doit quand même émettre les critiques qui s'imposent face à la première évaluation qui a orienté, semble-t-il, toutes les considérations ultérieures et cela malgré les avis divergents de tous les autres intervenants :

1. L'hypothèse « psychologique ». Les experts ont avancé l'hypothèse que l'état de régression était, selon eux, une « porte de sortie honorable » face à ce qu'ils ont supposé être un « échec de l'immigration » pour l'expertisée. Les experts vont jusqu'à dire qu'il est connu que dans ces populations un retour au pays d'origine n'est pas envisageable sur le plan de la fierté personnelle. Outre le fait que cette dernière remarque tient plus du préjugé et de la généralisation « ethnologique » abusive, ce type d'hypothèse ne peut être avancé sans être étayé par une connaissance approfondie du fonctionnement psychique de l'intéressée : la situation est-elle vécue réellement comme un échec ? Est-il plus honorable pour l'expertisée d'être quasi impotente ? Etc
2. Le domaine psychosocial Les experts ont décrété que la situation relevait d'un domaine psychosocial et donc ne ressortissait pas de l'Al. Si l'on accepte, malgré tout, la théorie de la « porte de sortie honorable », nous sommes donc en présence d'une réaction hautement pathologique, un trouble de l'adaptation grave aboutissant d'ailleurs à la symptomatologie décrite par les experts comme un « phénomène grave de régression ». Les experts ont été jusqu'à décrire une « présentation clinique qui rend l'expertisée clairement inapte à toute activité ». Ce qui précède montre assez clairement, semble-t-il, la contradiction inhérente au raisonnement avancé.
3. La contre-attitude qui a saisi les experts a été relevée par eux-mêmes. « les deux experts sont restés insensibles aux plaintes bien que conscients de l'aspect dramatique de la situation ». Cette contre-attitude négative a probablement pesé dans l'estimation sans que cette contre-attitude soit discutée eu égard aux probables traits de caractère et modalités d'expression de l'expertisée qui l'ont suscitée chez ses interlocuteurs.

En tout état de cause, nous nous trouvons actuellement en présence en effet d'un état de régression avancé qui s'est aggravé depuis environ 2009. L'état d'apragmatisme et d'extrême dépendance est

entraîné par un état dépressif chronique sévère, accompagné de probables éléments psychotiques. Un diagnostic différentiel de processus pré-déméntiel a été évoqué au K._____ lors de la dernière hospitalisation en octobre-novembre 2013, une évaluation neuropsychologique va cependant être difficile à réaliser en raison de la barrière de la langue et de l'apragmatisme de l'expertisée. La capacité de travail est nulle et peu susceptible d'évoluer. »

Il ressort en outre les éléments suivants du consilium neuropsychologique d'Y._____ :

« Patiente de 59 ans, droitère, d'origine [...], ayant une relative bonne compréhension du français mais une maîtrise très approximative en expression, scolarisée jusqu'à l'âge de 12 ans (selon votre rapport, la patiente nous dit ne pas savoir), sans formation professionnelle, ayant par la suite travaillé dans l'agriculture, émigré en Suisse en 1979 où elle occupe divers postes subalternes, notamment dans le domaine de la restauration jusqu'à son licenciement le 1^{er} septembre 2001. Il semblerait que 6 mois plus tard l'état psychique se détériore avec émergence d'un état dépressif, puis plus tard d'idées de persécution (crainte d'être tuée en pleine rue).

Un examen SMR effectué le 16.12.2004 évoquait « un processus d'invalidation réactionnelle à l'immigration et à une intégration quasi inexistante ». Le pronostic était alors décrit comme catastrophique avec une régression progressant à une « vitesse impressionnante ». Les diagnostics retenus étaient notamment troubles somatoformes douloureux persistants, gonarthrose primaire bilatérale débutante, cervico-dorso-lombalgies débutantes, hypothyroïdie substituée et épisode dépressif moyen.

Du 7 au 24 octobre 2013, Madame R._____ est hospitalisée au K._____ suite à l'apparition de vertiges dont l'origine retenue est médicamenteuse. La rubrique « motif de recours » mentionne une aphasie, une dysphasie et une amnésie notamment chez une patiente orientée à l'entrée, puis désorientée « bien que de façon très fluctuante ».

Dans ce contexte, une IRM cérébrale pratiquée le 09.10 2013 est normale.

Vous décrivez une patiente dans un état stuporeux douloureux (touchant le dos, les épaules, la nuque, la tête, les hanches et les genoux), associé à une baisse du moral et une impression d'étouffement

Madame R._____ vit avec son petit-fils et la femme de ce dernier qui la seconde pour toutes les activités de la vie quotidienne

Vous nous l'adressez pour une évaluation neuropsychologique.

Examen neuropsychologie du 6 novembre 2013 (effectué à l'aide d'une interprète)

Patiente se présentant ponctuellement accompagnée par son petit-fils. Les possibilités de collaboration sont très réduites.

Elle est désorientée dans le temps (évoque dimanche, Noël 2010), dans l'espace et sur sa personne (ignore son âge, sa date de naissance, son adresse), frappe par un ralentissement psychomoteur et idéatoire très massif, mais sans somnolence, une quasi absence de contact oculaire et une mimique triste sans pleurs.

Elle manifeste également des comportements méfiants en se retournant régulièrement sur sa chaise, affirmant entendre des « bruits de gens et de la musique très fort ».

Elle rapporte également des hallucinations visuelles et auditives au cours desquelles des hommes barbus et drogués voudraient la tuer, raisons pour lesquelles elle se cache sous les tables à domicile.

Les plaintes concernent les douleurs « partout », des oublis apparus depuis 6 à 7 ans allant en s'aggravant, touchant la mémoire rétrograde personnelle à tel point qu'elle n'aurait plus aucun souvenir de sa vie antérieure.

D'après l'interprète, Madame R. _____ comprend et s'exprime correctement dans sa langue maternelle. En fin d'examen seulement, nous constatons qu'elle comprend relativement bien le français et qu'elle peut s'exprimer dans cette langue, bien que de manière approximative, mais toutefois fonctionnelle.

Une épreuve de dénomination obtient des scores insuffisants.

L'écriture du nom et dictée de lettres comporte des erreurs (1/5 bonnes réponses)

En calcul mental $1 + 1$ obtient une réponse correcte, $2 + 2$; $1 + 2$ obtiennent des réponses erronées.

Une série automatique (compter de 1 à 11) est incorrecte.

Les praxies constructives même sur construction avec bâtonnets sont échouées. L'interprétation des praxies idéo-motrices n'est pas possible face à des ébauches de gestes mal spatialisés. Idem pour la reproduction de gestes sans signification.

En reconnaissance visuelle, aucune réponse n'est obtenue à une épreuve de discrimination d'images superposées.

La dénomination de couleurs n'obtient que 1/5 bonne réponse et la discrimination droite gauche est erronée sur l'examineur et le corps propre.

En mémoire, l'empan verbal est de un élément, l'empan visuo-spatial de 2 éléments.

Le rappel du nom de l'examinatrice est impossible après 3 essais. Une épreuve effectuée en choix forcé et sur un matériel non verbal met en évidence des performances sévèrement insuffisantes dont la probabilité d'apparition par hasard d'un tel score est inférieure à 6 %

ce qui ne nous permet pas d'exclure un biais vers une mauvaise réponse.

Sur le plan exécutif, rappelons le ralentissement massif et le manque d'incitation. Par ailleurs la fluence verbale en condition catégorielle est sévèrement déficitaire (2 animaux évoqués en 1 minute) les séquences gestuelles et la coordination réciproque de gestes sont échouées.

Nous ne relevons pas de comportement d'imitation ni réflexe palmo-mentonnier.

Conclusion

Cet examen neuropsychologique met en évidence un tableau globalement effondré, parallèlement à l'état psychique. Dans ce contexte et avec des phénomènes hallucinatoires possiblement associés en cours d'examen, elle n'est pas en mesure de mobiliser ses ressources cognitives.

A noter que Madame R. _____ ne présente pas d'aphasie ni de dysphasie. Nous ne pouvons exclure que cette patiente soit illettrée.

DC : Effondrement du tableau cognitif dans un contexte de troubles psychiques. »

Les experts ont également écrit ceci sous la partie
« Appréciation du cas » :

« Madame R. _____, 59 ans, d'origine [...], divorcée et mère de deux fils, établie en Suisse depuis 1976, a occupé plusieurs postes de serveuse dont le dernier à AI. _____, à [...]. Elle a été licenciée en 2001.

Une 1^{ère} demande AI a été déposée en septembre 2002 au motif de douleurs multiples et d'un état dépressif et refusée le 22.12.2004 suite à une expertise SMR bidisciplinaire qui ne retenait pas de diminution de la capacité de travail pour raisons médicales.

Madame R. _____ recourt contre cette décision, recours qui est rejeté par le Tribunal Cantonal le 16.09.2009. Une 2^{ème} demande de prestations AI est déposée en juin 2010, à nouveau rejetée par l'OAI.

Fin 2012, le psychiatre traitant annonce un trouble dépressif récurrent, un syndrome somatoforme douloureux avec trouble panique et agoraphobie et suspecte une évolution pré-déméntielle.

Dans ce contexte, l'Office AI est d'accord de réévaluer la situation et propose une expertise pluridisciplinaire avec volet rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique.

Signalons que durant l'expertise, entre les différents consiliums, Madame R. _____ a dû être hospitalisée au K. _____ dans le service de neurologie durant 3 semaines au mois d'octobre 2013 suite à l'apparition de vertiges et de désorientation. Une origine médicamenteuse a été retenue et une hospitalisation proposée à

l'Hôpital psychiatrique de AE. _____ afin d'affiner l'évaluation, une évolution dépressive grave versus un processus démentiel étant évoqués La famille s'est opposée à cette hospitalisation.

Sur le plan rhumatologique, Madame R. _____ se plaint depuis les années 90 de douleurs ostéo-articulaires multiples qui se sont aggravées en 2002. Un bilan rhumatologique avait à l'époque exclu une étiologie somatique à l'origine des plaintes. En 2004, des IRM des deux genoux mettent en évidence la présence d'une gonarthrose primaire bilatérale débutante.

Sur une IRM lombaire du mois d'août 2012 sont décrits une hernie discale luxée inférieure postéro-médiane L2-L5, une protrusion discale postéro-médiane légèrement sténosante en L4-L5 et un remaniement spondylo-arthrosique en L5-S1 avec une arthrose interfaccettaire de L2 L5.

Actuellement, Madame R. _____ est très floue dans la description de ses plaintes, qui sont généralisées quasiment à l'ensemble du corps. L'examen clinique est peu contributif en raison notamment de contrepulsions et d'un comportement douloureux.

Certes, les examens radiologiques mettent en évidence des troubles dégénératifs au niveau des genoux et à la colonne lombaire mais ces derniers n'expliquent pas l'ensemble ni l'intensité de la symptomatologie douloureuse ni les répercussions qu'elles entraînent dans les activités quotidiennes. Les troubles dégénératifs sont compatibles avec une évolution naturelle et ne justifient pas de limitation fonctionnelle dans l'activité de sommelière-serveuse.

Sur le plan psychiatrique, un trouble dépressif avait déjà été relevé en 2002 au K. _____. Lors d'une expertise bidisciplinaire au SMR en 2004, il est décrit un phénomène grave de régression et une présentation clinique qui rend l'expertisée clairement inapte à toute activité. Pour les experts, cet état de fait est d'ordre psychosocial et ne ressortirait donc pas du domaine médical, donc pas de l'Al. Les critiques qui s'imposent face à cette première évaluation sont discutées en détails dans le consilium de psychiatrie.

Après cette expertise, la situation psychique s'est aggravée, nécessitant en 2006 une hospitalisation pour un état dépressif moyen à sévère. Depuis lors, Madame R. _____ bénéficie d'un suivi psychiatrique. En 2008, suite au départ du mari du domicile conjugal, Madame R. _____ présente un effondrement psychique, son petit-fils et son épouse étant sollicités 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 pour toutes les tâches de la vie quotidienne.

Actuellement, les plaintes psychologiques sont mal systématisées, peu exprimées verbalement mais présentes parfois de manière démonstrative. A l'examen clinique, l'assurée déclare entendre du bruit, des voix, il existe des temps de latence avant les réponses, oublis de la question. On observe des moments de quasi stupeur. Le discours est très peu informatif, laconique. Le petit-fils confirme l'état d'apragmatisme complet de l'expertisée. Une infirmière à domicile doit passer une fois par semaine pour gérer la médication et un projet d'aide familiale est mis en route, soutenu par le médecin traitant.

Cet examen clinique psychiatrique a été complété par une évaluation neuropsychologique avec une collaboration très réduite. Cet examen met en évidence un effondrement du tableau cognitif à mettre en lien avec l'état psychique.

Ces constatations permettent de retenir le diagnostic d'un état dépressif sévère. Nous nous trouvons actuellement en effet en présence d'un état de régression avancé qui s'est aggravé depuis 2009. L'état d'apragmatisme et d'extrême dépendance est accompagné de probables éléments psychotiques. Malgré une prise en charge médicale intensive avec un réseau familial complètement dévoué, Madame R. _____ présente un effondrement complet avec des capacités adaptatives inexistantes. Un état démentiel débutant ne peut être totalement exclu et reste difficile à évaluer dans le contexte actuel.

Par ailleurs, en présence de douleurs intenses, généralisées, qui ne peuvent être expliquées par les affections rhumatologiques, nous retenons aussi, comme les médecins traitants et les médecins experts précédents, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux. Le syndrome douloureux est clairement au second plan quant à la capacité de travail, même si celui-ci est de degré sévère et présente toutes les caractéristiques de gravité selon la jurisprudence (processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, échec des traitements, état psychique cristallisé et bien sûr comorbidité psychiatrique au premier plan).

Au terme de notre colloque de synthèse, nous avons retenu une incapacité de travail totale dans toute activité essentiellement en raison de l'état dépressif majeur et de l'état de régression complet dans lequel se trouve Madame R. _____. Cet état de régression s'est aggravé depuis 2009 et nous retenons une incapacité de travail complète depuis lors. »

Les experts considéraient que la capacité de travail de l'assurée était de 0 %, tant dans l'activité exercée avant l'atteinte à la santé que dans une activité adaptée. Ils ajoutaient qu'un effondrement psychique massif avec mobilisation de l'entourage avait eu lieu en 2008-2009 et qu'ils pouvaient retenir une incapacité de travail totale depuis en tout cas 2009. Le pronostic était qualifié d'extrêmement sombre en raison du délabrement physique constaté, l'assurée n'arrivant plus à mobiliser ses ressources adaptatives. Selon eux, la capacité de travail de cette dernière ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, l'intéressée bénéficiant déjà d'un suivi médical optimal avec en plus une visite hebdomadaire d'une infirmière à domicile. Les limitations dues à l'atteinte à la santé étaient la capacité d'apprendre en raison de

l'effondrement du tableau cognitif ainsi qu'une aboulie, un apragmatisme et des hallucinations.

Le 16 janvier 2014, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent, indiquant notamment qu'elle avait besoin d'aide pour se vêtir, se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, couper sa nourriture, faire sa toilette et les soins du corps, aller aux toilettes et se déplacer. Elle nécessitait en outre des soins permanents, une surveillance personnelle et un accompagnement pour tous les actes de la vie quotidienne.

Dans un rapport du 20 février 2014, les Drs H. _____ et C. _____ du AM. _____ ont posé le diagnostic principal de syndrome psychoaffectif avec des éléments psychotiques possibles. Sous le point « Problèmes et attitude », ces médecins écrivaient ce qui suit :

« L'hétéro-anamnèse, l'examen clinique et les examens cognitifs de dépistage suggèrent un syndrome affectif avec des éléments psychotiques au premier plan ; l'évaluation est très difficile au vu de l'ampleur des troubles psychiatriques chez une patiente peu collaborante, apathique, ralentie, désorientée dans le temps et partiellement dans l'espace. L'examen neurologique est également très limité en raison surtout d'un manque de collaboration et d'une hypersensibilité au toucher ; cependant, il n'a pas été observé de déficit franc (pas de syndrome extra-pyramidal, ni des signes corticospinaux) suggérant une pathologie sous-jacente. Sur le plan cognitif, nous gardons pour le moment le diagnostic d'un syndrome psychiatrique avec une composante affective et une composante délirante avec des traits psychotiques possible.

En l'absence de déficit neurologique franc nous proposons une prise en charge psychiatrique avec les investigations nécessaires dans un premier temps. Une fois que la situation est stabilisée sur le plan psychiatrique, une investigation neurocognitive plus approfondie avec un examen neuropsychologique détaillé pour quantifier la sévérité des troubles de la patiente pourrait être envisagée dans un deuxième temps.

Entre temps, au vue qu'une cause organique (dysfonction thyroïdienne? composante nutritionnelle par carence vitaminique? Infection chronique ?) de ce tableau clinique n'est pas exclue nous suggérons de compléter le prochain bilan biologique avec un dosage des vitamines du groupe B (B6 et B12), de l'acide folique et de sérologies pour la maladie de Lyme, syphilis et VIH à la recherche d'une piste infectieuse. »

Sollicité par l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rédigé le 28 juillet 2014 un rapport en ces termes :

« Documents psychiatriques

- **Examen clinique SMR du 16.12.2004, Dr L. _____**

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

Episode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11
Trouble somatoforme douloureux persistant F45.4

STATUS :

« *Ne se mobilise qu'avec l'aide de son mari qui la porte* »
« *Réaction de crainte* »
« *L'attitude est totalement régressée* »
« *Montre un désintérêt total à toute stimulation extérieure* »

La dépression est consécutive à l'apparition des douleurs.

Commentaire : aucun diagnostic psychiatrique incapacitant.

- **Consultation de psychiatrie du 05.11.2013, Dr AH. _____**

Diagnostics

Etat dépressif sévère avec symptômes psychotiques F32.2
Syndrome somatoforme douloureux F45.4

STATUS :

Le faciès est « triste et apparemment hostile ».
« *Il y a peu de plaintes d'ordre psychologique* ».

Etat de régression, apragmatisme, dépendance, état dépressif chronique sévère, « accompagné de probables éléments psychotiques ».

Commentaire : la sévérité de l'état dépressif n'apparaît pas dans le status.

Dans la discussion, le Dr AH._____ critique les hypothèses et la contre-attitude de ses confrères, pas les faits médicaux objectifs. Il s'agit d'une interprétation différente de faits comparables.

- **Consilium neuropsychologique du 06.11.2013, Y. _____**

Diagnostic

Effondrement du tableau cognitif dans un contexte de troubles psychiques

« *Des phénomènes hallucinatoires possiblement associés en cours d'examen* »
« *Nous ne pouvons exclure que cette patiente soit illettrée* »

Commentaire : les troubles psychiques ne font pas l'objet d'un diagnostic.

- **Consultation spécialisée de la mémoire du 17.12.2013, Dr H. _____, Dresse C. _____**

Diagnostic

Syndrome psychoaffectif avec des éléments psychotiques possibles

« *Pas des hallucinations visuelles ni auditifs (sic) lors de la consultation* »

Commentaire : l'absence d'éléments psychotiques est objectivée par la consultation.

Commentaire final : au point de vue psychiatrique, les diagnostics posés correspondent à une aggravation, puisqu'on passe d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique à un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

Mais la comparaison des status et les appréciations du cas n'objectivent pas l'aggravation des symptômes dépressifs ni la présence de symptômes psychotiques.

L'état thymique de l'assurée ne s'est pas aggravé objectivement. »

Dans un avis médical du 30 juillet 2014, le Dr M. _____ a considéré que l'on pouvait conclure à l'absence d'aggravation objective de l'état de santé. Il ajoutait que dans ces conditions, l'AI ne pouvait entrer en matière pour la demande d'allocation pour impotent, puisque la symptomatologie nécessitant la demande d'aide pour les actes de la vie quotidienne s'inscrivait dans le cadre de troubles psychiatriques qui n'étaient pas reconnus comme incapacitants.

Dans un projet de décision du 8 octobre 2014 annulant et remplaçant celui du 18 juillet 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de reclassement et de rente. L'autorité expliquait que les investigations médicales entreprises avaient permis d'établir que la capacité de travail était toujours totale dans une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire, par exemple dans l'industrie légère, respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de position statique assise ou debout prolongée, pas de port de charge au-delà de 10 kg et pas de travail en porte-à-faux.

Par courrier du 11 novembre 2014, l'assurée a contesté le projet de décision du 8 octobre 2014. Elle invoquait notamment que son

état de santé physique et psychique s'aggravait considérablement et qu'elle n'était plus en mesure de se prendre en charge du point de vue de l'hygiène corporelle et au niveau de ses déplacements. Elle ajoutait que ses troubles de vertige s'accroissaient de plus en plus, qu'elle perdait la vision et qu'elle avait des trous de mémoire. Elle mentionnait aussi être gravement handicapée du point de vue dorsal et cervical, et qu'avec son état de santé, personne ne l'accepterait dans le milieu du travail. Elle joignait notamment à son courrier des documents établis par le AB. _____ de la [...], en particulier des fiches d'observation faisant état de ses plaintes.

Par courrier du 13 novembre 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a une nouvelle fois contesté le projet de décision du 8 octobre 2014. Elle invoquait notamment que le tableau clinique décrit par les médecins n'était de loin pas similaire à celui de 2004 et que les psychiatres ayant suivi l'assurée depuis 2011 étaient d'avis qu'elle présentait une dépression sévère avec des éléments psychotiques. Elle ajoutait que les experts de la G. _____ expliquaient de manière précise et convaincante en quoi l'opinion des médecins du SMR en 2004 était entachée de contradictions et se fondait sur une hypothèse non objectivable et non vérifiable. Pour l'assurée, la négation de tout changement significatif de son état de santé psychique revêtait ainsi un caractère arbitraire.

Dans un rapport du 20 janvier 2015, le Dr AC. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a écrit ceci au conseil de l'assurée :

« Dans le cadre d'un projet de décision AI concernant Madame R. _____, vous me demandez, dans votre lettre du 13.01.2015, si je dispose d'éléments médicaux objectifs pouvant contredire l'avis du SMR (Dr. Q. _____) et appuyer celui de l'expert. A cela je peux vous répondre comme suit :

Madame R. _____ est venue en consultation dans mon cabinet dès le 07.11.2013. Jusqu'à présent, ses consultations étaient espacées en raison d'une séance tous les deux mois. Depuis que sa demande de rente AI a été rejetée, l'intervalle entre les consultations a diminué, les consultations ont doublé. Madame R. _____ vient

maintenant en raison d'une fois par mois. Elle est toujours ponctuelle à nos rendez-vous et vient accompagnée de son mari.

Concernant son état psychique, on ne peut que constater que la patiente n'a pas ses capacités à travailler dans le marché libre. Je connais cette patiente depuis maintenant une année et je peux constater que, d'un point de vue strictement psychiatrique, elle présente une symptomatologie dépressive, accompagnée d'une symptomatologie psychotique. Son état psychique est grave et handicapant, ce qui rend impossible toute activité professionnelle, même pour les AVQ journalier. En ce qui concerne ces activités journalières, la patiente présente des difficultés à se vêtir et à se dévêtir, à prendre soin d'elle-même (par exemple, pour se doucher).

Le rapport d'expertise du 17.12.2013, de la G._____, met clairement en évidence les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail (F32.2, épisode dépressif sévère, avec symptôme psychotique ; F45.4, Syndrome douloureux somatoforme persistant). Les différents et nombreux spécialistes de la santé qui ont établi cette expertise estiment que la capacité de travail de Madame R._____ est nulle.

Il ne s'agit pas d'une interprétation différente d'une même maladie, comme estime le Dr. Q._____ dans l'avis médical du 27.07.2014, il s'agit ni plus ni moins de la constatation de l'état psychique de la patiente. Avant, la pathologie de Madame R._____ n'avait pas d'influence sur sa capacité de travail. Mais maintenant, son état de santé s'est aggravé à tel point qu'elle est incapable de travailler, même dans une activité professionnelle adaptée, et qu'elle ne sera sûrement jamais apte à travailler à nouveau dans le marché libre. »

Dans son avis médical du 25 mars 2015, le Dr M._____ a considéré, se fondant sur l'appréciation du Dr Q._____, qu'il n'y avait pas d'aggravation objective démontrée. Selon lui, c'était donc d'un point de vue médico-théorique une pleine capacité de travail qu'il fallait retenir en toute activité adaptée à la gonarthrose bilatérale débutante et aux cervico-dorso-lombalgies dans le cadre de troubles dégénératifs débutants.

Par décision du 10 avril 2015, l'OAI a rejeté la demande de reclassement et de rente de l'assurée, pour les motifs évoqués dans son projet de décision du 8 octobre 2014. Dans sa motivation du même jour adressée au conseil de l'assurée, l'office précité a expliqué que les diagnostics posés correspondaient à une aggravation, puisque l'on passait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique à un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Il ajoutait que, selon l'appréciation médicale du 28 juillet 2014, il en résultait « que la

comparaison des status et les appréciations du cas n'objectivent pas l'aggravation des symptômes dépressifs ni la présence de symptômes psychotiques ». L'OAI mentionnait aussi que l'état thymique ne s'était pas aggravé objectivement. Selon l'OAI, il n'y avait aucune aggravation objective démontrée sur le plan psychiatrique et aucune aggravation manifeste sur le plan somatique. Une pleine capacité de travail était donc admise en toute activité adaptée.

Par projet de décision du 30 avril 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une allocation pour impotent.

Par courrier du 7 mai 2015, l'assurée a contesté ce projet de décision, expliquant notamment qu'elle devait toujours avoir quelqu'un avec elle et qu'actuellement, c'était sa belle-fille qui s'occupait d'elle.

Par courrier 8 mai 2015, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a réitéré son opposition au projet de décision du 30 avril 2015, estimant qu'elle était totalement impotente.

F. Par acte du 8 mai 2015, R._____ a interjeté recours à l'encontre de la décision de l'OAI du 10 avril 2015, concluant à l'annulation de celle-ci, à ce que la Cour de céans constate son droit aux prestations et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de son écriture, la recourante invoque en substance une évolution significative de son état de santé depuis le refus de prestations du 5 janvier 2006 et notamment une atteinte sévère sur le plan psychique et cognitif. Elle est d'avis que l'atteinte psychique actuelle est par ailleurs indiscutablement constitutive d'une comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme, lequel doit être reconnu comme invalidant. La recourante mentionne également bénéficier d'un suivi psychiatrique régulier depuis août 2006 et être séparée de son mari depuis 2008. Elle ajoute que l'aide d'une infirmière du AB._____ est nécessaire pour la préparation des médicaments, qu'un effondrement cognitif est rapporté et que tous les

psychiatres consultés depuis 2008-2009 retiennent un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques, ce qui est également retenu par la G._____. Selon la recourante, ces éléments peuvent difficilement être niés sur la seule base de l'appréciation du Dr Q._____ et encore moins sur celle de l'examen clinique du SMR de 2004. Se fondant sur l'expertise de la G._____, elle considère donc que la décision attaquée ne trouve aucune justification et doit être annulée, le droit à une rente entière devant lui être reconnu depuis 2010. La recourante est également d'avis que les conclusions de la G._____ ouvrent la voie à une révision procédurale, dans la mesure où selon ces experts, le raisonnement des médecins du SMR en 2004 serait totalement erroné.

Dans sa réponse du 22 juin 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant au dossier médical qu'il a constitué, en particulier aux avis rendus par le SMR, au rapport médical du Dr Q._____ du 28 juillet 2014 ainsi qu'à la motivation de la décision querellée.

Dans sa réplique du 17 août 2015, la recourante a confirmé ses conclusions, indiquant notamment avoir largement expliqué que l'examen du SMR de 2004 ne saurait continuer à faire foi éternellement en présence d'une aggravation dûment attestée de son état de santé, laquelle a été confirmée aux termes d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa duplique du 1^{er} septembre 2015, l'intimé a maintenu sa position.

G. Le 20 mai 2015, la recourante a déposé une demande d'assistance judiciaire pour la présente procédure. Par décision du 21 mai 2015, la juge instructrice lui a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires ainsi que du paiement de toute franchise mensuelle.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieux dans le cas particulier le droit de R. _____ à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier le droit à une rente. Le litige s'inscrit dans le contexte d'une nouvelle demande de prestations AI, faisant suite à une décision de rejet de la demande en 2006 et 2010, à une décision de refus d'entrer en matière en 2011, et au dépôt d'une quatrième nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

3. a) En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force (ATF 135 V 215).

b) Tout d'abord, aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Les jugements sont quant à eux soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement (art. 61 let. i LPGA). La notion de fait ou moyen de preuve nouveau s'apprécie de la même manière en cas de révision procédurale d'une décision administrative au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, de révision d'un jugement cantonal (cf. art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF ([loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral]; RS 173.110; cf. TF 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1).

Sont nouveaux les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire

qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 353 consid. 5b et réf. cit. ; TF I 8/05 du 31 janvier 2006 consid. 5 et réf. cit.).

Par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, la révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) – applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA –, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (cf. également art. 101 LPA-VD ; cf. RAMA 1994 n° U 191 p. 145 et Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n° 38 ad art. 53 LPGA p. 707).

c) De surcroît, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4 et 5).

d) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

Selon 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) 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. 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_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V

351 consid. 3b/bb et cc). 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 réf. cit.; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al.

2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

6. En l'espèce, R._____ fait valoir que l'appréciation ayant mené à la décision de refus de la demande du 5 janvier 2006, refus confirmé par la décision sur opposition du 29 janvier 2008 de l'OAI et par l'arrêt du 16 septembre 2009 de la Cour de céans, n'a pas permis de constater la gravité des troubles qu'elle présentait probablement déjà, selon elle, lors de l'examen clinique du SMR en 2004. La recourante considère que les nouvelles pièces recueillies à l'occasion de la procédure de révision, en particulier l'expertise réalisée par la G._____, constituent à cet égard une preuve nouvelle ouvrant le droit à la révision procédurale.

Cependant, dans la mesure où la décision sur opposition du 29 janvier 2008 a été contestée par le biais d'un recours puis confirmée par un arrêt du Tribunal cantonal, elle ne peut plus faire l'objet d'une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Cas échéant, il appartenait à la recourante de déposer une demande de révision du jugement du 16 septembre 2009 auprès de la Cour de céans dans un délai de nonante jours qui suivent la découverte du motif de révision, ce qui n'a toutefois pas été fait (cf. art. 67 al. 1 PA et 101 al. 1 LPA-VD).

Au demeurant, s'il est exact que dans leur rapport du 17 décembre 2013, les experts de la G._____ remettent en cause l'appréciation médicale réalisée par les Drs L._____ et B._____ en 2004, il n'en reste pas moins qu'ils n'invoquent aucun nouveau fait à l'appui de leur analyse. Ils se contentent en effet de démontrer en quoi le raisonnement des médecins de 2004 est critiquable et quelles en sont les contradictions, mais en se fondant sur des faits déjà connus à l'époque. En d'autres termes, s'agissant de la situation qui prévalait en 2004, les experts de la G._____ substituent leur propre appréciation à celle des médecins du SMR, sans établir d'éléments de faits nouveaux, ce qui n'est de toute manière pas suffisant pour ouvrir le droit à une révision procédurale. Le même constat s'applique s'agissant des autres rapports

médicaux recueillis dans le cadre de la procédure de révision débutée le 5 avril 2012, lesquels ne remplissent pas non plus les conditions d'une révision procédurale (cf. supra consid. 3b).

7. Il convient à présent d'examiner si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA sont réalisées. Pour ce faire, il s'agit d'apprécier l'état de santé de la recourante, avec comme point de comparaison la décision sur opposition de l'OAI du 29 janvier 2008, confirmée par la Cour de céans dans son arrêt du 16 septembre 2009. Elle constitue en effet la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves et des circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. supra consid. 3d).

a) En l'espèce, lors de la décision sur opposition du 29 janvier 2008, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient une gonarthrose primaire bilatérale débutante prédominante des compartiments internes et des compartiments fémoro-patellaires, et des cervico-dorsolombalgies sur troubles dégénératifs débutants. La capacité de travail dans l'activité de serveuse était nulle, mais elle était de 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles de la recourante. Ces limitations étaient la nécessité que le travail soit sédentaire ou semi-sédentaire, alternant la position assise avec la position debout, sans port d'objet de poids supérieur à 10 kg et sans se pencher en avant (cf. rapport du 22 décembre 2004 des Drs L._____ et B._____). Les médecins du SMR faisaient également état d'une obésité, d'une hypothyroïdie substituée, d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique et de troubles somatoformes douloureux persistants, ces affections n'ayant toutefois pas d'effet sur la capacité de travail de la recourante.

b) Lors de la décision attaquée, le Dr D._____ atteste de troubles statiques importants avec mobilité limitée, de gonarthrose primaire bilatérale prédominante des compartiments internes et des compartiments fémoro-patellaires, de cervico-dorsolombalgies sur

troubles dégénératifs, d'uncarthrose de C7, de bascule du bassin à gauche de 12-15 cm, de pincements postérieurs L5-S1, d'arthrose postérieure L5-S1, de nodule intra-spongieux du plateau inférieur de L1, de sacro-iliaques et coxofémorales déformées, de spondylose antérieure D5-D6 et D9-D10, de troubles neurovégétatifs divers, de diabète méllitus de type II, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (persécution, hallucinations auditives), de personnalité paranoïaque et de modification durable de la personnalité (cf. rapport de ce médecin du 29 décembre 2011). Le Dr D._____ constate également des problèmes physiques résultant de la forte augmentation des douleurs et produit deux rapports d'IRM du Dr AL._____. Il ressort en particulier de ces examens d'imagerie médicale que la recourante souffre notamment d'une hernie discale en L2-L3, d'une protrusion discale en L5-S1, d'arthrose en L2-L3 et de L4-L5 à L5-S1, ainsi que d'une probable coxarthrose débutante, d'une bursite péritrochantérienne, de tendinoapthie et d'insertionite des ischio-jambiers (cf. rapport du 17 août 2012 du Dr D._____ et rapports d'IRM des 15 et 16 août 2012 du Dr AL._____).

Le Dr P._____ pose quant à lui les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'agoraphobie avec attaques de panique, de suspicion de début de démence et de trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique (cf. rapports de ce médecin du 19 février 2012 et du 4 septembre 2012).

Les Drs X._____, V._____ et Z._____ évoquent aussi des vertiges d'origine médicamenteuse, un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques et une probable mauvaise compliance médicamenteuse. Ils relatent également des céphalées chroniques avec phonophobie, une agoraphobie avec trouble de panique, des modifications de la personnalité en lien avec le syndrome douloureux chronique, une arthrose dorsolombaire, un hypothyroïdisme substitué, un diabète de type II non insulino-requérant et de l'hypertension (cf. leur rapport du 31 octobre 2013).

Quant aux experts de la G._____, ils posent les diagnostics avec influence sur la capacité de travail d'état dépressif avec symptômes psychotiques et de syndrome somatoforme douloureux persistant. Les diagnostics sans influence sur la capacité de travail sont selon eux des troubles dégénératifs du rachis compatibles avec une évolution naturelle et l'âge de l'expertisée ainsi qu'une gonarthrose primaire bilatérale. Ils considèrent que la capacité de travail de la recourante est nulle dans toute activité (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2013).

Enfin, les Drs H._____ et C._____ posent les diagnostics de syndrome psychoaffectif avec éléments psychotiques possibles (cf. rapport de ces médecins du 20 février 2014).

c) Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la décision sur opposition du 29 janvier 2008. En particulier, l'état dépressif est à présent qualifié de sévère et s'accompagne de symptômes psychotiques, et l'état de régression est complet. Selon l'intimé, cette aggravation n'a cependant pas d'incidence sur la capacité de travail de la recourante, celle-ci étant toujours entière dans une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire respectant ses limitations fonctionnelles. Pour étayer sa position, qui s'écarte diamétralement des conclusions des experts de la G._____, l'OAI se fonde sur l'opinion du Dr Q._____, selon laquelle « la comparaison des status et les appréciations du cas n'objectivent pas l'aggravation des symptômes dépressifs ni la présence de symptômes psychotiques ». D'après ce médecin, l'état thymique de l'assurée ne se serait pas aggravé objectivement. Il est en particulier d'avis que l'appréciation du psychiatre de la G._____, le Dr AH._____, constitue une interprétation différente de faits comparables. En ce qui concerne l'avis neuropsychologique de la G._____, le Dr Q._____ estime que les troubles psychiques ne font pas l'objet d'un diagnostic.

Or l'avis du Dr Q._____ ne suffit pas à écarter purement et simplement les conclusions de l'expertise de la G._____, expertise que

l'OAI a d'ailleurs elle-même ordonnée. Outre le fait que le rapport du 28 juillet 2014 du Dr Q._____ est peu étayé, ce dernier déforme passablement les conclusions des experts de la G._____. Contrairement à ce que soutient le Dr Q._____, le diagnostic d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques est bien motivé, malgré la probable personnalité de type hystérisiforme de la recourante ayant pour conséquence que cette dernière a de la peine à exprimer ses plaintes (cf. rapport d'expertise de la G._____ p. 8). La sévérité de l'épisode dépressif ressort cependant clairement des constatations des experts de la G._____ : la recourante présente notamment une fatigue importante, des difficultés à rester attentive et concentrée (elle s'endort d'ailleurs à plusieurs reprises pendant l'expertise), une baisse de moral, de la tristesse, des idées suicidaires ainsi que des troubles du sommeil. Les symptômes psychotiques, tels que les hallucinations visuelles et auditives, de même que le ralentissement psychomoteur extrême de la recourante, sont aussi bien documentés. En outre, il est erroné de prétendre que le Dr AH._____ se borne à critiquer les hypothèses de ses confrères médecins. S'il est vrai que s'agissant de la situation qui prévalait en 2004, cet expert substitue son appréciation à celle des médecins du SMR de l'époque, tel n'est pas le cas pour ce qui est de la situation de la recourante au moment de l'expertise. Au contraire, le Dr AH._____ fournit une analyse psychiatrique détaillée, se fonde sur des examens complets, reprenant en particulier l'anamnèse et les plaintes de l'expertisée. Le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont clairs et les conclusions de cet expert sont bien motivées. En particulier, ce médecin explique pour quelles raisons il retient un épisode dépressif sévère ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux. Enfin, contrairement à l'opinion du Dr Q._____, les troubles psychiques mentionnés lors du consilium neuropsychologique du 6 novembre 2013 font bel et bien l'objet d'un diagnostic puisque les experts de la G._____ ont expressément diagnostiqué un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques et un syndrome somatoforme douloureux persistant.

Ainsi, c'est à tort que l'OAI s'est fondé sur l'appréciation du Dr Q._____ pour écarter les conclusions des experts de la G._____.

Comme expliqué ci-dessus, l'évaluation de ces médecins est particulièrement circonstanciée et leurs conclusions sont claires et convaincantes, de sorte qu'elle remplit entièrement les réquisits jurisprudentiels en la matière (cf. supra consid. 4b et c). Une pleine valeur probante doit par conséquent lui être reconnue.

8. En l'espèce, les experts retiennent les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de syndrome somatoforme douloureux persistant, et considèrent que la capacité de travail de la recourante est nulle dans toute activité. Il s'agit dès lors de déterminer si, s'agissant du trouble somatoforme douloureux, les conclusions du rapport d'expertise de la G._____ permettent à la Cour de céans de se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de la recourante.

a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

b) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existait, selon la jurisprudence applicable au moment de l'expertise de la G._____, une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne disposait pas des ressources

nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles étaient réunies devait être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retenait, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il était également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). Enfin, on devait conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient 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 demeuraient 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 laissaient insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; cf. notamment TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 et réf. cit.).

c) Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt

cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en

considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.).

9. Dans le cas d'espèce, on relèvera préalablement que le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux a été admis par les experts de la G. _____ à l'aune des anciens critères jurisprudentiels. Cette appréciation est bien motivée et les conclusions des médecins sont claires et convaincantes. Dans la mesure où les conditions qui prévalaient sous l'ancienne jurisprudence pour admettre l'existence d'un trouble somatoforme douloureux invalidant étaient plus sévères que celles fixées par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281, l'atteinte présentée par la recourante est également réputée invalidante selon les nouveaux critères. Au demeurant, à l'examen de l'expertise de la G. _____, la Cour de céans est d'avis que celle-ci permet une appréciation concluante du cas selon les nouveaux critères, et ce pour les raisons suivantes.

a) En premier lieu, on constate que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant a été posé par les experts selon les règles de l'art. Il tient notamment compte du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et fait référence aux limitations fonctionnelles persistantes de l'assurée.

Il ressort en particulier de l'expertise que la recourante présente une douleur persistante, intense et qui s'accompagne d'un sentiment de détresse (décrite notamment comme un « mal-être majeur

et chronique » ; cf. rapport d'expertise p. 3). Elle souffre en outre d'une baisse de moral et elle signale de la tristesse, de la peur, des troubles du sommeil ainsi que des hallucinations visuelles et auditives de type de délire de persécution particulièrement violentes (cf. rapport d'expertise p. 9 et également rapport du 31 octobre 2013 des Drs X._____, V._____ et Z._____). De surcroît, lors de l'examen clinique, les experts ont constaté que la recourante ne se sentait pas bien, qu'elle se disait fatiguée et qu'elle avait des idées suicidaires.

Les experts font également état des limitations dans les fonctions de la vie quotidienne de la recourante, nécessitant une aide et une sollicitude accrue de la part de l'entourage et des médecins. Ils indiquent notamment que c'est le petit-fils de la recourante et l'épouse de celui-ci qui l'aident dans la vie quotidienne, à savoir pour les repas, les courses, la toilettes et les déplacements (cf. rapport d'expertise p. 4 et p. 14). Ces limitations correspondent d'ailleurs à celles qui sont évoquées par la recourante dans le cadre de sa demande d'allocation pour impotent du 16 janvier 2014. Le AB._____ intervient quant à lui pour gérer la médication de la recourante. On relèvera enfin que dans son rapport du 4 septembre 2012, le Dr P._____ constate qu'il devient toujours plus difficile de s'occuper de la recourante à domicile, estimant qu'une hospitalisation serait à terme inéluctable.

Par ailleurs, on constate qu'il n'existe pas, en l'espèce, de motif d'exclusion au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral. En particulier, les médecins n'évoquent pas d'exagération des symptômes et il n'y a pas d'indices que tel serait le cas (comme par exemple des discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact ; cf. consid. 8b supra).

Ainsi, en l'espèce, on peut partir du principe que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant a été posé *lege artis*.

b) Il convient ensuite d'examiner la capacité de travail exigible de la recourante au moyen du catalogues d'indicateurs développé par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281, étant rappelé que pour les experts de la G._____, la capacité de travail de l'intéressée est nulle dans toute activité.

Sous l'angle du degré de gravité fonctionnel, on constate que les troubles décrits par les experts sont graves et qu'ils s'inscrivent dans le contexte d'un processus maladif chronicisé s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Les traitements médicaux, pourtant réalisés conformément aux règles de l'art et avec la collaboration de la recourante, ont échoué, révélant ainsi un pronostic négatif (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1 et 4.3.1.2). Malgré un suivi médical décrit par les experts comme étant optimal, avec en plus une visite hebdomadaire d'une infirmière à domicile, le pronostic est extrêmement sombre en raison du délabrement psychique constaté, R._____ ne parvenant plus à mobiliser ses ressources adaptatives (cf. rapport d'expertise, p. 15 notamment).

Les experts sont également d'avis que la recourante présente, au premier plan, une comorbidité psychiatrique, soit la présence d'un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Le critère de la comorbidité psychiatrique n'a plus l'importance prépondérante qu'on lui connaissait sous l'ancienne jurisprudence. Il doit toutefois être pris en considération en fonction de son importance concrète dans le cas particulier (arrêt précité consid. 4.3.1.3). En l'espèce, il ressort des constatations des experts que la comorbidité psychiatrique de la recourante est prédominante et qu'elle est corrélée avec des symptômes psychotiques handicapants tels que des hallucinations visuelles et auditives ainsi qu'un sentiment de persécution. Il s'agit donc, dans ce contexte, d'un facteur d'affaiblissement supplémentaire des ressources de la recourante.

Les experts constatent en outre que R._____ présente un état d'apragmatisme et d'extrême dépendance, accompagné d'éléments psychotiques. Malgré la prise en charge médicale intensive et un réseau familial complètement dévoué, elle souffre d'un effondrement psychique massif, un état démentiel débutant n'étant pas totalement exclu. Les experts expliquent que dans ce contexte, les ressources adaptatives de la recourante sont inexistantes (cf. rapport d'expertise, p. 14 et 15 notamment).

S'agissant du contexte social, notre Haute Cour est d'avis que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté. Par contre, si l'assuré bénéficie de ressources mobilisables tirées de son contexte de vie ainsi que de soutien dans son réseau social, ces éléments doivent être pris en compte (arrêt précité consid. 4.3.3). En l'espèce, il semble clair que malgré l'implication exemplaire de la famille de la recourante, laquelle est selon les médecins totalement dévouée à l'intéressée, cette dernière est incapable d'en retirer de quelconques ressources (cf. notamment p. 8 de l'expertise).

c) Sous l'angle de la cohérence des troubles, on constate que l'atteinte à la santé se manifeste aussi bien dans le cadre des tâches habituelles de la recourante que dans les autres domaines de la vie : au quotidien, R._____ nécessite une aide et une présence constante. Les actes de la vie quotidienne sont effectués avec l'aide de son petit-fils et de l'épouse de celui-ci. Lorsqu'elle se déplace hors de chez elle, la recourante est confrontée à sa problématique de persécution (elle a peur d'être tuée en pleine rue) et elle doit toujours être accompagnée par un proche. Son activité sociale se limite aux interactions qu'elle a avec quelques membres de sa famille, soit son petit-fils et l'épouse de celui-ci, et de temps à autre ses enfants (cf. rapport d'expertise p. 4 et 5 notamment). On relèvera que l'époux de la recourante a quitté le domicile conjugal en 2008 et que selon le Dr P._____, les modifications du comportement de R._____ ont largement contribué à la séparation d'avec son mari (cf. rapport de ce médecin du 19 février 2012 et rapport d'expertise p. 14). Autrement dit,

les limitations de la recourante sont présentes de manière prépondérante tant dans ses activités habituelles que dans les autres domaines de sa vie.

Selon la jurisprudence fédérale, il faut aussi évaluer le poids effectif des souffrances de l'assuré à l'aune de l'attitude de ce dernier face aux traitements thérapeutiques (arrêt précité consid. 4.4.2). En l'espèce, on constate que la recourante s'est conformée aux traitements recommandés par les médecins, ceux-ci n'ayant toutefois pas permis de mobiliser ses capacités adaptatives. On peut donc en conclure que la recourante présente de lourdes souffrances malgré une mise à profit des traitements préconisés par le corps médical.

d) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans est d'avis que selon les nouveaux critères jurisprudentiels, l'appréciation du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux telle qu'effectuée par les médecins de la G. _____ ne prête pas le flanc à la critique. Ainsi, il convient d'admettre que la recourante présente une incapacité de travail totale dans toute activité, lui ouvrant ainsi le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

10. Il s'agit à présent de déterminer à partir de quelle date le droit à la rente est ouvert.

Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'augmentation de la rente prend toutefois effet au plus tôt dès le mois où la demande de révision est déposée (art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI).

En l'occurrence, dans le cadre de leur expertise, les médecins de la G. _____ ont considéré que la recourante était en incapacité de

travail totale depuis en tout cas 2009. Cela étant dit, la date retenue par les experts paraît peu probable, au vu des décisions de rejet de la demande du 22 juillet 2010 et de refus d'entrer en matière du 7 juillet 2011 qui sont entrées en force. Il semble plutôt que l'état de santé de la recourante a commencé à se péjorer les mois précédant l'expertise de 2013 (cf. notamment les rapports du 4 septembre 2012 du Dr D. _____ et du 2 octobre 2012 du Dr D. _____), et que cette aggravation a été formellement constatée par les médecins de la G. _____ lors de leur expertise. En effet, les experts de la G. _____ ont retenu que l'assurée présentait actuellement un état de régression avancé, qui s'est aggravé depuis environ 2009, et un état dépressif chronique sévère, accompagné de probables éléments psychotiques. L'assurée a par ailleurs été hospitalisée dans le service de neurologie du K. _____ peu avant l'expertise. A cette occasion, le psychiatre consultant, le Dr I. _____, avait soutenu un projet d'hospitalisation à AE. _____ afin d'affiner le diagnostic différentiel entre une évolution dépressive grave versus un processus démentiel.

Il convient ainsi de tenir compte d'une aggravation de l'état de santé à partir du 17 décembre 2013, date du rapport d'expertise. Par conséquent, la recourante a droit à une rente entière depuis le 1^{er} mars 2014, soit trois mois après le début de l'entière incapacité de travail admise dès le mois de décembre 2013 (cf. art. 88a al. 2 RAI).

11. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision du 10 avril 2015 réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2014.

b) 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 soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ceux-ci à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter en l'occurrence à 2'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD ; cf. également art. 10 et art. 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]).

A noter que, l'octroi de l'assistance judiciaire ayant été limité à l'exonération des avances de frais et des frais judiciaires sans désignation d'un avocat d'office, aucune indemnité n'est due à ce titre.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 10 avril 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que R._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2014.

- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière:

Du

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

- Procap, Service juridique (pour R. _____), à Bienne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :