

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mai 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Monod et Mme Rossier, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourante, représenté par Procap Suisse, à Bienne

et

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

Art. 17 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. Née en 1956, N._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a travaillé comme femme de chambre avant de se retrouver au chômage dès juillet 2004, puis par la suite à l'aide sociale.

Elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 4 mars 2005 en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession, faisant valoir qu'elle souffrait d'un syndrome vertébral dorso-lombaire depuis 2000.

Dans un rapport médical du 9 avril 2005, le Dr Y._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a posé comme diagnostics un syndrome vertébral dorso-lombaire, des gonalgies bilatérales et des arthralgies des doigts des deux mains, qui rendaient l'activité de femme de ménage inexigible. L'assurée bénéficiait en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ménageant son dos et ses membres inférieurs.

Par décision du 2 juin 2005, l'OAI a refusé la demande de mesures de réadaptation professionnelle de l'assurée aux motifs que ses incapacités de travail avaient été de très courte durée, qu'elle n'était pas menacée d'une invalidité imminente, qu'elle n'avait pas été examinée par un spécialiste et qu'elle était inscrite au chômage.

B. Le 12 février 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, indiquant qu'elle présentait des douleurs multiples aux membres et à la colonne vertébrale ainsi que des problèmes psychiques.

Selon un rapport médical du Dr Y._____ du 13 mars 2008, l'assurée souffrait d'un syndrome lombo-vertébral récurrent, de polyarthralgies et poli-insertionite et avait présenté une recrudescence des phénomènes douloureux depuis le rapport du 9 avril 2005. Les points

de fibromyalgie étaient par ailleurs très positifs. Sa capacité de travail comme femme de chambre était nulle depuis le 1^{er} janvier 2006, mais elle pouvait exercer une activité adaptée à 50 %.

Les Drs V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, médecin assistant, du Centre [...], ont indiqué dans leur rapport médical du 31 mars 2008 que l'assurée souffrait d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), suite à son vécu traumatique de la guerre en ex-Yougoslavie et à la maltraitance physique et psychique par son ex-mari. Ils mentionnaient qu'elle avait présenté une aggravation de la symptomatologie dépressive en octobre 2007 et qu'elle était dans l'incapacité totale d'assumer une activité professionnelle quelconque.

Le Dr J._____, rhumatologue, retenait comme diagnostics dans son rapport médical du 6 juin 2008 des rachialgies diffuses sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, un syndrome douloureux polyinsertionnel récurrent (fibromyalgie), une hypovitaminose D et un syndrome cervico-brachial récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. L'assurée ne pouvait rester en position uniquement assise ou debout, et les douleurs rendaient la reprise d'une activité professionnelle difficile.

Le Dr D._____, médecin praticien, posait quant à lui les diagnostics de rachialgies chroniques et probable PTSD dans son rapport médical du 11 juin 2008. Il confirmait que l'activité de femme de chambre n'était plus possible, mais qu'une activité avec changement de positions et évitant le port de charges était exigible.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué le 27 octobre 2008 par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Les Drs X._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Z._____, médecin chef du SMR, ont posé les diagnostics suivants :

- « avec répercussion sur la capacité de travail :
 - lombalgies chroniques persistantes (M51.3) : importante discopathie avec probable discrète micro-instabilité entre la dernière vertèbre d'aspect lombaire et la vertèbre transitionnelle lombo-sacrée
 - cervicalgies communes dans le cadre de discrets troubles dégénératifs (M50.9)
- sans répercussion sur la capacité de travail :
 - syndrome douloureux musculo-squelettique diffus évoquant une fibromyalgie
 - autres troubles de l'humeur (affectifs) persistants, en rémission (F34.8)
 - difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (Z61.6). »

Sur le plan purement psychiatrique, le SMR estimait que l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie chronique à caractère incapacitant et que la capacité de travail exigible était de 100 % dans toute activité. Au niveau somatique, l'activité de femme de chambre n'était définitivement plus exigible mais une activité à 100 % respectant les limitations fonctionnelles suivantes était possible depuis janvier 2006 : nécessité de pouvoir alterner les positions assise et debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids supérieur à 4 kg ni de port régulier de charges de plus de 6 kg, pas de travail statique prolongé du tronc notamment en porte-à-faux, pas de travail imposant le maintien prolongé de la nuque dans une position extrême prolongée immobile. Enfin, la problématique douloureuse généralisée évoquant une fibromyalgie n'était quant à elle pas limitative en termes de capacité de travail exigible vu l'absence de comorbidité psychiatrique incapacitante.

Avec ses objections au projet de décision négative du 6 juillet 2009, l'assurée a produit un rapport médical du 14 novembre 2009 du Dr Y._____, selon lequel elle présentait une capacité de travail inférieure à 50 % dans une activité adaptée à sa situation et ne pouvait supporter de stress ou de contacts avec une clientèle. Elle a également versé en cause un rapport médical établi le 13 novembre 2009 par les Drs Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M._____, médecin assistant, du Centre [...], qui estimaient qu'elle était actuellement incapable de travailler. Ils notaient en particulier ce qui suit :

« Sa grande méfiance face à toute situation inconnue, sa réserve et sa difficulté à entrer en contact engendrent des difficultés au niveau

social. Son anxiété, ses difficultés mnésiques et de concentration engendrent des oublis fréquents (se trompe de date, oublie les rendez-vous), ce qui augmente son anxiété et crée un cercle vicieux. Sa fatigabilité importante rend une activité soutenue quasi impossible. De plus, elle présente de nombreuses somatisations. Ses difficultés relationnelles rendent toute nouvelle activité extrêmement difficile. »

Par décision du 13 juillet 2011, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité du fait qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et qu'elle ne subissait pas de préjudice économique.

C. L'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI le 19 juin 2013. Elle a produit un rapport médical du 14 mai 2013 du Dr L._____ et de la psychologue H._____ du cabinet S._____. Ils retenaient comme diagnostics un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), un état de stress post-traumatique (F43.1), une expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités (Z65.5) et des difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61). Ils considéraient que l'assurée était dans l'incapacité totale d'exercer une activité lucrative, les limitations étant liées aux difficultés physiques et psychiques. Ils précisaient notamment ce qui suit :

« Le tableau clinique tel que présenté par la patiente laisse supposer une aggravation et cristallisation de la symptomatologie.

Nous pouvons effectivement noter que l'état de Madame s'est progressivement dégradé depuis son arrivée en Suisse. L'activité lucrative passée semble avoir été une ressource pour la patiente, tous les traumas du passé ayant été partiellement enfouis pendant ces années, permettant, par des « *défenses par la réalité* » de fonctionner et d'avoir un semblant de stabilité sur le plan psychique et physique. Mais avec le temps et les réminiscences des traumas, les défenses psychiques se sont affaiblies, rendant impossible une quelconque activité ou réadaptation professionnelle.

Madame semble effectivement avoir dépassé les événements traumatiques et ses « *fantômes du passé* » en effectuant des efforts quasi surhumains. En s'insérant sur le plan professionnel également, elle réussit à effectuer des activités qui lui permettent [de] fuir une réalité et des souvenirs trop douloureux. Cela dit, un épuisement s'installe progressivement, les problématiques somatiques évidentes se greffant à cette symptomatologie, accentuent la fragilité psychique.

Ajoutons que la non-reconnaissance de la souffrance a pu également éprouver une patiente en « *mal de reconnaissances* » des traumatismes passés, mais aussi des souffrances physiques réelles.

A noter que la psychothérapie, puis la lente confiance acquise, ont permis progressivement de révéler beaucoup de souffrances cachées chez une patiente qui a toujours cherché à protéger ses enfants et probablement à se protéger des vécus douloureux, en ne les évoquant pas, et en puisant dans ses ressources. Actuellement, ces dernières semblent fortement appauvries, ayant laissé place à un état anxieux et dépressif avec des états de panique, des symptômes psychotiques, et idéations suicidaires scénarisées.

Nous pouvons envisager que l'auto[no]misation des enfants, qui sont ses seuls piliers qui la retiennent, a pu provoquer un état de crise existentielle chez une patiente fragile, jouant un rôle dans la péjoration de son état psychique.

Nous émettons également l'hypothèse que des événements traumatiques « *enterrés* » ont pu refaire surface et émerger à nouveau. Le décès de son ex-mari peut être un des facteurs importants à prendre en compte. Effectivement, on peut supposer que ce décès a ravivé le sentiment de catastrophe, de traumatismes, de danger de mort, laissant dès lors surgir des symptômes, tels que l'évitement, l'hypervigilance, les cauchemars et insomnies.

Nous rappelons que des cas de survenues tardives d'un état de stress post-traumatique existent. Nous avons connaissance aujourd'hui en effet, qu'une survenue différée peut être acceptée et des symptômes peuvent réapparaître après plusieurs mois et même années.

En conclusion, nous sommes d'avis que la poursuite de la prise en charge par les médecins traitant et spécialiste est nécessaire et que le suivi thérapeutique soutenu reste indispensable. Une hospitalisation n'est pas à exclure. »

A l'initiative du SMR, une expertise psychiatrique a été effectuée par le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 17 mai 2014, il a notamment mentionné ce qui suit :

« [...] Elle a à ce titre vécu le siège de Sarajevo, il y avait menaces pendant plusieurs années, la vie était irrégulière et où elle-même devait tout faire pour protéger ses enfants. Bien qu'il s'agisse d'une situation d'exception comme dans toute situation de guerre, on ne peut pas en soi la comparer à des situations exigées pour une modification durable de personnalité après expérience de catastrophe. Ici, le code diagnostique exige des situations type emprisonnement en camp de concentration, torture, désastre, exposition prolongée à des situations représentant un danger vital, comme par exemple situation d'otage, captivité avec risque d'être tué à tout moment, etc. Selon les explications que Mme N. _____ a données avec l'aide de l'interprète, elle n'a pas vécu ce type de

menace immédiate. Il ne s'agit pas ici de diminuer sa souffrance personnelle dans cette situation de guerre, mais des proportions doivent être gardées. [...]

Quelle est la réalité aujourd'hui ?

L'assurée s'est présentée dans une souffrance verbale accentuée et plaintive concernant le corporel. Les signes objectifs d'inconfort positionnel et corporel étaient cependant faibles.

Elle était modérément ralentie (objectivation également avec échelle EDR), plutôt fluide dans l'expression dans sa langue maternelle, sans difficultés cognitives majeures, souvent peu précise dans ses réponses et répondant par le passé pour les questions du présent. Sur le plan affectif, il y avait une thymie légèrement abaissée, mais essentiellement des expressions d'insatisfaction, de retrait d'intérêt, de déception, lassitude, désinvestissement et humeur maussade. Il n'y avait pas d'idée suicidaire, l'énergie vitale était réduite et la dominance des expressions dysphoriques était une fois ou l'autre entrecoupée par des petits sourires. Elle n'était pas particulièrement anxieuse en situation d'examen ; elle a signalé au début ne pas être très à l'aise, mais ensuite elle s'est très rapidement acclimatée à l'expert et l'interprète. Finalement, elle a tenu une forme presque normale pendant plus de deux heures d'entretien. [...]

Nous avons en finalité retenu un état surtout dysphorique, à la limite un état dépressif compensé de légère intensité. Nous avons effectué un dosage médicamenteux qui a montré que l'assurée était observante pour ce qui concerne la prescription de l'antidépresseur. On peut donc déduire que si un état dépressif important avait existé auparavant, il est au stade actuel, avec la médication, relativement bien compensé. [...]

Dans l'ensemble s'est donc dégagée de ses propres descriptions l'image de quelqu'un qui vit, en partie par choix, d'une manière retirée, mais qui a un assez grand nombre de repères autour d'elle et qui a su mobiliser ses proches pour être présents régulièrement. Il y a donc très clairement une partie de bénéfices secondaires dans ladite dynamique.

La différence entre d'une part les descriptions de Mme N. _____, d'autre part les observations cliniques avec les constats du cabinet S. _____ sont telles que nous ne pouvons pas suivre la vision dramatique, pessimiste et extrême de nos confrères. De plus par rapport aux rapports de ces derniers, il est à remarquer que les thérapeutes (en tout 3) font très largement écho des expressions et ressentis de leur patiente et que à tout moment, même dans le status psychiatrique proprement dit il y a un mélange entre énoncés et observations. Tout ceci se comprend par le mandat thérapeutique mais ne peut pas être retenu pour déterminer l'exigibilité du travail.

A ce titre, nous nous trouvons donc dans un très grand décalage qui, comme nous l'avons décrit, n'a pas cessé de s'amplifier dans la dynamique décrite. Effectivement, moins l'assurée a été reconnue dans ses revendications, plus elle a mobilisé des moyens et plus la frustration était grande après chaque non-entrée en matière. Cette

dynamique n'est pas à confondre avec un trouble de la personnalité. Il s'agit purement d'une fixation subjective en accentuation et où des arguments antérieurs étaient de plus en plus mobilisés.

Il est vrai que l'assurée a eu un destin dur, qu'elle a traversé une guerre conjugale et guerre civile, mais elle a toujours aussi montré des signes de force, d'adaptation et de résilience. Les souvenirs pour des événements et périodes ne s'effaceront jamais. Il est vrai qu'il existe bien des personnes où après une phase de latence, habituellement pour tenir le coup et passer les dangers plus imminents, il y a ensuite apparition d'une symptomatologie de stress post-traumatique. Mais ceci n'est absolument pas le cas pour Mme N._____ car il y a des années après des périodes difficiles, elle a pu fonctionner correctement et se stabiliser. Elle est naturellement plus en contact avec ses propres souvenirs car son esprit est depuis un certain temps moins occupé par des tâches, obligations, nécessités ou la présence d'un partenaire. Ceci est un phénomène naturel. Dans ce contexte (d'allégation de stress post-traumatique chronique), il est à mentionner que l'assurée a pu évoquer les choses difficiles de sa vie d'une manière complètement neutre sans aucune réaction émotionnelle particulière et qu'elle les a visiblement intégr[e]s dans son mental. Il y a phénomène d'une neutralisation des affects. Ceci correspond exactement aussi à ce qui a été déjà décrit en 2008. Il n'y a de ce fait pour nous plus lieu d'entrer dans l'hypothèse d'une modification durable de personnalité. »

Le Dr T._____ a finalement retenu les diagnostics et conclusions qui suivent :

- « 1. Trouble dépressif probablement récurrent, épisode actuel compensé à niveau léger (F32.0),
DD dysthymie/dysphorie (F34.1),
- 2. Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)
- 3. Processus d'invalidation avancé (F68.0).

Le deuxième diagnostic du trouble somatoforme douloureux est associé à une comorbidité psychiatrique légère. Les critères pour un éventuel aspect invalidant ne sont pas remplis :

- il n'y a pas de comorbidité psychiatrique importante ou grave,
- il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie,
- l'état psychique n'est pas cristallisé,
- il n'y a pas de processus défectueux de résolution de conflit,
- il n'y a pas d'échec de traitement conforme aux règles de l'art.

Nous arrivons de ce fait à la conclusion que sur la base des constats objectifs, il n'y a pas d'incapacité de travail ni diminution de rendement sur le plan purement psychiatrique. En conséquence, toutes les activités considérées comme exigibles sur le plan physique - rhumatologique, le sont aussi sur le plan psychique.

Pour ce qui concerne le passé, [nous] n'avons pas vu de différence significative entre les constats établis dans le rapport SMR d'octobre 2008.

De ce fait, les conclusions de cette époque restent valables pour la période ultérieure. »

Par décision du 15 septembre 2014, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assurée au motif qu'il n'y avait pas eu de modification significative de son état de santé depuis la décision précédente de 2011.

D. Par acte du 20 octobre 2014, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et au constat de son droit à des prestations, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a reproché à l'OAI de s'être uniquement basé sur l'expertise du Dr T._____ sans discuter les rapports médicaux du psychiatre traitant, qui la suivait depuis plusieurs années.

Elle a produit un nouveau rapport médical du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue H._____, établi le 2 octobre 2014. Reprenant la symptomatologie exposée dans leur rapport du 14 mai 2013, ils estimaient que celle-ci faisait partie d'un tableau clinique dépressif récurrent avec des symptômes de la lignée psychotique et que la recourante était en totale incapacité d'assumer une quelconque activité professionnelle. Ils reprochaient à l'expert de ne pas avoir mentionné le traitement neuroleptique, lequel avait d'ailleurs dû être augmenté depuis mai 2014 en raison de la persistance des symptômes. Ils relevaient des différences dans leurs observations par rapport à celles de l'expert, notamment concernant l'apparence peu soignée de la recourante et l'absence de maquillage. Ils ont en outre souligné son fort sentiment de culpabilité face au passé, aux violences subies et au fait de ne pas avoir pu protéger son enfant de son père violent. Ils retenaient ce qui suit :

« Le sentiment de culpabilité n'est pas noté par notre confrère, tout comme les idées suicidaires lors de l'expertise. Or nous objectivons une symptomatologie dépressive sévère, avec ruminations, dévalorisation, perte d'estime, perte d'élan vital avec idées

suicidaires scénarisées (se jeter du balcon, Madame étant à plusieurs reprises proche des passages à l'acte).

Les troubles du sommeil sont également toujours rapportés (avec des cauchemars réguliers du vécu de guerre, des violences subies) avec des réveils réguliers.

Madame dit n'avoir aucunement « fait le choix de cette vie », au contraire, elle ajoute qu'elle lui est pesante, d'autant plus qu'elle pèse sur tout son entourage. Quant à l'affirmation « d'aimer sa solitude » (p. 20) rapportée dans l'expertise, Madame précise qu'elle ne peut pas envisager une quelconque relation conjugale après le vécu traumatique et préférer de ce fait, rester seule.

Nous notons également un grand écart entre les descriptions de l'expert du fonctionnement de la patiente et nos observations et notre connaissance de la patiente.

Le vécu de Madame pendant le siège de Sarajevo durant la guerre, l'exil et le parcours migratoire risqué, dangereux et traumatique, mais aussi son vécu de violences avec son ex-mari ont laissé des traces sur son fonctionnement psychique ».

L'OAI s'est déterminé sur le recours le 3 décembre 2014 et en a proposé le rejet, relevant que les éléments du rapport médical du 2 octobre 2014 étaient connus de l'expert à l'exception de l'adaptation du traitement, laquelle ne suffisait toutefois pas à remettre en cause les conclusions de l'expertise.

Par réplique du 12 janvier 2015, la recourante a requis la mise en place d'une expertise judiciaire pour éclaircir les questions qui opposaient les deux médecins.

Par duplique du 3 février 2015, l'OAI a maintenu sa position.

Une expertise judiciaire a été ordonnée et effectuée par le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a vu l'assurée à deux reprises, le 2 septembre et le 10 octobre 2016. Dans son rapport du 7 décembre 2016, il a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), une agoraphobie avec trouble panique (F40.01) et un trouble de l'humeur persistant (F34.9). Il a exposé notamment ce qui suit :

« Mme N. _____ a vécu des événements traumatisants de manière incontestable. Elle a vécu la guerre de Bosnie à Sarajevo où elle a été particulièrement violente et destructrice.

Mme N. _____ dit avoir été battue et violée par son mari qu'elle décrit comme alcoolique et schizophrène. Ces dires sont rapportés par les différents psychiatres qui l'ont traitée.

Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant a déjà été posé par les experts. Il a été posé par les Drs X. _____ et I. _____ dans leur rapport du 31 octobre 2008. Il a également été posé par le Dr T. _____ dans son rapport d'expertise du 17 mai 2014. Étonnamment il n'est jamais posé par les psychiatres traitant alors que les plaintes de douleurs sont au premier plan lors des examens psychiatriques en expertise.

Anamnestiquement Mme N. _____ a présenté dès 2001 des douleurs lombaires et c'est en raison de ces douleurs qu'elle a arrêté de travailler. Tous les médecins spécialistes en rhumatologie ou en médecine physique et rééducation ont estimé que ces douleurs n'avaient pas d'étiologie précise. Tous les traitements entrepris n'ont pas permis à ce jour d'amender cette symptomatologie algique. J'estime donc que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est justifié.

Les troubles psychiques sont beaucoup plus difficiles à cerner. En effet, lors des examens en expertise la symptomatologie psychique est fruste. Mme N. _____ présente des plaintes importantes mais il est particulièrement difficile d'obtenir des indices objectifs.

Elle se plaint de troubles du sommeil avec en particulier des cauchemars. Mais elle ne donne pas de description vivante de ces cauchemars. Elle ne présente pas de trouble de l'appétit puisque le poids est stable voire en légère augmentation au fil des ans. Il est même supérieur de 8 kg à l'examen au SMR en 2008 et de 3 kg par rapport à l'examen de Dr T. _____ en 2014. Mme N. _____ se plaint de troubles de la mémoire mais elle est à même de raconter son histoire de vie et de mentionner de nombreux détails. Il est par contre vraisemblable qu'elle puisse présenter des troubles de l'attention et de la concentration mais ils n'étaient pas manifestes lors des examens que j'ai pratiqués. Mme N. _____ ne se plaint pas de tristesse. Elle n'est pas ralentie psychiquement. Néanmoins elle dit avoir des idées suicidaires. Elle se plaint d'une humeur morose continue. Je pose donc un diagnostic de trouble de l'humeur persistant.

Mme N. _____ se plaint d'attaques de panique avec sensation d'étouffement et différentes sensations cénesthésiques. Or il est également frappant qu'aucun des psychiatres traitants ne retienne un tel diagnostic. Pourtant la description qu'elle donne de ces attaques de panique est caractéristique d'une telle pathologie. Elle dit ne pas aimer les contacts sociaux et encore moins la foule. Elle ne sort pas de chez elle seule et n'a aucun contact social en dehors de sa famille proche. Je pose donc un diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique.

Les relations avec son père sont décrites de manière diverse d'un rapport à l'autre. Le père est toujours décrit comme violent et alcoolique mais lors de l'examen actuel, Mme N._____ ne l'a mentionné comme présent que pendant une année dans son enfance. Ailleurs il est mentionné comme ayant été beaucoup plus présent et source d'angoisse en raison de ses violences.

Mme N._____ évoque toujours le siège de Sarajevo et les angoisses de tous les habitants lors de ce siège avec les bombardements et la crainte constante de mourir d'un jour à l'autre. Elle n'évoque jamais très longuement ces événements et ne les décrit que fragmentairement. Les personnes souffrant d'un état de stress post-traumatique n'aiment pas évoquer les scènes de violence qu'ils ont vécues car elles sont toujours douloureusement vivaces. Il est donc possible de faire l'hypothèse que tel est le cas pour Mme N._____. Mais elle n'évoque pas de flash-back, intrusions d'images de scènes de violence à des moments inattendus et en dehors de toute volonté ou de tout facteur déclenchant. Elle n'évoque pas non plus de comportement d'évitement qui indiquerait un lien avec des événements traumatiques. Certes Mme N._____ craint la foule et a l'impression que tout le monde la regarde. Mais il ne s'agit pas là d'un comportement d'évitement. Il est donc difficile de poser un diagnostic d'état de stress post-traumatique, voire de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Mme N._____ accentue ses plaintes, ce qui est parfaitement normal en situation d'expertise. Durant l'examen néanmoins le comportement algique de Mme N._____ n'était pas particulièrement démonstratif. J'exclus donc un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Mme N._____ par son comportement algique et ses incapacités retient ses fils captifs. Ils doivent constamment prendre soin d'elle et ne peuvent pas être réellement autonomes. Les fils doivent être constamment présents pour leur mère et elle est décrite comme irritable dès qu'elle n'a plus de nouvelles d'eux. Le désarroi des fils est manifeste face à la dégradation de l'état de santé de leur mère.

13. Cohérence

La première discordance manifeste dans ce dossier est la différence d'appréciation des psychiatres traitants et des experts. Les psychiatres traitants retiennent tous un diagnostic d'état de stress post-traumatique alors que les experts ne retiennent jamais un tel diagnostic. Personne ne conteste que Mme N._____ a vécu des événements particulièrement tragiques et dramatiques lors de la guerre de Bosnie et du siège de Sarajevo. Il est vraisemblable également que son enfance a été perturbée par un père violent et alcoolique. Il est également vraisemblable que la relation avec son second mari a été difficile et émaillée de violences. Il est vraisemblable que la vie de Mme N._____ a été particulièrement difficile et qu'elle a subi des violences depuis son enfance. Mais la symptomatologie actuelle ne permet pas de poser un diagnostic d'état de stress post-traumatique, voire de modification durable de la personnalité.

Les douleurs dont se plaint Mme N. _____ n'ont pas de substrat étiologique qui justifie les limitations fonctionnelles qu'elle présente. L'inactivité et l'épargne de mouvements est un cercle vicieux qui amplifie les douleurs. Et les douleurs alors justifient l'inactivité. Mais ce raisonnement ne peut pas être compris par les personnes souffrant d'un syndrome douloureux somatoforme.

Les limitations fonctionnelles sont aujourd'hui majeures. Le CMS apporte son aide à Mme N. _____ pour le nettoyage et le repassage. Les fils s'occupent de leur mère pour faire les courses et gérer ses affaires. Elle est dans une situation de dépendance mais de dépendance relative. En effet de cette manière ses enfants ne peuvent pas la quitter. Mme N. _____ retire donc des bénéfices de cette situation de dépendance, très vraisemblablement de manière parfaitement inconsciente. Elle craint très vraisemblablement d'être seule et abandonnée.

Néanmoins il faut souligner que les limitations fonctionnelles se manifestent de manière globale dans toutes les sphères de la vie de Mme N. _____. Elle ne sort quasiment plus jamais seule de chez elle. Elle ne part pas en vacances. Elle ne fait quasiment plus rien. Elle n'a aucune activité de loisirs. Elle a certes du plaisir à voir ses petits-enfants mais elle ne les garde pas. Elle ne les voit qu'en présence de son fils ou de sa belle-fille.

Enfin Mme N. _____ suit bien le traitement qui lui est prescrit. Elle suit un traitement psychiatrique depuis de longues années. Elle manifeste donc une adhésion thérapeutique et fait des efforts pour tenter de résoudre ses problèmes de santé.

14. Appréciation et pronostic

L'histoire médicale de Mme N. _____ est particulière et complexe. En effet Mme N. _____ dit avoir souffert dès son départ de Bosnie et à son arrivée en Italie d'attaques de panique. Elle décrit également que lors de son activité professionnelle au [...] elle présentait de telles attaques et qu'alors on lui donnait du chocolat ou on l'amenait prendre l'air sur un balcon. Or ces éléments apparaissent pour la première fois lors de l'examen actuel. Ils ne sont relatés dans aucun rapport précédent.

Ces attaques de panique ne sont pas mentionnées par le Dr Y. _____ qui a été son médecin généraliste pendant de nombreuses années.

Les douleurs lombaires sont apparues en 2001 environ mais n'ont pas eu d'intensité particulière si l'on en croit les arrêts maladie attestés par l'employeur. C'est en 2004 seulement qu'elles ont été la cause d'une incapacité de travail de l'ordre d'un mois. A ce moment-là le Dr Y. _____ a établi un certificat demandant un changement de poste de travail que l'employeur n'a pas été à même de réaliser. A partir de la résiliation du contrat de travail, les douleurs ont envahi tout le champ de conscience et plus aucune activité professionnelle n'a été possible malgré les quelques tentatives de réadaptation.

Progressivement, mais très lentement, les activités de Mme N. _____ ont diminué. Il suffit de comparer les descriptions des journées types entre 2008 et 2016 pour s'en convaincre. On peut

éventuellement douter des incapacités que Mme N._____ m'a indiquées mais il est malgré tout frappant de constater que ses fils se sentent aujourd'hui démunis et en désarroi face à la dégradation qu'ils ressentent de l'état de santé de leur mère. Je constate une nette différence entre la description d'une journée type dans le rapport d'expertise du Dr T._____ du 17 mai 2014 et la description que j'ai obtenue lors de mes examens. Le CMS que j'ai contacté m'a indiqué que l'évaluation des besoins de Mme N._____ avait été faite le 3 août 2016 et que l'aide au ménage avait débuté début septembre 2016.

Il y a donc une aggravation progressive de l'état de santé.

15. Capacité de travail

Du point de vue psychiatrique, les évaluations de la capacité de travail varient comme c'est malheureusement trop souvent le cas, de l'incapacité totale à la pleine capacité de travail.

Les troubles psychiques que présente Mme N._____ sont frustes et leur manifestation symptomatologique n'est pas patente. Mais Mme N._____ indique que ces troubles psychiques étaient déjà présents lorsqu'elle travaillait au [...] avant son arrêt de travail puis sa rupture de contrat. Ils ne présentaient pas alors une incapacité de travail et on pourrait tout au plus considérer qu'ils représentaient une légère diminution du rendement.

A ses troubles psychiques sont venues s'ajouter des douleurs, d'abord lombaires puis cervicales puis qui se sont d'une certaine manière généralisées et qui ont justifié un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Progressivement l'ensemble de cette symptomatologie s'est aggravée malgré tous les traitements mis en place et que Mme N._____ a suivis. Je considère qu'actuellement Mme N._____ n'a plus de capacité de travail en raison de l'ensemble de cette pathologie. Elle n'a plus les ressources nécessaires à surmonter ses douleurs et n'est plus à même de faire les efforts nécessaires pour reprendre une activité ménagère élémentaire et encore moins une activité professionnelle.

Je n'ai pas d'arguments pour remettre en cause l'évaluation de la capacité de travail qu'avait faite le Dr T._____ dans son rapport d'expertise du 17 mai 2014. J'estime que l'état de santé de Mme N._____ s'est progressivement aggravé au fil du temps sans qu'il soit possible de déterminer de manière précise une rupture. Néanmoins l'intervention du CMS est un indice « objectif ». J'estime qu'il y a toujours un certain retard entre l'aggravation de l'état de santé et l'intervention du CMS. Je propose donc de considérer que depuis le début de l'année 2016, Mme N._____ n'a plus disposé des ressources nécessaires pour surmonter ses douleurs. »

Répondant aux questions qui lui ont été posées, le Dr P._____ a précisé encore que la recourante ne présentait pas de trouble de la personnalité, ni traits de personnalité pathologiques, qu'il n'y avait pas de signes importants d'exagération des symptômes ni de signes pouvant évoquer une simulation. La recourante avait peu de ressources

psychiques, mentales et sociales. Elle vivait dans un monde clos, sans contact avec l'extérieur et son champ de conscience était habité par ses douleurs. Elle n'avait plus aucune activité de loisir ni activité physique. Elle n'avait aucun contact hormis avec sa famille proche. Elle présentait des limitations moyennes à importantes dans l'ensemble des fonctions psychiques et dans quasiment tous les domaines. D'un point de vue psychiatrique, elle ne pouvait plus supporter le stress et les exigences de rendement, ni travailler dans une activité exigeant des contacts sociaux ou en groupe, ni encore prendre d'initiative spontanée ou gérer elle-même son activité ; elle devait en outre pouvoir interrompre son activité en cas d'attaque de panique.

L'OAI a maintenu sa position dans ses déterminations du 19 janvier 2017.

La recourante s'est déterminée les 25 janvier et 6 mars 2017, soutenant que l'évaluation de son état de santé pendant la période litigieuse devait se fonder sur les rapports de ses médecins traitants.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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.

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 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'assurance-invalidité, singulièrement le droit à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée le 19 juin 2013.

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3 ; 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4).

c) En l'occurrence, il sied d'examiner le bien-fondé de la décision de l'OAI du 15 septembre 2014 au regard de la situation médicale prévalant à cette époque. Dès lors, il n'y a dans ce contexte pas lieu de prendre en compte l'incapacité de travail présente depuis début 2016, objectivée par le Dr P._____, laquelle est postérieure à la décision litigieuse.

3. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité

d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

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

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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.

c) Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être

examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

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. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente

d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.).

b) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, 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 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

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 ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il faut établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1, 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 et 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b et les références ; TF

9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1, 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

5. En l'occurrence, il s'agit de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé entre la décision de l'OAI du 13 juillet 2011, fondée sur un examen rhumato-psychiatrique du SMR du 27 octobre 2008, et la décision attaquée.

a) En ce qui concerne les lombalgies et cervicalgies, il ne ressort pas des pièces médicales qu'il y ait eu une aggravation de ces atteintes depuis la dernière décision et la recourante ne le fait d'ailleurs pas valoir.

b) Sur le plan purement psychique, le SMR et le Dr P. _____ ont posé le diagnostic de trouble de l'humeur persistant (F34.8 et F34.9), lequel était en rémission selon le SMR. Le Dr T. _____ a quant à lui retenu le diagnostic de trouble dépressif probablement récurrent, épisode actuel compensé à niveau léger (F32.0) et à titre de diagnostic différentiel, celui de dysthymie/dysphorie, qui est également classé dans les troubles de l'humeur (affectifs) persistants (selon CIM 10 - F34.1). La dysthymie/dysphorie est définie comme un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger. De son côté, le psychiatre traitant estime que sa patiente souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3).

Outre que les diagnostics posés par les deux experts et le médecin traitant ne s'avèrent pas antinomiques mais sont seulement caractéristiques des appréciations nuancées de l'état de santé psychique d'une personne en fonction de l'anamnèse et des observations objectives lors de l'examen clinique, il sera rappelé que ce n'est pas le diagnostic en tant que tel qui fait l'incapacité de travail, mais l'appréciation des

limitations fonctionnelles objectives. Or, le Dr T. _____ et le Dr P. _____ se rejoignent sur le fait que les troubles de l'humeur présentés par la recourante ne sont pas incapacitants, sous réserve de la conclusion de l'expert judiciaire relative à l'incapacité de travail dès le début de l'année 2016, fondée sur des éléments factuels nouveaux, inconnus de l'expert administratif. Ces deux avis experts, au demeurant appuyés par le SMR, doivent manifestement l'emporter sur l'appréciation du psychiatre traitant. Plus particulièrement, le Dr P. _____ rapporte la difficulté d'obtenir des indices objectifs des plaintes psychiques exprimées par l'assurée et détaille les raisons pour lesquelles les critères diagnostics d'un trouble dépressif récurrent ne sont pas réalisés : la recourante évoque des troubles du sommeil avec cauchemars mais sans description vivante de ces cauchemars, elle ne présente pas de trouble de l'appétit, se plaint de troubles de la mémoire tout en pouvant raconter son histoire de vie avec force détails, dit avoir des idées suicidaires mais n'évoque pas de tristesse, ni ne présente de ralenti psychique. Son appréciation emporte la conviction. Au surplus, la recourante n'a pas apporté de nouveaux éléments médicaux à l'appui de ses déterminations sur l'expertise judiciaire.

Le psychiatre traitant retient également un état de stress post-traumatique (F43.1) ainsi que des difficultés liées à l'exposition à une catastrophe, une guerre et d'autres hostilités (Z65.5). Cependant, tant le Dr T. _____ (expertise p. 17-18 et 21) que le Dr P. _____ (expertise p. 14-15) expliquent de manière convaincante pourquoi un tel diagnostic ne peut pas être retenu. Il convient d'attribuer une pleine valeur probante à ces avis motivés et concordants.

Le Dr P. _____ pose encore le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01). Il ressort du rapport d'expertise du Dr T. _____ que l'assurée évoquait des phobies de la foule et du bruit ainsi qu'une anxiété en situation sociale ; l'expert observait une sociabilité diminuée et il décrivait par ailleurs des comportements qui auraient peut-être pu l'amener au diagnostic d'agoraphobie s'il avait disposé de plus d'éléments anamnestiques. Quoi

qu'il en soit, dans la mesure où le Dr P. _____ précise que l'état de santé de l'assurée s'est progressivement aggravé au fil du temps et qu'il n'a pas d'arguments pour remettre en cause l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr T. _____, il y a lieu de conclure que la recourante ne présentait pas encore d'atteinte incapacitante à cette époque.

Finalement, le diagnostic de difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (Z61.6), retenu par le SMR et le psychiatre traitant, et celui de processus d'invalidation avancé posé par le Dr T. _____ ne constituent pas, de par leur nature, des troubles incapacitants.

c) Au niveau psychosomatique, les douleurs présentées par l'assurée ont été classées comme un syndrome douloureux musculo-squelettique évoquant une fibromyalgie par le SMR en 2008, puis comme un syndrome douloureux somatoforme par les Drs T. _____ et P. _____. Le psychiatre traitant n'en fait quant à lui pas du tout mention.

Au cours des dernières années, la jurisprudence a dégagé 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 (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 49). Selon la jurisprudence applicable à l'époque où l'expertise du Dr T. _____ a été réalisée, une telle atteinte était présumée ne pas entraîner d'incapacité de travail durable (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait en effet une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2, cf. aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8).

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a

notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 p. 291 ss et 3.5 p. 294) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4 p. 296). Il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a 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 – respectivement d'une affection psychosomatique comparable – au sens de la classification sont réalisées. 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.

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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7).

Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2).

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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

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 (inévitabile) 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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

Lors de son expertise, le Dr P._____ a examiné la situation de la recourante au regard de ces nouveaux critères jurisprudentiels. Il a tout d'abord confirmé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux précédemment posé par le Dr T._____, précisant qu'il n'y avait pas de signes importants d'exagération ni de signes pouvant évoquer une simulation. Il a indiqué que l'assurée avait suivi tous les traitements prescrits et qu'elle ne présentait pas de troubles de la personnalité. Il a souligné la diminution des ressources de la recourante, au niveau psychique, mental et social, relevant la diminution progressive de ses activités entre 2014 et 2016. Il a estimé que l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr T._____ n'était pas contestable, mais qu'en raison d'une aggravation progressive des troubles psychiques dans leur ensemble, la capacité de travail de l'assurée était désormais nulle. Il ressort ainsi de l'analyse du Dr P._____, faite en application de la nouvelle jurisprudence, qu'au moment où la décision attaquée a été rendue, l'assurée présentait déjà un trouble somatoforme douloureux, mais qu'elle possédait alors davantage de ressources. Il explique, a contrario, pourquoi cette atteinte n'avait à ce moment-là pas un caractère incapacitant, en retenant l'appel au CMS comme étant l'élément de fait objectif révélateur de la dégradation de l'état de santé de l'assurée, survenu début 2016.

d) Au vu de ce qui précède, il faut constater que l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé entre la décision de l'OAI du 13 juillet 2011 et celle du 15 septembre 2014, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante.

6. a) En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée à la dispense des frais judiciaires et aux avances de ceux-ci, ce montant de 400 fr. est laissé provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires. Celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Enfin, la recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 15 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :