

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 août 2011

Présidence de M. NEU
Juges : M. Jomini et Mme Thalmann
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

A. _____, à Avenches, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après: l'assurée), née en 1963, travaillait en qualité de nettoyeuse auprès de M._____ SA de février 2003 à fin août 2004. Le 28 décembre 2004, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle et d'une rente.

Sur le plan économique, dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 28 janvier 2005, M._____ SA a indiqué que l'assurée avait réalisé un salaire de 6'954 fr. 55 en 2003 et de 5'410 fr. 05 en 2004, qu'elle avait donné satisfaction et que l'horaire normal dans l'entreprise était de 42h par semaine.

Du point de vue médical, l'OAI s'est adressé au Dr X._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Fribourg et psychiatre traitant de l'assurée. Le 15 février 2005, il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de polyarthromyalgies dans le cadre d'une probable fibromyalgie, d'un état anxio-dépressif et d'un syndrome d'hypermobilité ligamentaire, de probable neuropathie des membres inférieurs et de tabagisme chronique, ainsi que le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique. Il a retenu une incapacité de travail entière du 17 au 21 septembre 2004 et a proposé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le Dr X._____ a également remis à l'OAI un rapport du 26 mai 2004 du Dr K._____, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales au CHUV, posant les diagnostics de polyarthromyalgies dans le cadre d'une probable fibromyalgie, d'un état anxio-dépressif et d'un syndrome d'hypermobilité ligamentaire, de probable neuropathie des membres inférieurs et de tabagisme chronique.

L'OAI s'est en outre adressé au Dr F._____, spécialiste FMH en médecine générale à Payerne et médecin traitant de l'assurée. Le 16 février 2005, ce praticien a diagnostiqué des polyarthromyalgies dans le cadre d'une probable fibromyalgie, d'un état anxio-dépressif et d'un syndrome d'hypermobilité ligamentaire, puis a retenu une incapacité de travail de 50% dès le 15 janvier 2004. Il a indiqué que l'assurée pouvait travailler à 50% comme ouvrière d'usine et s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles de sa patiente.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été soumise à un examen clinique bidisciplinaire, effectué par les Drs T._____ et D._____, respectivement spécialistes FMH en médecine interne-rhumatologie et en psychiatrie, du SMR. En date du 24 août 2005, ces médecins ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et de trait de personnalité de type histrionique, puis ceux sans répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie et de discret syndrome rotulien des deux cotés. Ils ont retenu une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée depuis septembre 2004 et ont exposé ce qui suit dans leur appréciation du cas:

"Cette assurée, dont l'anamnèse somatique personnelle est sans grande particularité, s'est mise à présenter, en 2001, simultanément, des douleurs ostéoarticulaires et des problèmes cutanés. En ce qui concerne les douleurs, elles étaient initialement centrées sur les MS [membres supérieurs] mais elles se sont rapidement étendues à l'ensemble de l'appareil locomoteur tant axial que périphérique, ne réagissant pas aux différents traitements essayés, notamment anti-inflammatoires non stéroïdiens. En raison d'une suspicion, non documentée d'ailleurs, de polyneuropathie des MI [membres inférieurs], un traitement de Neurontin semble avoir été tenté (à un dosage toutefois certainement insuffisant puisque l'assurée ne prenait que 3 x 100 mg par jour) et sans aucun effet bénéfique sur la symptomatologie douloureuse. Quant aux lésions cutanées, elles semblent avoir justifié différentes investigations non conclusives.

A relever encore que le dossier mentionne l'absence de syndrome inflammatoire et l'absence du facteur rhumatoïde.

Cliniquement, on est en présence d'une assurée en état général normal, dont l'examen est normal, tant au plan général, neurologique qu'ostéoarticulaire. Certes, il existe de petites lésions cutanées multiples avec d'importantes lésions de grattage qui

touchent même discrètement la paume de la main G mais qui n'évoquent absolument pas un psoriasis ou des lésions apparentées qui pourraient faire penser à une arthropathie en lien avec les lésions dermatologiques comme le SAPHO, par exemple. Il existe également de petites masses de la région axillaire ddc, certainement bénignes. L'examen clinique ne permet d'ailleurs pas de trancher absolument entre de petites adénopathies axillaires éventuellement en relation avec des lésions cutanées ou des hidrosadénites. La thyroïde est de taille très légèrement augmentée (chez une assurée qui se dit frileuse et en même temps excessivement transpirante) mais le status clinique évoque clairement une euthyroïdie. Le status neurologique non spécialisé n'apporte pas d'argument en faveur d'une polyneuropathie.

L'examen ostéoarticulaire est dans les limites de la norme. Certes, il existe quelques douleurs insertionnelles qui incitent à poser un diagnostic de fibromyalgie mais celles-ci sont peu nombreuses. L'examen spécialisé ne révèle aucun signe évocateur d'un syndrome d'hypermobilité articulaire puisqu'aucun des critères de Beighton n'est rempli. Il existe uniquement une très discrète désaxation externe de la rotule ddc, avec quelques douleurs lors de la mobilisation de celle-ci, qui conduisent à retenir un diagnostic de discret syndrome rotulien sans retombées fonctionnelles significatives.

En conclusion, on est en présence d'un tableau de douleurs chroniques centrées sur le système ostéoarticulaire évoluant depuis de nombreuses années sans aucune atteinte articulaire objective, ce qui permet d'exclure avec certitude une quelconque arthropathie ou spondylarthropathie inflammatoire. Le tableau évoque donc surtout une fibromyalgie. Dans un tel contexte, où les plaintes sont exclusivement subjectives, sans substrat somatique approprié, il n'y a pas de limitations fonctionnelles à retenir.

En ce qui concerne les aspects psychiatriques, il faut à nouveau rappeler que l'entretien a pu se faire seulement grâce au recours à un interprète. Ce fait, associé à une attitude globalement assez peu informative de la part de l'assurée même, a limité passablement la «robustesse» de l'évaluation clinique. Néanmoins, il nous semble que l'histoire de vie de Mme A. _____ et ses difficultés actuelles doivent être situées plutôt qu'au niveau d'un trouble dépressif récurrent, au niveau d'une difficulté d'adaptation de longue durée qui s'est exacerbée dans le courant de ces dernières années, chez une personnalité fragile qui avait manifesté déjà depuis la jeunesse, une mauvaise tolérance à la frustration associée à une tendance à passer à l'acte. En faveur d'une problématique d'adaptation parle d'abord le lien temporel entre le facteur contextuel et les difficultés psychologiques, aussi la façon dont l'assurée s'exprime par rapport à ses expériences au travail, qu'elle a toujours perçues comme trop contraignantes, et sur un plan plus clinique, la pauvreté de la symptomatologie thymique (même si sous traitement) dans l'absence de tout signe de la lignée anxieuse et d'un véritable sentiment de tristesse. Il faut ajouter que les signes de type psychomoteur tels que l'apathie et l'aboulie ont plutôt les caractéristiques d'un désinvestissement existentiel et caractériel et non pas les caractéristiques clairement végétatives du cortège symptomatologique dépressif typique.

Vu ce qui a été présenté ci-dessus, il n'y a pas de limitations fonctionnelles sur le plan somatique.

Les limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique sont représentées par un bas seuil de tolérance à la frustration, avec possibilité de passage à l'acte dans un contexte de travail trop contraignant, peu soutenant et rigide sur le plan relationnel.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Au plan somatique, il n'y a pas d'incapacité de travail à reconnaître. 20% sur le plan psychiatrique, depuis le mois de septembre 2004.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Il n'a pas évolué. Il s'agit en effet d'une problématique imbriquée avec la structure de la personnalité, *per se* donc peu susceptible de modification, à plus forte raison étant donné le trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée, associée.

Concernant la capacité de travail exigible, sur le plan psychiatrique, elle est à 100% dans une activité adaptée".

Le 27 septembre 2005, les Drs P._____ et C._____, du SMR, ont repris les diagnostics et les conclusions du rapport d'examen précité, la capacité de travail étant de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique depuis septembre 2004.

Par courrier du 16 mars 2006, le Dr X._____ a informé l'OAI que l'état de santé psychologique et physique de sa patiente s'aggravait.

Dans un rapport final du 24 mai 2006, l'OAI a retenu que l'assurée, selon l'avis du SMR, présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles psychiques. Pour les revenus avec et sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur les données de la CCT de nettoyage en 2005, soit 45'374 fr. annuel brut pour un taux de 100%.

Par décision du 31 mai 2006, l'OAI a refusé le droit à la rente. Se référant à l'examen du SMR, il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (éviter un environnement contraignant, rigide et peu soutenant), de sorte qu'il n'y avait pas de préjudice économique. L'OAI

s'est déclaré disposé à aider l'assurée à trouver l'environnement adapté à ses problèmes de santé.

L'assurée a formé opposition contre cette décision.

Dans un rapport du 20 novembre 2006, le Dr X._____ a retenu la présence de troubles dépressifs récurrents avec un syndrome somatique, justifiant une incapacité de travail compte tenu de l'absence d'amélioration malgré une médication appropriée, sa patiente étant incapable de travailler à 100% depuis le 17 septembre 2004.

Le 21 novembre 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente.

Par décision sur opposition du 24 avril 2008, l'OAI a confirmé sa position, répétant ses arguments et ajoutant que le rapport d'examen du SMR avait valeur probante et que les avis contraires des Drs X._____ et F._____, en tant que médecins traitants de l'assurée, devaient être écartés. En cas d'acceptation par l'intéressée d'une pleine capacité de travail, l'OAI s'est déclaré disposé à lui proposer une aide au placement.

B. Par acte du 27 mai 2008, A._____, agissant en personne, a fait recours contre cette décision sur opposition et a conclu implicitement à l'octroi d'une rente, se prévalant de la fragilité de son état de santé psychique et d'une maladie de la peau nécessitant des soins au service rhumatologique du CHUV.

Par décision du 4 juillet 2008 du bureau de l'assistance judiciaire, l'assistance judiciaire a été accordée à la recourante avec effet au 3 juin 2008.

Dans sa réponse du 26 septembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours, précisant n'avoir rien à ajouter à la décision attaquée.

Par réplique du 13 novembre 2008 de son mandataire, l'assurée a précisé ses conclusions dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} août 2005. Se prévalant de son droit d'être entendue, elle a contesté la valeur probante du rapport d'examen du SMR (notamment compte tenu de sa langue maternelle) et s'est appuyée sur l'avis de ses médecins traitants. Elle a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 6 janvier 2009, l'OAI a indiqué que l'avis du SMR, qui avait examiné la problématique dermatologique de l'assurée, avait valeur probante et que les opinions des médecins traitants devaient être écartées.

Une expertise judiciaire psychiatrique a été mise en œuvre auprès de la Dresse N._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Fribourg. En date du 8 octobre 2009, elle a posé les diagnostics de collagénose, lupus érythémateux, de syndrome dépressif sévère accompagné de troubles somatiques, de retard mental léger, d'insuffisance intellectuelle (QI à 63) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Elle a ensuite retenu ce qui suit:

"Le retard mental léger date depuis très probablement l'enfance, avec des difficultés scolaires, [l'assurée] n'ayant pas terminé sa scolarité, des difficultés linguistiques, une pauvreté du langage et d'expression dans sa langue maternelle.

Le lupus érythémateux a été reconnu tardivement, il y a environ 4 ans, après plusieurs prélèvements de tissus et des examens de laboratoire. Cela expliquerait l'évolution de son état de fatigue, des difficultés dans son travail et le syndrome dépressif qui a débuté entre l'année 2002-2004.

5. Appréciation du cas et pronostic

Cette patiente dont l'anamnèse somatique semble sans particularité, s'est mise à présenter entre 2001-2002 des douleurs ostéo-articulaires et des douleurs qui étaient centrées d'abord aux membres supérieurs puis se sont généralisées par la suite, ne réagissant pas aux différents traitements entrepris de type anti-inflammatoire ou stéroïdien. Il y a eu différents diagnostics posés, comme la fibromyalgie, somatisation accompagnée d'un état dépressif. Depuis 4 ans, il s'agit d'une collagénose de type lupus érythémateux avec tous les autres symptômes que la patiente avait

présentés tels que les troubles psychiques et des difficultés locomotrices.

Cliniquement, on est en présence d'une patiente en état général plutôt normal, sans grande particularité, sauf les importantes manifestations cutanées au visage, une rougeur sous forme de « papillons », des lésions cutanées qui ont été interprétées comme des séquelles d'une acné, ce qui n'est pas le cas. La patiente présente également un tableau douloureux chronique centré sur le système ostéo-articulaire évoluant depuis de nombreuses années avec une atteinte particulière objectivable.

Je rappelle que les entretiens sont toujours difficiles avec la patiente bien que cela se passe dans sa langue maternelle, vu la pauvreté de l'expression et le langage de la patiente. Elle est renfermée, repliée sur elle-même. Cette attitude et la pauvreté de l'anamnèse, les dires de la patiente, ont clairement été négatifs lors des expertises précédentes et ont mis en difficulté les experts. Ceci m'a amenée à demander un test d'intelligence qui s'est avéré très difficile; tout d'abord, cela s'est passé dans la langue française et également le résultat était très décevant, montrant un QI à 60. La recherche de poser un diagnostic, les recherches médicales et tout ce soupçon et interprétation de théâtralité, du désir d'obtenir une [rente] AI, ont renforcé son comportement de repli, de renfermement de la patiente qui fait partie déjà d'un état dépressif qu'elle présente avec toute cette symptomatologie thymique et dysthymique (bien qu'un traitement soit instauré). Elle présente des signes d'apathie, un manque de concentration, un désinvestissement existentiel et tout un cortège de symptômes dépressifs.

Le pronostic est très réservé.

B. Influence sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

- au plan physique: la fatigabilité, l'asthénie, des douleurs articulaires et dorsales.
- au plan psychique et mental: des troubles de l'humeur, une insuffisance intellectuelle (QI à 63), difficultés de la compréhension, des troubles de la concentration et de la mémoire, une fatigabilité mentale, un retrait et un contact social difficile.
- au plan social: des difficultés linguistiques dans sa langue d'origine et en français, une pauvreté d'expression, une relation interpersonnelle limitée, un évitement social, on peut presque parler d'une phobie sociale, un renfermement et un isolement.

[...]

Les troubles somatoformes et les douleurs généralisés, l'aspect physique sur le visage, dysthymie, troubles de la mémoire et de la concentration provoquent bien sûr beaucoup de difficultés dans l'exercice de ce travail et surtout le contact social et l'exécution des ordres, l'endurance au travail, la position au travail.

[...]

Oui, sur le plan psychiatrique, elle présente une diminution de rendement à 60%. Sur le plan global, certainement beaucoup plus.

[...]

La patiente était très perturbée par la non entrée en matière avec sa souffrance physique, n'étant pas reconnue pour les troubles présentés, n'ayant pas du tout de diagnostic précis et elle était très en soucis et interprétative par rapport à la gravité de son état de santé (les douleurs aux extrémités, le changement de la peau du visage, dans le corps et les manifestations cutanées qui étaient une des parties de l'apparition de la collagénose), le lupus érythémateux qui, comme nous le savons bien, est une maladie généralisée sur tout le système thématique).

En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel? Non, en tout cas pas actuellement".

Le 13 novembre 2009, sur la base de l'expertise de la Dresse N. _____ et compte tenu de la demande de rente en décembre 2004, la recourante a conclu à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} septembre 2004.

Le 25 novembre 2009, se référant à un avis médical SMR du 19 novembre 2009 des Drs S. _____ et W. _____, l'OAI a fait valoir que l'expertise précitée n'avait pas valeur probante, en raison de son contenu et d'un conflit d'intérêt avec le Dr X. _____, psychiatre traitant de l'assurée, et époux de l'expert.

C. Une expertise judiciaire médicale somatique a été effectuée par les Drs L. _____ et Q. _____, respectivement rhumatologue FMH et dermatologue vénéréologue FMH au Centre d'expertise médicale à Nyon (ci-après: CEMed). Le 29 mars 2010, ces médecins n'ont pas retenu de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail et ont retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme, de troubles statiques modérés et de lupus érythémateux cutané chronique. Dans leur appréciation (partie "synthèse et discussion" de leur rapport), ils ont notamment retenu ce qui suit:

"Sur le plan somatique, Madame A. _____ se plaint de longue date de douleurs quotidiennes pouvant concerner l'ensemble du corps. Celui-ci est douloureux au contact ou au toucher. Cela

s'accompagne de fatigue, de céphalées, de troubles digestifs correspondant vraisemblablement à un côlon irritable. Ces différents éléments se retrouvent fréquemment chez les patients souffrant de fibromyalgie.

Du point de vue objectif on constate des troubles statiques discrets. La mobilité du rachis ou des articulations des membres est en partie limitée par les douleurs. Il n'y a pas de limitation franche en rapport avec un trouble organique et il n'y a pas de signe objectif inflammatoire tel qu'arthrite ou synovite; à la palpation le corps est déclaré douloureux, mais sans que cela respecte les points algiques typiques d'une fibromyalgie selon Smythe et il n'y a pas de sursaut, de mouvement de retrait ou de protestation verbale. Dans cette situation, plutôt que de parler de fibromyalgie, on retient le diagnostic de trouble douloureux somatoforme. Quoiqu'il en soit il s'agit d'un tableau douloureux chronique sans explication organique et les conséquences quant à l'appréciation de la capacité de travail sont semblables.

Sur le plan dermatologique, il n'y a pas de piste pour un eczéma de contact allergique, pas de piste pour un psoriasis, un lichen et surtout pas de piste pour un lupus érythémateux systémique.

Le diagnostic de lupus érythémateux cutané chronique est retenu en raison de

1. lésions cutanées observées à l'époque
2. leur chronicité
3. leur relative corticorésistance
4. l'aspect histopathologique évocateur lors de la biopsie effectuée au CHUV
5. la bonne réponse au traitement de Plaquenil

Le point le plus important dans la réévaluation actuelle de ce cas est la confusion sémiologique autour du terme *Lupus*. Le terme de *collagénose* est quand à lui désuet et n'apporte pas d'élément contributif au dossier.

Le lupus est en effet une maladie immunologique avec un spectre clinique et évolutif très différent selon qu'il s'agisse d'un lupus érythémateux cutané chronique ou d'un lupus érythémateux systémique.

Le lupus érythémateux cutané chronique est une affection touchant exclusivement la peau, elle ne s'associe pas à des troubles articulaires, neurologiques ou rénaux et ne comporte pas de signe biologique inflammatoire. L'immunofluorescence directe est classiquement négative comme chez cette patiente et les anticorps anti-DNA sont absents ou à des taux très faibles. La vitesse de sédimentation, la formule sanguine, le dosage du complément sont classiquement négatifs comme chez Madame A. _____.

A l'opposé, le lupus peut induire des réactions systémiques, il s'agit alors de lupus érythémateux systémique où les lésions cutanées sont différentes avec des lésions classiques au niveau du visage de lupus (aspect en ailes de papillon) que l'on ne retrouve clairement pas dans le lupus érythémateux chronique, une photosensibilité importante, des ulcérations orales fréquentes, des arthrites, des

sérites (péricardites et pleurésies), les atteintes rénales ne sont pas rares de même que l'atteinte neurologique, l'atteinte hématologique (anémie hémolytique et/ou leucopénie) et finalement des anomalies immunitaires avec FAN positif et immunofluorescence directe positive. Ce tableau clinique de lupus érythémateux systémique se pose sur des critères très spécifiques (critères ARA) que la patiente ne présente clairement pas, à ma connaissance.

La Doctoresse N. _____ dans son expertise psychiatrique de 2009 fait la confusion autour des termes de collagénose (qui ne veut plus dire grand chose) ou de lupus érythémateux au sens large. Elle signale avoir été frappée par l'image que présentait la patiente lorsqu'elle était tendue avec *des rougeurs en forme de papillon sur le visage*. Or ces lésions n'ont jamais été observées, ni par nos collègues du CHUV, ni par les experts dans cette présente expertise. De plus, comme cité précédemment, ces lésions sont classiques du lupus érythémateux systémique que ne présente pas cette patiente, et au cas où les lésions surviennent dans le lupus érythémateux systémique au niveau du visage, elles persistent durant des jours et ne sont pas transitoires. De plus, en cas d'arthralgies liées à un lupus érythémateux systémique, on retrouve un syndrome inflammatoire marqué ce qui n'a jamais été observé chez cette patiente, ni à l'époque, ni actuellement. La Doctoresse N. _____ parle enfin de ses soupçons concernant les lésions faciales acnéiformes et suggère que ces lésions sont séquellaires à son lupus. Sur ce dernier sujet, il est difficile de prendre une position spécifique puisque tant les lésions acnéiques que le lupus érythémateux chronique peuvent en effet laisser des lésions séquellaires au niveau du visage. Mais la présence de cicatrices signifie que la maladie est pour l'instant contrôlée.

Sur le plan diagnostique plusieurs biopsies cutanées ont été nécessaires pour retenir ce diagnostic de lupus érythémateux cutané chronique. Actuellement tant l'examen histopathologique cutané (bien que pas complètement spécifique) que la négativité de l'immunofluorescence directe cutanée, l'absence de facteurs antinucléaires ou d'un syndrome inflammatoire et enfin la présence d'un bilan biologique (formule sanguine, urée, créatinine) normal permettent de retenir ce diagnostic de probable lupus érythémateux cutané chronique, sans signe pour un lupus érythémateux systémique. Une nouvelle biopsie ou de nouvelles investigations dermatologiques ne semblent pas utiles pour l'instant, surtout que l'évolution clinique cutanée est très positive.

Par contre, dès lors qu'un premier grand bilan est négatif, on estime que 5 à 10% des patients risquent au cours des années de développer une maladie systémique (habituellement peu grave). Ceci justifie la surveillance biologique et clinique de la patiente comme prévue par la clinique de dermatologie du CHUV. Cependant, dans de nombreux cas, la maladie peut également devenir inactive (après environ 5 ans chez 40% des patients).

Le lupus érythémateux cutané chronique est traité classiquement par l'usage de corticostéroïdes topiques et au cas où les lésions n'y répondent pas, un traitement systémique doit alors être envisagé. Le premier choix est l'usage de Plaquenil (Hydroxychloroquine). C'est le traitement qui a été mis en route par nos collègues du CHUV

avec un clair succès reconnu tant par la patiente, que par l'équipe médicale traitante.

Le lupus érythémateux cutané chronique est actuellement stabilisé. Il n'y a aucune lésion active ce jour.

Synthèse et conclusions:

Sur le plan somatique, on retient un tableau de douleurs chroniques diffuses accompagnées de céphalées, troubles du sommeil et troubles digestifs fonctionnels. Il n'y a pas de pathologie organique permettant d'expliquer ce tableau et surtout cela ne correspond pas à un lupus érythémateux systémique.

La situation évoque un syndrome douloureux somatoforme, plus qu'une fibromyalgie. Du point de vue somatique il n'y a pas de limitation fonctionnelle et la capacité de travail est préservée quelle que soit l'activité envisagée.

Sur le plan dermatologique, Madame A. _____ présente à ce jour uniquement les séquelles d'un lupus érythémateux cutané chronique. Il n'y a aucune justification à une incapacité de travail. La plupart des patients souffrant d'un lupus érythémateux cutané, même plus important, poursuivent une activité adaptée sans grande limitation dans leur vie personnelle ou professionnelle.

L'affection cutanée ne limite aucune activité particulière spécifique, puisqu'il ne s'agit pas d'une affection allergique. Il n'y a donc pas lieu d'exclure la patiente de certaines activités comme on le fait en cas d'eczéma de contact allergique ou irritatif.

En revanche, du fait que le lupus érythémateux cutané chronique est une affection qui peut être déclenchée par les ultraviolets, Madame A. _____ devrait éviter une activité en milieu extérieur, exposée aux rayonnements ultraviolets.

Par contre cette affection cutanée étant potentiellement à risque de récidiver, il est fondamental qu'elle soit régulièrement suivie par la Clinique de Dermatologie du CHUV qui doit s'assurer de la poursuite du traitement systémique et de sa bonne tolérance.

Remarques:

Le dossier a été discuté dans notre colloque multidisciplinaire habituel, en présence notamment de psychiatres. Il s'avère que l'expertise de la Doctresse N. _____ nécessite quelques commentaires [...].

Réponses aux questions de l'Assurance Invalidité

[...]

Limitations des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

Sur le plan physique
Il n'y a pas de limitation objective.

Il faut seulement porter attention au fait que la dermatose récidivante peut se voir aggravée par des facteurs variés comme les ultraviolets principalement, mais également par la prise de certains médicaments. Il conviendra donc d'être très attentif chez cette patiente lors de prescriptions de nouveaux médicaments, à ne pas déclencher une poussée de lupus (spironolactone, hydrochlorothiazide, inhibiteur de l'enzyme de conversion par exemple).

Ceci ne justifie cependant pas une incapacité de travail, ni une diminution de rendement.

[...]

Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)? 100%".

Dans ses déterminations du 4 mai 2010, la recourante a relevé que l'expertise du CEMed, qui s'écartait des conclusions de la Dresse N. _____ et ne tenait pas compte de la jurisprudence au sujet du caractère invalidant en cas de troubles somatoformes douloureux, était dénuée de valeur probante.

En date du 6 mai 2010, l'OAI a confirmé ses conclusions tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Le 28 mai 2010, la recourante a requis l'interpellation de la Dresse N. _____, le cas échéant avant de mettre en œuvre une nouvelle expertise, par un expert maîtrisant le croate.

Le 21 juin 2010, répondant à une demande d'explications complémentaires du juge instructeur, la Dresse N. _____ a notamment indiqué ce qui suit:

"Lors de mes observations, j'ai constaté ce lupus érythémateux systématisé alors qu'il est vrai que je ne suis pas une spécialiste dans ce domaine [...]. En tant que spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il faut s'imaginer comment une personne souffrant de troubles de la personnalité puisse vivre tous ces examens effectués chez elle sans qu'on puisse déterminer exactement la cause et de la souffrance vécue sur le plan somatique, psychosomatique et psychique, alors qu'on parle d'un lupus érythémateux chronique probable... A noter que la patiente a été traitée longtemps avec de la cortisone et on a trouvé qu'il n'y avait pas de résultat favorable, mais malgré tout, les marques sur le

visage étaient considérées comme de l'acné juvénile dès le début du traitement.

En tant que spécialiste en psychiatrie, je peux comprendre comment cette patiente a dû vivre tous ces différents traitements sur le plan physique sans qu'on pose clairement un diagnostic, ni sur le plan somatique, ni psychosomatique et psychiatrique.

Les tests de psychologie ont été réalisés en français. Cette patiente a travaillé en Suisse et elle parlait en français et elle se trouve ici depuis une vingtaine d'années. Ils ont montré un QI entre 60 et 63, ce qui confirme mes observations cliniques.

Je pense qu'il n'est pas possible de faire une séparation claire entre physique et psychique et si cela arrange les instances et les experts pour ne pas reconnaître cet handicap physique et psychique de la patiente, cela relève d'un autre domaine et cela n'a rien à faire avec le mandat pour lequel j'ai été appelée et que j'ai fait un diagnostic à la légère. On peut éventuellement demander des tests dans la langue maternelle et je suis sûre que les résultats vont être confirmés. Le fait qu'il s'agisse d'un retard mental léger expliquerait aussi le comportement de la patiente face à sa problématique somatique et psychosomatique, ce qui a entraîné encore une plus grande difficulté d'adaptation et qui, en aggravant le syndrome dépressif confirme son incapacité de travail.

[...]

Quant à la question du lien avec le Dr X. _____, il s'agit de mon mari et effectivement, nous travaillons dans le même cabinet médical mais nous avons chacun notre propre consultation psychiatrique. Je ne connaissais donc pas Madame A. _____ avant d'avoir été mandatée pour cette expertise".

Le 5 août 2010, la recourante a relevé que les réponses de la Dresse N. _____ étaient incomplètes et a réitéré sa demande tendant à ce qu'un nouvel expert psychiatre maîtrisant le croate soit désigné.

Par courrier du 23 août 2010, le juge instructeur a indiqué que la recourante ne pouvait exiger de faire l'objet d'une expertise médicale dans sa langue maternelle, mais qu'elle disposait par contre du droit d'être assistée par un interprète.

Une audience d'instruction a eu lieu le 12 octobre 2010, lors de laquelle la recourante, par son conseil, a été entendue s'agissant des incidents de procédure soulevés, puis rendue attentive à son devoir de collaboration.

D. Une nouvelle expertise judiciaire psychiatrique a été mise en œuvre, auprès du Dr M._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Sion, avec le concours d'un interprète. Le 18 décembre 2010, ce médecin a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif majeur (état actuel moyen), sans retenir d'incapacité de travail. Il a exposé ce qui suit dans son appréciation finale:

"L'assurée est une ressortissante croate de 47 ans, séparée, mère de deux grandes filles qui ont pris leur autonomie et grand-mère de quatre petits-enfants. Elle dit garder de bons contacts tant avec sa famille nucléaire qu'avec sa famille d'origine.

Les antécédents n'ont rien de particulièrement traumatique, d'après les informations à disposition. L'expertisée relate un développement et une scolarité sans difficulté majeure. Elle a par la suite participé aux tâches familiales avant de se marier jeune et de s'occuper de ses enfants.

Le parcours professionnel en Suisse est tout de même chaotique. Il y a de nombreux emplois et des périodes de chômage. L'assurée semble n'avoir jamais pu ou voulu se stabiliser dans une activité professionnelle fixe. Le dernier employeur donne pourtant d'excellents renseignements.

Sur le plan personnel, le couple de Mme A._____ est allé à vau-l'eau dans le contexte d'un époux décrit comme alcoolique et verbalement violent.

L'anamnèse dirigée retient un tentamen à l'âge de 22 ans dans le contexte de conflits familiaux.

C'est au début des années 2000 que Mme A._____ a présenté un tableau de douleurs de l'appareil locomoteur mal expliqué par les bases organiques objectives. Elle a par ailleurs présenté un lupus cutané vécu comme très inquiétant et grave. La problématique dépressive s'est progressivement imposée. Mme A._____ a arrêté son travail et dit n'avoir plus jamais repris d'activité lucrative depuis 2003.

L'assurée a été mise au bénéfice des investigations et des traitements habituels dans un tel cas. Elle a été adressée à des spécialistes. Elle a été confiée par son médecin traitant à un psychiatre et psychothérapeute FMH.

Objectivement, la situation semble s'être stabilisée. L'expertisée rapporte quant à elle une aggravation continue de sa symptomatologie tant physique que psychique.

Appréciation diagnostique

[...]

- Trouble dépressif

[...]

Dans le cas présent, l'assurée rapporte effectivement la tristesse et la fatigue anormales, la plupart du temps, tous les jours et maintenant depuis de nombreux mois. La perte d'intérêt et du plaisir n'est pas permanente.

Elle relate aussi la diminution de la confiance en soi, les difficultés à penser et à se concentrer et les troubles du sommeil. L'assurée est légèrement ralentie.

On n'a par contre pas des éléments de sévérité de la dépression que sont la culpabilité pathologique, les idées suicidaires récurrentes, et dans une moindre mesure, la diminution de l'appétit avec la perte de poids.

La présentation de l'assurée n'est pas manifestement en discordance avec ses plaintes. On doit dès lors retenir *l'épisode dépressif*. Celui-ci doit être qualifié de gravité moyenne et pas plus, dans la mesure où on applique les critères de la CIM-10. Ce degré de sévérité est d'ailleurs corroboré par le résultat de l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton du 09.12.2010.

L'histoire de l'assurée parle plutôt contre une récurrence, dans la mesure où ce qui s'est passé vers l'âge de 22 ans relève plus d'une crise que d'un véritable épisode dépressif. La récurrence doit par conséquent être écartée. Pour le soussigné, on est ici face à un trouble affectif comorbide au trouble somatoforme et qui varie en intensité depuis le début des années 2000, sans qu'il y ait eu de véritable rémission.

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

Au terme de ce raisonnement diagnostique, on doit par conséquent retenir le trouble dépressif majeur (état actuel moyen), selon la terminologie du DSM-IV-TR Cette appréciation diagnostique rejoint celle du médecin psychiatre traitant, tout en sachant que le soussigné ne retient pas la récurrence.

Le Dr X._____, médecin traitant de l'assurée, note par ailleurs le code 33.11 avec un "1" final qui ajoute à l'épisode dépressif la qualification controversée de syndrome somatique. Ce syndrome somatique vaut pour les situations de perte de poids, de ralentissement, de réveil matinal précoce, etc. On n'en a plus les critères actuellement. Le soussigné est formel sur ce point. Il ne note dès lors pas cette caractéristique de l'épisode dépressif de Mme A._____ en l'état actuel de la présentation de cette assurée.

L'appréciation diagnostique du soussigné sur ce plan s'écarte du *trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée* notée dans l'évaluation bidisciplinaire du SMR Léman. Avec l'évolution 5 ans plus tard et au vu de ce qu'il a observé, le soussigné considère, d'une part, qu'on est dans une situation où le tableau dépressif est tout de même plus sévère que ce que désigne un simple trouble de l'adaptation. Sept ans après l'émergence de la pathologie actuelle,

le caractère *réactionnel* à un facteur de stress, quel qu'il soit, doit d'autre part nécessairement s'estomper. Pour ce seul motif, le trouble de l'adaptation doit être écarté. Le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée est d'ailleurs limité à deux ans par les ouvrages diagnostiques de référence. Il ne peut plus être retenu aujourd'hui. Au vu de ce qu'apportent les enseignements de l'évolution actuelle, on doit admettre que l'assurée présentait alors un épisode dépressif en rémission partielle plutôt qu'un trouble de l'adaptation.

Sur le plan des troubles affectifs, Mme le Dr N._____, médecin expert judiciaire, retient un *syndrome dépressif sévère accompagné de troubles somatiques (F32.2) et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43. 21)*.

Le soussigné a rapporté plus haut que le *trouble de l'adaptation* doit être écarté, d'autant plus qu'il n'est pas autorisé de cumuler un diagnostic de trouble de l'adaptation à un trouble spécifique du même registre, tant pour le DSM-IV-TR que pour la CIM-10.

Dans la mesure où l'experte N._____ note le code diagnostique F32.2, on doit bien admettre qu'elle a voulu retenir un *épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques*, même si le libellé diagnostique de cette consoeur s'écarte de celui de nos ouvrages de référence.

L'épisode dépressif sévère a ses critères très précis que le soussigné a rappelés plus haut de façon détaillée. Il a lu et relu l'entier de l'expertise du 08.10.2009 ainsi que le rapport psychologique du 05.10.2009 et la prise de position de l'experte N._____ du 21.06.2010.

Après une lecture attentive de ces trois documents, le soussigné ne trouve que 2 critères cardinaux avec différentes dénominations (tristesse, fatigue anormale), sans qu'on sache s'ils ont un caractère permanent. La baisse de l'intérêt et du plaisir n'est pas explicitement mentionnée.

Dans les critères secondaires, on retrouve la diminution de l'estime de soi (pas à la hauteur), l'insomnie, le ralentissement et les difficultés à penser et à se concentrer. Il n'y a pas la notion d'idées suicidaires récurrentes ni de récent passage à l'acte à l'époque. L'experte N._____ déclare que ces idées sont "souvent" présentes. Elle relate que l'accompagnement psychiatrique a diminué les idées destructrices de l'assurée.

Sachant que l'assurée rapporte néanmoins au soussigné du plaisir et de l'intérêt à certaines choses de la vie (enfants, petits enfants) et qu'elle chiffre la fréquence des idées de mort à une fois par mois environ, il paraît difficile d'admettre les critères "perte de plaisir" et "idées suicidaires", même si Mme A._____ a pu être plus gravement déprimée lors de l'expertise du 08.10.2009.

En appliquant scientifiquement les règles des ouvrages de référence et avec 2 critères cardinaux et 4 secondaires, l'assurée n'avait pas d'épisode dépressif sévère en automne 2009. Il n'en a d'ailleurs jamais été explicitement retenu au dossier, sauf dans l'expertise du

08.10.2009. L'épisode dépressif était vraisemblablement de gravité *moyenne ou modérée*.

- Syndrome douloureux somatoforme persistant

[...]

Dans le cas présent, l'assurée se plaint de douleurs touchant l'appareil locomoteur et qui n'ont pas trouvé un socle organique suffisant à les expliquer. Celles-ci sont manifestement la préoccupation principale de l'assurée. Le contexte de détresse psychologique ne fait guère de doute, sachant qu'il force le diagnostic de dépression. Ce tableau de plaintes douloureuses dure depuis des années. [...]

La pathologie dépressive de l'assurée n'est pas suffisamment sévère ni typique pour qu'elle doive écarter le syndrome douloureux somatoforme persistant. Elle est d'ailleurs apparue après les plaintes douloureuses chroniques, la situation de crise avec tentamen des débuts de l'âge adulte ne valant certainement pas pour un véritable épisode dépressif, déjà au vu de l'évolution favorable qui a suivi. On n'a pas davantage de trouble psychotique ou schizophrénique. Il n'y a pas de motifs à retenir un autre trouble somatoforme. Bref, il n'y a pas ici les critères d'exclusion habituellement retenus lorsqu'on envisage de diagnostiquer une entité du chapitre des troubles somatoformes.

Au vu de ce qui précède, le soussigné retient un syndrome douloureux somatoforme persistant. Cette prise de position diagnostique rejoint celle des experts du CEMED de Nyon. Elle rejoint celle de la plupart des intervenants au dossier, sachant que le vocable de fibromyalgie peut être ici assimilé à ce que désigne le syndrome douloureux somatoforme persistant.

- Autres pathologies psychiatriques

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

L'assurée a fonctionné tant bien que mal jusqu'aux faits qui nous préoccupent. Il y a certes la notion d'un tentamen à 22 ans. Il y a certes la notion d'un certain degré d'instabilité professionnelle. On n'a pourtant pas d'arguments pour un dysfonctionnement massif depuis des années. L'assurée garde de bonnes qualités relationnelles. Son réseau social est étayé. Les choses se passent bien dans sa famille. Pour le soussigné, il n'y a dès lors pas les critères d'un véritable trouble de personnalité. Le médecin psychiatre traitant n'en retient d'ailleurs pas. Mme le Dr N. _____ n'en diagnostique pas davantage dans son rapport d'expertise.

On peut néanmoins admettre des traits de personnalité pathologiques. Le soussigné retient quant à lui des difficultés à verbaliser les émotions et à les communiquer, comme l'a d'ailleurs fait l'experte N. _____. Les collègues du SMR Suisse romande ont noté les traits histrioniques et un bas seuil de tolérance à la

frustration. Il s'agit pourtant de traits et non d'un trouble de personnalité.

La question du trouble retard mental doit [...] se régler par la simple appréciation clinique. Les tests psychologiques ad hoc ne sont pas fiables ici. Nombre de psychologues se refusent de faire passer le QI verbal chez les sujets n'ayant pas d'excellentes compétences dans la langue de l'examen psychologique. Il n'est dès lors pas étonnant que l'assurée obtienne un résultat déficitaire dans cette partie de l'examen.

Il faut aussi souligner que la psychologue qui a effectué les tests met elle-même en garde sur la façon de les interpréter. Elle commente le résultat obtenu en écrivant que "cependant", l'évaluation s'est révélée très difficile en raison de la barrière de la langue française. Pour le soussigné on doit tenir compte de cette remarque de la spécialiste en cause.

L'histoire clinique parle aussi contre un retard mental ayant des conséquences dans le fonctionnement de la vie de tous les jours. L'assurée dit avoir effectué toute sa scolarité et dit l'avoir terminée, contrairement à ce qu'elle paraît avoir relaté au cours de l'expertise du 08.10.2009. Elle ne rapporte qu'un échec scolaire en septième. Elle dit qu'elle n'était pas particulièrement mauvaise élève et qu'elle se situait dans la moyenne. Elle sait lire et écrire. Elle dit d'ailleurs lire régulièrement des magazines. Elle a su faire des calculs simples en présence du soussigné. L'assurée effectue enfin de bons liens logiques. Elle construit relativement bien sa ligne de défense de ce qu'elle pense être son droit inaliénable aux prestations de l'assurance invalidité.

Pour le soussigné, la présentation clinique n'a pas paru être celle d'un retard mental. On s'étonnerait d'ailleurs que le médecin psychiatre traitant qui suit Mme A. _____ depuis plusieurs années dans sa langue maternelle n'ait pas mentionné la chose dans ses rapports médicaux, si le problème d'intelligence avait été manifeste et signifiait des limitations indéniables.

Le diagnostic de retard mental ne repose enfin pas sur la seule mesure du QI. Le DSM-IV-TR par exemple, complète la définition du trouble en précisant que le tableau clinique comprend des déficits concomitants ou des altérations du fonctionnement adaptatif concernant au moins deux des secteurs suivants: communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité. Le trouble doit s'être manifesté avant l'âge de 18 ans.

S'il y a des indices en ce sens dans le cas de Mme A. _____, le soussigné n'est pas persuadé que ces déficits et ces altérations du fonctionnement soient particulièrement marqués chez une personne qui a tout de même travaillé normalement pendant des années et sur laquelle le dernier employeur donne d'excellents renseignements.

En considérant les choses dans leur ensemble, le soussigné est quant à lui convaincu que l'assurée est peut-être du niveau d'une

intelligence limite et qu'elle ne présente pas le *trouble* retard mental léger.

Appréciation assécurologique

[...]

- Appréciation clinique

En premier lieu, il convient d'effectuer une appréciation clinique de cette situation. L'assurée est certainement souffrante. Pour le soussigné, elle s'est montrée authentique. L'expert n'a pas eu l'impression d'une majoration consciente de la symptomatologie qu'elle soit physique ou psychique. L'assurée se vit comme gravement malade et invalide et est convaincue de son droit à des prestations en conséquence.

Au vu de ce qui a pu être noté au dossier, l'expertisée a étonné par sa bonne tenue. Elle s'est montrée digne. Il n'y a pas eu de manifestations de souffrance psychique excessive. Elle a communiqué correctement avec l'interprète et le soussigné. Elle a pu sourire. Elle a pu se montrer fugacement amusée aux situations qui s'y prêtaient et répondre positivement à l'humour.

L'expertisée garde de bonnes capacités relationnelles, même si elle ne verbalise pas facilement les émotions. Elle s'est montrée touchée lorsque l'examineur montrait de la sollicitude et de la patience. Elle a su gratifier l'interprète de compliments sur la qualité de son travail.

Mme A. _____ présente certes un tableau douloureux chronique. Elle se vit comme invalide. Il n'est pas exclu que les lésions cutanées objectives aient été appréhendées par elle comme une grave menace, sachant aussi que les investigations n'ont pas immédiatement abouti à un diagnostic. L'expertisée est aussi pauvre en qualités adaptatives. Elle s'est mal intégrée en Suisse, n'ayant pas acquis la langue française après près de vingt ans dans le pays.

On est pourtant bien loin des grandes pathologies psychiatriques que seraient une dépression sévère avec caractéristiques psychotiques, une psychose schizophrénique ou une démence dégénérative de type Alzheimer, par exemple. Globalement, Mme A. _____ n'a pas la présentation d'une malade psychiatrique gravissime dont l'incapacité de travail ne ferait aucun doute.

- Points nécessitant un examen particulier

[...]

La comorbidité psychiatrique n'a pas ici des caractères d'acuité de chronicité qui devraient la faire prendre en compte en soi. L'assurée présente une pathologie affective. Son peu de sévérité a fait noter un simple trouble de l'adaptation à plusieurs reprises au dossier.

Avec le temps qui a passé et avec un tableau clinique devenu plus caractéristique, le soussigné pense qu'on doit retenir l'épisode

dépressif. Celui-ci a varié en intensité: moyen ou modéré, léger, en rémission au moins partielle. Pour le soussigné le degré sévère n'a jamais été atteint et maintenu sur la durée. La dépression de l'assurée n'a jamais pris les caractéristiques et la sévérité qui devrait la faire considérer séparément de ce que désigne déjà le syndrome douloureux somatoforme persistant en termes de limitations et d'incapacité de travail.

[...]

Dans le cas présent, l'assurée garde un réseau social consistant. Elle conserve de bons contacts avec sa famille d'origine et sa soeur en particulier. Elle garde des liens étroits avec ses filles et ses petits-enfants. Elle a deux amies intimes et proches qu'elle rencontre régulièrement. L'une d'entre-elles l'a accompagnée aux consultations d'expertise à Sion. Au vu de ces observations, on ne peut pas parler ici de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

En passant en revue les autres points à considérer en cas de trouble somatoforme, on constate que l'assurée ne présente pas d'affection corporelle chronique *grave* et nécessitant un traitement continu. L'expertise CEMED est claire sur ce point. L'expertisée présente un lupus érythémateux cutané chronique. La fibromyalgie est prise en compte par ce que désigne le syndrome douloureux somatoforme persistant.

On peut par contre admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de l'assurée durent depuis des années. On peut aussi admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, sachant que Mme A. _____ est au bénéfice d'un traitement adéquat pour sa situation et qu'elle semble prendre correctement ses médicaments.

Certains douloureux chroniques ont une présentation figée et cristallisée qui les rend immédiatement reconnaissables. On sait que rien ne change, quoi qu'il se passe. [...]

Dans le cas de Mme A. _____, on n'est pas face à une telle situation. L'assurée reste vive. Elle est réactive. Elle suit bien le focus de l'entretien. Elle module ses affects en conséquence. Elle fait des liens entre le passé et le présent. Elle reste active dans les échanges de deux consultations. On n'est certainement pas ici dans la situation dite figée ou cristallisée où on sait que plus rien ne va se modifier quoi qu'on tente de mettre en place en termes de mesures biosychosociales.

Au vu de tous ces arguments et sur le plan strictement psychiatrique, le soussigné ne saurait retenir d'incapacité de travail dans ce cas. D'un point de vue médico-théorique, l'assurée devrait être à même de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein.

Sur le plan du traitement, le soussigné n'a rien à proposer de plus pour cette assurée. Avec le suivi de médecine générale et de psychiatrie et psychothérapie, Mme A. _____ bénéficie d'une prise en soins optimale tant en qualité qu'en quantité.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez une personne qui se vit comme totalement invalide et qui n'a aucune demande en ce sens. Si elle y avait droit et si elle se montrait motivée pour ce faire, une aide au placement pourrait tout de même être utile chez une personne qui n'a plus réintégré le monde du travail depuis sept ans, d'après les informations à disposition.

Le pronostic est difficile à établir. Il pourrait être réservé, même si l'assurée a des ressources et si sa présentation clinique n'est tout de même pas celle d'une pathologie psychiatrique gravissime.

Conclusions

[...]

En l'état, tant l'impression clinique que l'examen des points habituellement explorés en cas de trouble somatoforme parlent contre une incapacité de travail psychiatrique. Sur un plan médico-théorique et purement psychiatrique, Mme A. _____ devrait être à même de reprendre son activité professionnelle antérieure en plein.

Le soussigné n'a pas de propositions à formuler tant sur le plan médical que professionnel, la question d'une aide au placement restant ouverte. Le pronostic pourrait être réservé, tout en notant que cette assurée conserve tout de même des ressources conséquentes".

Le 2 février 2011, se référant à l'expertise du Dr M. _____, selon lui probante, l'OAI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

Se prononçant le 24 février 2011, la recourante a nié toute valeur probante à cette expertise, compte tenu de ses problèmes d'expression dans une langue étrangère et de son faible QI, puis en a contesté les conclusions.

Interpellé, le Dr M. _____ a précisé ce qui suit dans un rapport complémentaire du 14 mars 2011:

"Au vu de ce que lui disent [les Drs X. _____ et N. _____] en qui elle a une totale confiance, l'assurée est préoccupée, voire anormalement préoccupée par ce qu'elle croit être les conséquences actuelles et futures de son lupus cutané.

L'expertise pluridisciplinaire du CEMED de Nyon, expertise qui a été réalisée après l'expertise N. _____, relativise pourtant les choses et retient un simple diagnostic de lupus érythémateux cutané chronique.

Ce diagnostic de lupus est cette fois posé par un spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie ainsi que par un spécialiste FMH en dermatologie et non pas par un médecin psychiatre, sachant que le lupus érythémateux est une affection relevant essentiellement de la médecine interne et de la dermatologie et non pas de la psychiatrie.

Les confrères du CEMED classent ce lupus cutané dans les entités diagnostiques qui n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail. On n'est donc pas en présence d'une affection corporelle chronique sévère, bien au contraire.

Le soussigné a par ailleurs retenu et discuté le trouble dépressif dont une partie pourrait être alimentée par les peurs liées au lupus. Il a par conséquent tenu compte du lupus cutané chronique de Mme A. _____ dans son évaluation.

[...]

En clair [compte tenu des critères de la CIM-10 et du DSM-IV-TR], un trouble dépressif majeur peut aussi être léger; le trouble dépressif majeur n'est dès lors pas nécessairement assimilable à une pathologie psychiatrique grave malgré son nom, ce qui répond à la détermination de l'assurée sur ce point.

[...]

Le fait que le cas A. _____ ait été complexe n'est pas en contradiction avec le fait que les conditions d'expertise aient été bonnes et que le soussigné les ait jugées suffisamment bonnes pour pouvoir conclure avec un haut degré de certitude.

En tant que médecin psychiatre expérimenté et rompu aux évaluations d'expertise depuis des années, je conteste le fait que les troubles psychiatriques de l'assurée n'aient pas permis une investigation selon les règles de l'art. Je conteste aussi le fait qu'un quotient intellectuel bas gêne l'investigation. L'assurée n'est pas venue plaider une cause. Elle est venue à un examen médical auquel elle a par ailleurs correctement collaboré.

[...]

Dans le cas présent, le soussigné avait veillé à s'assurer la collaboration d'une interprète expérimentée et de haute qualité. L'assurée a affirmé spontanément à deux reprises, quoi qu'il soit écrit dans sa détermination du 24.02.2011, que l'interprète parlait tout à fait bien sa langue et qu'elle était très satisfaite des services de cette dernière.

[...]

Le fait nouveau au dossier est que le soussigné a pu constater que Mme A. _____ parle et comprend bien la langue française".

En date du 30 mars 2011, se référant à un avis médical SMR du 23 mars 2011 des Drs S. _____ et W. _____ partageant l'avis du Dr M. _____ sur le plan médical, l'OAI a confirmé ses conclusions.

Le 26 avril 2011, la recourante a contesté l'avis du Dr M. _____, a requis son audition afin que l'on puisse apprécier son niveau de compréhension du français et a demandé que la Dresse N. _____ soit invitée à se déterminer au sujet de l'expertise du médecin précité.

Par courrier du 4 mai 2011, le juge instructeur a répondu que l'audition de l'assuré n'était pas nécessaire dès lors qu'elle avait été assistée d'un interprète lors de l'établissement de l'expertise du Dr M. _____, estimant que la cause était en état d'être jugée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent (disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La cour

des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Se prévalant d'une violation de son droit d'être entendue, grief de nature formelle, la recourante soutient que la seconde expertise psychiatrique, en l'occurrence effectuée par le Dr M._____, aurait dû être confiée à un expert parlant la langue croate et non effectuée par l'intermédiaire d'un interprète.

Sous l'angle du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale du 18 avril 1999, RS 101]) et de la liberté de la langue (art. 18 Cst.), il suffit que le justiciable, lors de son examen sur le plan médical par un expert, soit assisté d'un interprète (TFA I 657/04 du 20 octobre 2005 consid. 3.2; TFA I 313/03 du 31 mars 2004). Ainsi, le droit de ne pas subir de discrimination en raison de sa langue ne signifie pas qu'un assuré peut demander dans tous les cas qu'une expertise médicale soit conduite et rédigée dans une langue qu'il comprend. Il faut, à cet égard, s'en tenir à la règle selon laquelle seules les langues officielles de la Confédération peuvent être utilisées dans les relations avec les autorités; restent réservées les règles procédurales relatives à l'assistance d'un interprète (ATF 127 V 226 consid. 2b/bb).

En l'espèce, ces réquisits sont clairement satisfaits dès lors que le Dr M._____ s'est assuré le concours d'un interprète parlant le croate.

3. Sur le fond, le litige est circonscrit au droit de la recourante à une rente d'invalidité, prestation que lui nie l'office intimé au motif d'une capacité de travail résiduelle réputée suffisante.

a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a et les références citées; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; TF 9C_397/2007 du

14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2).

b) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

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

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations

d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

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

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1;

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

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

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations

envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) Sur le plan somatique, dans un rapport du 26 mai 2004, le Dr K. _____ a posé les diagnostics de polyarthralgies dans le cadre d'une probable fibromyalgie, d'un état anxio-dépressif et d'un syndrome d'hypermobilité ligamentaire, de probable neuropathie des membres inférieurs et de tabagisme chronique. Le Dr F. _____ a rejoint ces trois premiers diagnostics et a retenu une incapacité de travail de 50% dès le 15 janvier 2004, indiquant que l'assurée pouvait travailler à 50% comme ouvrière d'usine et se prononçant sur les limitations fonctionnelles.

En date du 24 août 2005, les Drs T. _____ et D. _____ ont retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie et de discret syndrome rotulien des deux cotés, puis une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée depuis septembre 2004. Ils ont signalé que l'assurée présentait depuis 2001 des douleurs ostéoarticulaires, s'étendant progressivement à tout l'appareil locomoteur, et des problèmes cutanés, ayant justifié différentes investigations non conclusives. Cliniquement, ils ont relevé un examen général, neurologique et ostéoarticulaire normal, sous réserve notamment de petites lésions cutanées multiples, qui n'évoquaient pas un psoriasis ou des lésions apparentées. Ils ont constaté quelques douleurs insertionnelles, peu nombreuses, et un discret syndrome rotulien sans retombées fonctionnelles significatives. Dans un tel contexte, où les plaintes sont exclusivement subjectives, sans substrat somatique approprié, ils n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles.

Dans leur expertise judiciaire du 29 mars 2010, les médecins du CEMed ont retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme, de troubles statiques modérés et de lupus érythémateux cutané chronique. Dans leur appréciation, ils ont indiqué que l'assurée se plaignait de longue date de douleurs quotidiennes pouvant concerner l'ensemble du corps, n'ont pas constaté de limitation franche en rapport avec un trouble organique ni de signe objectif inflammatoire tel qu'arthrite ou synovite. Sur le plan dermatologique, compte tenu des lésions cutanées observées, de leur chronicité, de leur relative corticorésistance, de l'aspect histopathologique et de la bonne réponse au traitement de Plaquenil, ils ont retenu un lupus érythémateux cutané chronique. Ils se sont écartés de l'avis de la Dresse N._____ au sujet du collagénose ou du lupus érythémateux au sens large et ont précisé que plusieurs biopsies cutanées, un examen histopathologique cutané et un bilan biologique normal, notamment, avaient été nécessaires pour poser leur diagnostic. Ils ont préconisé un suivi dermatologique et d'éviter une activité en milieu extérieur, exposée aux rayonnements ultraviolets, puis ont retenu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail ni de diminution de rendement et qu'une activité adaptée pouvait être exercée à 100%.

Le 21 juin 2010, la Dresse N._____ a précisé avoir constaté lors de ses observations un lupus érythémateux systématisé, compte tenu d'un traitement de cortisone sans résultat favorable et de marques sur le visage.

b) L'expertise du CEMed se fonde sur l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, un status rhumatologique et dermatologique complet, une anamnèse et les plaintes subjectives de l'intéressée, avant de retenir une appréciation et des conclusions dûment étayées s'agissant des diagnostics et de leur incidence sur la capacité de travail, de sorte qu'elle répond aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

Ainsi, sur la base des constatations des experts du CEMed, corroborées par celles des Drs T._____ et D._____ du SMR et que rien au dossier ne permet d'infirmer, il y a lieu de retenir que l'assurée présente d'importantes douleurs, notamment ostéoarticulaires, qui se sont progressivement étendues à tout l'appareil locomoteur, en l'absence toutefois de lésions organiques ou neurologiques. Sur le plan dermatologique, s'appuyant sur des explications convaincantes, un examen histopathologique cutané et un bilan biologique notamment, les experts du CEMed - et en particulier le Dr Q._____, spécialiste en dermatologie - ont retenu un lupus érythémateux cutané chronique. Sur ce point, leur avis est prépondérant par rapport à celui de la Dresse N._____, psychiatre et non pas dermatologue et dont la motivation est pour le moins sommaire, ne reposant que sur l'existence d'un traitement médicamenteux et de ses propres constatations de l'assurée. Avec les experts du CEMed, on retiendra donc que l'assurée présente, à condition d'éviter une activité en milieu extérieur exposée aux rayonnements ultraviolets, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans diminution de rendement.

5. a) Sur le plan psychique, dans un rapport du 15 février 2005, le psychiatre traitant de l'assurée, le Dr X._____, a notamment retenu un état anxio-dépressif et une incapacité de travail entière du 17 au 21 septembre 2004. Le 16 février 2005, le Dr F._____ a pour sa part signalé un état anxio-dépressif et une incapacité de travail de 50% dès le 15 janvier 2004.

Dans leur rapport du 24 août 2005, les Drs T._____ et D._____ ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et de trait de personnalité de type histrionique, ainsi qu'une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée depuis septembre 2004. Ils ont retenu que l'histoire de vie de l'assurée et ses difficultés actuelles relevaient moins d'un trouble dépressif récurrent que d'une difficulté d'adaptation de longue durée qui s'est exacerbée dans le courant de ces dernières années. Ils ont constaté la pauvreté de la symptomatologie

thymique dans l'absence de tout signe de la lignée anxieuse et d'un véritable sentiment de tristesse, les signes de type psychomoteur tels que l'apathie et l'aboulie ayant plutôt les caractéristiques d'un désinvestissement existentiel et caractériel et non pas les caractéristiques clairement végétatives du cortège symptomatologique dépressif typique. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles de bas seuil de tolérance à la frustration, avec possibilité de passage à l'acte dans un contexte de travail trop contraignant, peu soutenant et rigide sur le plan relationnel, l'incapacité de travail étant de 20% sur le plan psychiatrique depuis septembre 2004.

Dans son expertise judiciaire psychiatrique du 8 octobre 2009, la Dresse N._____ a posé les diagnostics de syndrome dépressif sévère accompagné de troubles somatiques, de retard mental léger, d'insuffisance intellectuelle (QI à 63) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Elle a constaté une pauvreté de l'expression et du langage, un test QI très difficile à mettre en œuvre et de résultat très décevant, un comportement de repli et de renfermement, des signes d'apathie, un manque de concentration, un désinvestissement existentiel et tout un cortège de symptômes dépressifs. Comme limitations fonctionnelles, elle a retenu des troubles de l'humeur, une insuffisance intellectuelle, des difficultés de compréhension, des troubles de la concentration et de la mémoire, une fatigabilité mentale, un retrait et un contact social difficile. Elle a en définitive évalué la diminution de rendement à 60% sur le plan psychiatrique. Le 21 juin 2010, la Dresse N._____ a encore précisé que le retard mental léger de l'assurée pouvait expliquer son comportement face à sa problématique somatique et psychosomatique, entraînant une plus grande difficulté d'adaptation et aggravant le syndrome dépressif et son incapacité de travail.

Cela étant, selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1, 30 al. 1 Cst. et 6 para. 1 CEDH, un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité peut être écarté. Cette garantie, y compris au niveau des apparences, tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne

puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Une prévention effective n'a pas à être établie dans la mesure où la preuve d'un état intérieur est difficile à rapporter, raison pour laquelle il suffit que les circonstances donnent l'apparence d'une prévention, néanmoins fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 353 consid. 3b, 127 I 198 consid. 2b; arrêts I 742/04 du 1^{er} juin 2006, I 264/04 du 9 mai 2005). Or en l'occurrence, la Dresse N._____ s'est avérée être l'épouse du Dr X._____, psychiatre traitant de la recourante, circonstance propre à donner l'apparence de la prévention et à faire redouter une activité partielle. Il se justifiait donc d'écarter l'expertise de la Dresse N._____, indépendamment de son contenu, et de mettre en œuvre une seconde expertise judiciaire psychiatrique, en l'occurrence confiée au Dr M._____.

Le 18 décembre 2010, ce médecin a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif majeur (état actuel moyen), mais n'a pas retenu d'incapacité de travail. Il a constaté une tristesse et une fatigue anormales, une perte d'intérêt et du plaisir non permanente, une diminution de la confiance en soi, des difficultés à penser et à se concentrer, des troubles du sommeil et un léger ralentissement mais n'a pas retenu notamment de culpabilité pathologique ni d'idées suicidaires récurrentes, cette présentation justifiant un épisode dépressif de gravité moyenne selon la CIM-10, corroboré par un test de Hamilton. Compte tenu du vécu de l'assurée, il a infirmé une récurrence et un trouble bipolaire, puis retenu un trouble affectif comorbide au trouble somatoforme, sans véritable rémission. Au contraire du Dr X._____ et du SMR, il a écarté la récurrence du trouble dépressif, un syndrome somatique, respectivement un trouble de l'adaptation. Concernant l'avis de la Dresse N._____, sur la base de la CIM-10 et du DSM-IV-TR ainsi que de ses propres constatations - en particulier en l'absence des critères de perte de plaisir et d'idées suicidaires - il a retenu que l'assurée n'avait pas eu d'épisode dépressif sévère en automne 2009.

Le Dr M._____ n'a par ailleurs pas retenu d'autres pathologies psychiatriques, tel un trouble de la personnalité, malgré les difficultés de l'assurée à verbaliser ses émotions. Au sujet d'un éventuel retard mental, retenu par la Dresse N._____, il a indiqué que le test QI n'était pas fiable en raison de la mauvaise maîtrise de la langue française et que l'anamnèse ainsi que les capacités de l'expertisée, compte tenu du DSM-IV-TR, infirmaient la présence d'un retard mental léger. En conclusion, il a notamment retenu que l'assurée était certainement souffrante, mais qu'elle gardait de bonnes capacités relationnelles, qu'elle présentait certes un tableau douloureux chronique, mais qu'elle ne présentait pas d'incapacité de travail et qu'elle était à même de reprendre son activité professionnelle antérieure en plein.

Le 14 mars 2011, le Dr M._____ a confirmé les conclusions de son expertise, effectuée selon lui dans les règles de l'art et avec une patiente collaborante, et précisé qu'un trouble dépressif majeur pouvait aussi être léger au vu des critères de la CIM-10 et du DSM-IV-TR; il a enfin observé que l'expertisée avait été satisfaite des services de l'interprète et, compte tenu d'appels téléphoniques qu'il avait eus personnellement avec l'intéressée, que celle-ci pouvait s'exprimer en français et le comprendre.

b) Des explications claires et détaillées du Dr M._____, il ressort que l'assurée présente un trouble dépressif majeur (état actuel moyen) sans influence sur sa capacité de travail. S'écartant de l'avis de la Dresse N._____, cet expert a fondé ce diagnostic sur la base de ses propres constatations - les critères de perte de plaisir et d'idées suicidaires ne pouvant être selon lui retenus - à l'aune des systèmes de classification de la CIM-10 et du DSM-IV-TR. Pour avoir procédé à une analyse plus fouillée du cas et exposé une motivation précise et minutieusement étayée, le Dr M._____ se révèle plus convaincant que sa consoeur. Il s'est également distancé, ici encore en motivant de manière soutenue, des constatations et de l'avis du psychiatre traitant, le Dr X._____. En outre, au vu des explications fournies quant à la manière dont l'expertise a été conduite, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle soutient que son audition s'est déroulée dans de mauvaises

conditions, le Dr M._____ ayant du reste relevé la bonne collaboration de l'assurée, qui s'est déclarée satisfaite des services de l'interprète. Dès lors, contrairement à ce que la recourante affirme dans ses écritures du 24 février 2011, on ne saurait dire que les problèmes de langue et la mise en œuvre de l'expertise avec le concours d'un interprète ont engendré une difficulté de contact et des incompréhensions de nature à mettre en doute la qualité pratique du travail effectué par l'expert, au demeurant rompu à cette pratique.

On observe par ailleurs que le Dr M._____ a constaté et dûment tenu compte des difficultés de l'assurée à verbaliser ses émotions, infirmant sur ce point la présence d'un trouble de la personnalité. Compte tenu du DSM-IV-TR, du parcours de l'assurée et de la mauvaise indication d'un test QI en raison de problèmes de communication, ce médecin convainc lorsqu'il infirme la présence d'un retard mental léger, respectivement conteste qu'un quotient intellectuel bas ait pu fausser l'investigation. En effet, la Dresse N._____ a relevé la difficulté à mettre en œuvre un test QI fiable, de sorte qu'on pouvait se demander si l'assurée présentait réellement un retard mental, même de degré léger. En définitive, on retiendra que les difficultés de l'assurée à s'exprimer vu son faible QI et ses troubles psychiatriques - mis en avant par son mandataire dans son écriture du 24 février 2011 - n'étaient pas de nature à entraver le travail du Dr M._____.

Concernant les conséquences du problème dermatologique de l'assurée sur son état psychique, le Dr M._____ a indiqué que celle-ci était très préoccupée par ce qu'elle croyait être les conséquences actuelles et futures de son lupus cutané. On se rappellera cependant, ainsi que le relève cet expert, que l'examen du CEMed, effectué par un dermatologue, a permis de retenir un lupus érythémateux cutané chronique, sans incidence sur la capacité de travail. Au demeurant, le Dr M._____ a précisé avoir dûment tenu compte dans son expertise du fait que le trouble dépressif pouvait avoir été alimenté par les peurs liées au lupus. On ajoutera que la Dresse N._____ se prononce bien plus sur l'existence d'un lupus - affection qui ne relève pas de son domaine de

compétence - que sur les conséquences de cette atteinte sur l'état psychique de l'intéressée.

c) En conclusion, l'expertise du Dr M. _____ se fonde sur une anamnèse complète (notamment familiale, personnelle et actuelle), la prise en compte des pièces médicales au dossier et des plaintes subjectives, procède d'une étude attentive et minutieuse des troubles psychiques de l'assurée puis se fonde sur une appréciation médicale claire, à l'aune des classifications diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-IV-TR, avant de poser des conclusions dûment motivées et exemptes de contradictions. Elle remplit ainsi les critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. On retiendra donc, avec ce médecin, que l'intéressée ne présente pas d'incapacité de travail du point de vue psychique et qu'elle est à même de reprendre son activité professionnelle antérieure à plein temps.

6. Subsiste la question de l'incidence d'un éventuel trouble somatoforme, respectivement d'une éventuelle fibromyalgie, sur la capacité de travail de l'intéressée.

a) Les Drs K. _____ (rapport du 26 mai 2004) et F. _____ (rapport du 16 février 2005) ont diagnostiqué des polyarthromyalgies dans le cadre d'une probable fibromyalgie. Dans leur rapport d'examen du 24 août 2005, les médecins du SMR n'ont pas retenu le diagnostic de fibromyalgie ni d'incapacité de travail en raison des troubles somatiques; ils ont certes constaté la présence de quelques douleurs insertionnelles incitant à poser ce diagnostic de fibromyalgie, mais ont relevé que celles-ci étaient peu nombreuses. Dans leur expertise du 29 mars 2010, les médecins du CEMed ont quant à eux retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme. Ils ont indiqué que l'assurée se plaignait de longue date de douleurs quotidiennes pouvant toucher l'ensemble du corps et ont constaté des troubles statiques discrets et l'absence de trouble organique ou de signe objectif inflammatoire, de sorte que, au lieu d'une fibromyalgie, un trouble douloureux somatoforme devait être retenu.

Dans son expertise du 18 décembre 2010, le Dr M._____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, mais n'a pas retenu d'incapacité de travail. Il a relevé que l'assurée se plaignait depuis des années de douleurs touchant l'appareil locomoteur, mais sans socle organique suffisant à les expliquer, qui constituaient manifestement sa préoccupation principale. Compte tenu de l'anamnèse et de la pathologie dépressive de l'assurée, il n'a pas retenu de critères d'exclusion des troubles somatoformes.

Avec le Dr M._____, dont l'avis sur ce point est corroboré par les experts du CEMed, on retiendra donc que l'assurée présente un syndrome douloureux somatoforme persistant.

b) Le Dr M._____ s'est prononcé de manière systématique sur les différents critères permettant de fonder le caractère invalidant d'un syndrome somatoforme. Il a tout d'abord retenu que la comorbidité psychiatrique n'avait pas atteint un degré d'acuité et de chronicité tels qu'elle constituait une maladie psychique en soi et que la pathologie affective de l'assurée, peu sévère, témoignait d'un simple trouble de l'adaptation. S'il a retenu un épisode dépressif, ayant varié en intensité, il a précisé que le degré sévère n'avait jamais été atteint ni maintenu sur la durée, la dépression n'ayant jamais constitué une maladie psychique en soi, distincte du syndrome douloureux somatoforme persistant en termes de limitations et d'incapacité de travail.

Ce médecin a ensuite observé que l'assurée avait conservé un réseau social stable, notamment s'agissant de sa famille et de deux amies intimes qu'elle rencontre régulièrement, de sorte qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Se référant également à l'expertise du CEMed, il n'a pas retenu d'affection corporelle chronique à qualifier de *grave* ou nécessitant un traitement continu. En revanche, il a admis qu'un processus maladif de longue durée se laissait déduire de la présence de troubles depuis des années, ainsi qu'une résistance au traitement selon les règles de l'art, compte tenu

d'une bonne compliance. Il a par contre infirmé une présentation figée et cristallisée de la maladie, dès lors que l'assurée se montrait vive et réactive et qu'elle restait active dans les échanges de consultations. Sur la base de ces éléments, le Dr M. _____ n'a pas retenu d'incapacité de travail sur le plan strictement psychiatrique.

c) En définitive, on ne s'écartera pas des conclusions du Dr M. _____, seul médecin à s'être prononcé, à l'aune des critères retenus par la jurisprudence, au sujet du caractère invalidant du syndrome somatoforme affectant l'assurée. Ainsi, l'assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique et échoue à renverser la présomption selon laquelle la reprise d'une activité est raisonnablement exigible en présence de troubles somatoforme, s'avérant apte à reprendre son activité professionnelle antérieure à plein temps.

7. a) En conclusion, tant sur les plans somatique que psychique comme sous l'angle du syndrome somatoforme, la capacité de travail de la recourante est entière dans son ancienne activité, sans diminution de rendement. C'est donc à juste titre que le droit aux prestations de l'AI lui a été nié, ce qui conduit au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

b) Le dossier étant suffisamment instruit, il permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément sur le plan médical. A cet égard, en application du principe de l'appréciation anticipée des preuves, le tribunal, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il a procédé d'office, est en effet convaincu que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier son appréciation, de sorte qu'il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

8. a) 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 (art. 69 al. 1bis LAI). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

b) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc, à compter du 3 juin 2008 et jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu dans le présent arrêt de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Duc a produit la liste de ses opérations et débours, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée selon les heures attribuées à l'avocat à 22 heures et 20 minutes. L'indemnité de Me Duc s'élève donc à 4'020 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]), montant auquel s'ajoutent les frais, charges et crédits par 24 fr. 60, et la TVA par 309 fr. 70. Le montant total de l'indemnité s'élève donc à 4'354 fr. 30, TVA incluse.

c) Les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis provisoirement, comme vu plus haut, à la charge du canton.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 24 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de la recourante, est arrêtée à 4'354 fr. 30 (quatre mille trois cent cinquante-quatre francs et trente centimes).

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

- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne (pour A. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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

Le greffier :