

VD_FINDINFO AI 114/12 - 151/2013 vom 12. Juni 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_114_12_-_151_2013

FR: VD_FINDINFO AI 114/12 - 151/2013 du 12 juin 2013

IT: VD_FINDINFO AI 114/12 - 151/2013 del 12 giugno 2013

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, COMORBIDITÉ | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 43 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 12

janvier 2010 une demande de prestations AI en invoquant notamment souffrir d'un traumatisme cervical indirect. Alors qu'elle se trouvait au chômage, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation le 2 avril 2009. Elle était arrêtée devant un feu de signalisation lorsque le conducteur du véhicule qui la suivait l'a heurtée. Les protagonistes à cet accident ont complété un constat amiable d'accident automobile. Selon un rapport médical LAA établi par le Dr D._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, le 22 avril 2009, l'assurée souffrait d'un «coup du lapin» et était en incapacité de travail à 100 % depuis l'accident. Le 27 avril 2009, le Dr S._____, spécialiste en neurologie, a indiqué qu'objectivement, l'assurée souffrait de cervicalgies avec limitation de la mobilité et points douloureux, sans signes neurologiques associés, sans fracture ni luxation sur le plan radiologique. Il s'agissait ainsi d'un degré II et dès lors d'excellent pronostic. Le 20 mai 2009, l'assurée a été examinée par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a conclu son rapport du même jour comme suit: " APPRECIATION DU CAS: Cette assurée de 57 ans est victime d'un traumatisme cervical le 02.04.2009. Les investigations radiologiques font état d'un status après spondylodèse C5-C6 en 1997 en raison d'une hernie discale. L'IRM montre une protrusion médiane et para-médiane C6-C7 sans franche hernie. Un examen par le Dr S._____, spéc. FMH en neurologie, le 27.04.2009, a conclu à une entorse cervicale de type Whiplash de bon pronostic. L'évolution est marquée par la persistance d'importantes douleurs cervicales irradiant vers le sommet du crâne et en direction de l'épaule gauche nécessitant la prise d'antalgiques importants et ne cédant pas au traitement classique de physiothérapie. [...] " En juin 2009, l'assurée a fait l'objet d'une évaluation à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de la CNA à Sion en particulier psychiatrique par le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport du 18 juin 2009 a notamment la teneur suivante: " Diagnostics - Etat dépressif majeur de gravité moyenne avec syndrome somatique (F.32.11). - Personnalité co-dépendante (F.60.8). Discussion [...] On retient volontiers un tempérament ou des traits de caractère du registre co-dépendant avec une psychorigidité qui l'empêche d'avoir une prise de conscience ou d'accepter une origine psycho-génique à ses troubles d'où probablement une tendance à déplacer sur la

sphère somatique sa souffrance et ses intra-psychiques. Les symptômes actuels ont débuté insidieusement depuis la perte de son emploi en 2007. L'accident du 2.4.2009 a fait office de révélateur de la fragilité psychique intrinsèque. Mme K. _____ en effet a dû faire face à la découverte et au traitement d'un cancer rénal de sa mère en 2007, parallèlement ses prestations d'assurance chômage arrivaient à terme. Actuellement la symptomatologie dépressive, même si l'assurée tant à la minimiser, est de gravité probablement moyenne, essentiellement caractérisée par des somatisations, manque de motivation, d'entrain et une anxiété latente. Le traitement d'Efexor actuel (75 + 37,5) paraît manifestement insatisfaisant. Une psychothérapie en l'absence de non motivation en ce sens et vu l'importante psychorigidité ne saurait lui être imposée. Au niveau médical, il paraît surtout important de valoriser la relation médecin-malade avec le Dr D. _____ auquel elle est très attachée. Nous proposons dans un premier temps d'augmenter l'Efexor entre 150 et 225 mg et surtout d'ajouter une légère anxiolyse, avec une molécule disposant d'une longue demi-vie pour agir sur la composante tensionnelle. Le Tranxilium entre 5 et 10 mg le soir en une prise ou de Rivotril entre 0,5 et 1 mg le soir pourrait être des alternatives intéressantes. Le Cymbalta 60 mg en lieu et place de l'Efexor pourrait être envisagé. En effet, il possède un effet stimulant, pas contre-indiqué chez cette patiente qui n'a pas de trouble du sommeil et d'autre part un effet antalgique qui a été démontré par certaines études de la littérature. "

Les diagnostics suivants ont été posés lors de cette évaluation interdisciplinaire: "

DIAGNOSTICS PRIMAIRES - Traumatisme cervical indirect le 02.04.09 (S14.1) - Tendinite calcifiante du sus-épineux gauche - Etat dépressif majeur de gravité moyenne avec syndrome somatique (F.32.11) CO-MORBIDITES - Status après opération d'une hernie discale C5-C6 gauche avec fusion en 1997 - Cervicarthrose étagée - Status après correction chirurgicale des avant-pieds en 02 - Hypercholestérolémie traitée (E78.9) - Insuffisance veineuse des membres inférieurs (I87.2) - Trouble dépressif (F32.9) - Tremblement essentiel (G25.0) - Tabagisme chronique (F17.1) "

La conclusion du rapport d'évaluation interdisciplinaire du 22 juin 2009 faisant suite à cette évaluation était la suivante: " K. _____ est une femme de 57 ans qui présente pour principal antécédent une hernie discale cervicale C5-C6 gauche, opérée en 1997. Elle a bien récupéré de cette intervention. Elle souffre depuis de rachialgies sporadiques qui ont motivé un traitement chiropratique l'an dernier. Sa participation professionnelle s'est délitée avec le temps. Il y a une vingtaine d'années, elle a renoncé à une activité de mécanicienne sur fourrure pour se tourner vers celle d'esthéticienne-masseuse indépendante. Là encore, le volume d'activité a faibli et, à partir de 2002, Mme K. _____ est redevenue salariée à temps partiel pour perdre son emploi en 2007. Elle s'est alors inscrite au chômage, développant un état dépressif (traitement d'Efexor depuis plus d'un an) devant une exclusion du marché de l'emploi qui semblait inéluctable. C'est dans ce contexte de précarité que, le 2 avril 2009, à l'arrêt au volant de son véhicule, elle est percutée par l'arrière par un véhicule tiers. L'impact est à faible vitesse et les dommages matériels paraissent peu importants si bien que le constat se fait à l'amiable, le conducteur responsable admettant ses torts. Sur l'instant, la patiente ressent essentiellement des nausées. C'est dans les heures qui suivent l'accident qu'elle développe un état douloureux comportant essentiellement des céphalées au vertex et des cervicalgies. En l'absence de son médecin traitant, la patiente consulte son chiropraticien le lendemain de l'accident. Par la suite lui est prescrit un traitement d'antalgiques, de myorelaxant et d'anti-inflammatoire auquel Mme K. _____ ne concède aucune amélioration. Tout au contraire, elle a l'impression d'une péjoration globale des douleurs. Actuellement, elle accuse des céphalées situées au vertex et des cervicalgies

gauches avec une extension à l'épaule et à la face latérale du bras. Elle décrit un tiraillement lors de l'abduction de l'épaule et des paresthésies de la face palmaire de l'avant-bras, de la main et des cinq doigts de la main gauche. La douleur est cotée à un très haut degré d'intensité (90 sur l'EVA de 100); elle est aggravée par l'effort. L'examen physique nous met face à une patiente soignée, à l'aspect déconditionné, qui collabore correctement à l'investigation. Elle paraît en proie à une souffrance morale, éclatant en sanglots à plusieurs reprises au cours de l'anamnèse et de l'examen. Elle est libre dans sa gestuelle et se soumet sans réserve aux tests à effectuer sur ordre. Objectivement, on observe une limitation modérée de la mobilité cervicale, conditionnée par la douleur, et des signes d'un conflit sous-acromial gauche. L'examen neurologique spécialisé est dans les limites normales, en l'absence de signe d'hypertension intra-crânienne ou de lésion encéphalique focale, de radiculopathie cervicale ou encore d'atteinte vestibulo-cérébelleuse. Il n'est relevé aucun déficit sensitivomoteur, aucune altération des réflexes myotatiques aux membres supérieurs. Du bilan ENMG, on retient l'existence d'une discrète neuropathie d'enclavement débutante du médian gauche au tunnel carpien, sans conséquence fonctionnelle. L'examen des documents d'imagerie n'est contributif que dans la mesure où il permet d'exclure une lésion traumatique, en particulier une instabilité. Les radiographies et l'IRM cervicale récentes ne font que confirmer l'existence de troubles dégénératifs étagés chez cette patiente qui a subi une fusion C5-C6 lors de l'opération d'une hernie discale de 1997. La calcification sus-épineuse gauche s'inscrit dans le cadre d'une tendinite de la coiffe des rotateurs expliquant les signes de conflit découverts à l'examen. A ce stade, on retient donc le diagnostic de traumatisme cervical indirect répondant à un degré II de la classification QTF pour le whiplash, et de tendinite calcifiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. L'évaluation des capacités fonctionnelles ne permet pas de déboucher sur un niveau de performance précis. La patiente sous-estime de façon considérable ses propres aptitudes. C'est ce qu'indique le score de 46 obtenu au terme du questionnaire PACT, qui donne à penser que Mme K. _____ ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Manifestement, une telle appréciation ne correspond pas aux possibilités d'une femme autonome, qui se déplace en voiture et est capable d'assumer ses tâches ménagères en secondant sa mère malade. La volonté de donner le maximum aux différents tests est insuffisante (auto-limitation pour un effort insignifiant) et le niveau de cohérence est si faible qu'une évaluation objective des capacités perd toute pertinence. Une telle auto-limitation en situation d'examen et une telle intensité dans le vécu douloureux ouvrent clairement la question de l'intervention de facteurs psychiques. Au cours de l'évaluation psychiatrique, on est face à une femme faisant son âge, soignant sa personne. Emotive, elle s'effondre en larmes à plusieurs reprises. De bonne volonté, elle répond de manière précise aux questions qui lui sont adressées, n'est ni quérulente ni revendicatrice. L'intelligence est normale; jugement et raisonnement sont conservés. Le tableau clinique est dominé par une humeur abaissée avec un manque de motivation et d'entrain conditionné par les fluctuations de l'état douloureux. Il n'y a pas d'argument pour un trouble panique, pour un trouble obsessionnel compulsif ou un état de stress post-traumatique. Mme K. _____ reconnaît depuis quelques semaines une consommation plus importante d'alcool (5 dl de rosé le soir). Il n'y a pas de symptôme d'allure psychotique en particulier de délire, d'hallucination, de trouble formel ou logique de la pensée. Finalement, les éléments cliniques sont suffisants pour retenir un état dépressif majeur (intensité moyenne). Des traits de caractère du registre dépendant et une psychorigidité empêchent Mme K. _____ d'accepter la part psycho-génique à l'origine

de ses troubles. Si le pronostic est à l'évidence sombre en ce qui concerne une reprise professionnelle, c'est essentiellement dû à des facteurs psycho-sociaux. Un faisceau d'éléments indique en effet que Mme K. _____ ne réintégrera probablement plus le monde du travail: pas de bagage professionnel adapté, recherche d'emploi infructueuse depuis deux ans, épuisement des prestations de chômage, trouble dépressif majeur favorisant la mauvaise estime de soi et le sentiment de ruine (sévérité du handicap perçu), intensité de la douleur. Si l'on s'en tient aux données objectives, les conséquences physiques de l'accident du 2 avril 2009 doivent être minimisées, raison pour laquelle le Dr S. _____ qualifiait, après un mois, le pronostic d'excellent. Dans ce contexte, axer le traitement sur une hypothétique lésion anatomique, que le présent bilan permet d'exclure, est dénué de sens. L'infiltration de la région sous-acromiale gauche par un stéroïde dépôt trouve une bonne indication pour diminuer les signes de conflit. Une physiothérapie active visant un reconditionnement global, une amélioration de l'endurance et une remise en confiance, est indiquée, tout comme une amélioration de l'hygiène de vie. Ces mesures paraissent toutefois très théoriques chez cette patiente dont on a souligné la relative psychorigidité. Il en va de même des propositions de modifications du traitement psychotrope (cf rapport annexé) qui risquent d'achopper à une réticence, la patiente peinant à reconnaître la composante psychique de ses symptômes. Finalement, il s'agit surtout de valoriser la relation médecin-malade avec le Dr D. _____ auquel elle est très attachée. " Le 10 août 2009, le Dr D. _____ a dressé un rapport médical intermédiaire selon lequel d'une part des céphalées et des douleurs persistaient et d'autre part, les troubles de l'humeur étaient plus marqués maintenant qu'avant l'accident. Selon un rapport médical intermédiaire du 9 septembre 2009 du Dr S. _____, l'état dépressif semblait évoluer favorablement mais toutefois les céphalées chroniques, quotidiennes, jugées sévères et insupportables, persistaient. Le 2 novembre 2009, l'assurée a été examinée par le Dr T. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, qui écrit dans un rapport du même jour: " Objectivement, il n'y a pas de syndrome cervical ni de signe d'atteinte radiculaire. L'épaule gauche est tout à fait souple. Les signes du conflit sont douteux. La mobilité est pratiquement complète, symétrique par rapport à droite. Hormis un léger tremblement, l'examen neurologique est normal. A mon avis, il n'y a pas de séquelles organiques de l'accident du 2.4.09 et l'hypothèse de compréhension de cette évolution difficile, en tout cas du point de vue subjectif, telle qu'énoncée par le Dr X. _____, me semble tout à fait convaincante. [...] La patiente est probablement incapable de comprendre que le syndrome douloureux qu'elle présente est d'origine psychogène, encore moins que l'accident du 2.4.09, qu'elle tient pour responsable de ses malheurs, n'est finalement qu'un épiphénomène. " Par décision du 25 février 2010, la CNA a rendu une décision niant le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles présentés par l'assurée. Cette dernière a formé une opposition qu'elle a finalement retirée. Le 12 juillet 2010, le Dr H. _____, chef de clinique au département de l'appareil locomoteur du CHUV, a établi un rapport au terme duquel l'examen clinique confirmait un petit syndrome cervicoscapulaire chez une patiente qui avait une thymie discrètement triste, associée à des polyarthralgies. Le Dr H. _____ a également trouvé 16 points de fibromyalgie sur 18. Dans un avis médical SMR du 8 septembre 2010, le Dr P. _____ a préconisé la réalisation d'une expertise psychiatrique compte tenu des points de fibromyalgie relevés par le Dr H. _____. Cette expertise a été effectuée par la Dresse Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Son rapport d'expertise du 8 novembre 2010 se concluait ainsi: " 4. Diagnostics Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement

(CIM-10) 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents? • Personnalité dépendante, mal compensée F60.8, présente depuis jeune adulte. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents? • Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, présent depuis avril 2009. • Trouble anxieux et dépressif mixte F41.2, présent depuis mai 2007. • Syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue F17.24, présent depuis jeune adulte. • Utilisation nocive pour la santé d'alcool F10.1, présente depuis avril 2009. 5. Appréciation du cas et pronostic Mme K. _____, 58 ans d'origine suisse, divorcée, mère d'un fils adulte, est au bénéfice d'un diplôme de mécanicienne sur fourrures. Madame travaille dans ce domaine jusqu'en 1987, époque à laquelle le magasin de fourrures est vendu. L'expertisée se forme alors comme esthéticienne et masseuse et obtient un diplôme en 1988. Ne trouvant pas d'employeur, elle s'installe à son compte jusqu'en 2001. Faute d'une clientèle suffisante, Mme K. _____ cesse cette activité. Dès le 01.05.2002, elle est engagée comme gouvernante et masseuse à l'Institut [...] à [...], à un taux de 58 %. En janvier 2007, Madame apprend qu'en raison d'une restructuration, son temps de travail va être diminué de moitié. Selon l'expertisée, elle est alors sous le choc de cette nouvelle car elle pensait pouvoir travailler avec le même horaire dans cet institut jusqu'à sa retraite. Madame développe un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive. Ceci motive l'introduction par son médecin traitant d'un traitement de venlafaxine (Efexor® 75 mg par jour). L'expertisée est en arrêt de travail jusqu'à fin avril 2007. Madame demande à son patron d'être licenciée pour pouvoir émarger du chômage. Elle est licenciée au 31.05.2007. Dès le 01.06.2007, Mme K. _____ reçoit les indemnités chômage. Confrontée à la difficulté de trouver un emploi, le trouble anxio-dépressif se péjore. Peu avant la fin du droit aux indemnités chômage, l'expertisée est victime d'un accident de voiture le 02.04.2009. Un conducteur emboutit son véhicule par l'arrière ce qui entraîne un traumatisme cervical indirect (distorsion cervicale degré II). Suite à cet accident, Mme K. _____ se plaint de céphalées persistantes puis de douleurs diffuses et d'une aggravation de la thymie. En mai 2009, le traitement de venlafaxine est augmenté à 112.5 mg par jour. Le 18.06.2009, dans le cadre d'une évaluation à la CRR de Sion, le Dr X. _____ psychiatre, conclut à un état dépressif majeur de gravité moyenne avec syndrome somatique et une personnalité co-dépendante. Il suggère d'augmenter le traitement de venlafaxine entre 150 et 225 mg par jour ou d'introduire de la duloxétine (Cymbalta® 60 mg/j) en ajoutant un anxiolytique. Selon le Dr X. _____, le fait d'avoir déjà augmenté la venlafaxine avait eu des répercussions positives. Le 12.01.2010, Madame dépose une demande de prestations AI. L'évolution reste défavorable malgré l'administration d'antalgiques, de traitement de physiothérapie et de chiropractie. En raison d'une prise pondérale, Mme K. _____ diminue sa dose de venlafaxine de 112.5 mg à 75 mg en septembre 2010. Constatant un abaissement de sa thymie, l'expertisée a augmenté la dose de venlafaxine à 112.5 mg depuis le 14.10.2010. Du fait de cette augmentation récente, un taux sérique n'a pas d'utilité car le steady state du médicament n'est pas encore atteint. A l'examen clinique, Mme K. _____ relate essentiellement des douleurs persistantes qui s'accompagnent d'un sentiment de détresse émotionnelle et de problèmes psychosociaux. Ces éléments permettent de retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Celui-ci s'accompagne d'une comorbidité sous forme d'une personnalité dépendante, mal compensée depuis la perte d'emploi en 2007, puis de l'accident du 02.04.2009. La sociabilité est limitée de longue date à la famille proche (mère, fils, frère et nièces). Les contacts au sein de la famille sont décrits comme harmonieux et réguliers. De ce fait, on ne peut parler de perte d'intégration

sociale dans toutes les manifestations de la vie. L'état psychique est cristallisé en raison d'une rigidité psychique de l'expertisée. Selon les rapports médicaux, Madame ne présente pas d'affection corporelle chronique ou de processus malade s'étendant sur plusieurs années. Divers traitements ont été tentés, cependant le traitement de venlafaxine n'a pas été administré aux doses permettant d'agir conjointement sur le seuil douloureux et sur la thymie et les doses n'ont pas excédé 112.5 mg. Les recommandations du Dr X._____, à savoir augmenter la venlafaxine entre 150 et 225 mg par jour n'ont pas été appliquées, semble-t-il en raison d'une prise pondérale de l'expertisée. De ce fait, le traitement de venlafaxine devrait être remplacé par un traitement de duloxétine (Cymbalta® 60 mg dans un premier temps, à augmenter selon la clinique). Cette médication agit conjointement sur le seuil douloureux et la thymie sans avoir d'effet secondaire sur le poids. Quant à la thymie, Madame présente une humeur dépressive avec une hyper-émotivité en fonction des sujets évoqués, une diminution de la confiance en soi, une vision négative des perspectives d'avenir, une difficulté à soutenir son attention et une anxiété. Ces symptômes correspondent à un trouble mixte anxieux et dépressif (d'intensité légère). Malgré les douleurs alléguées, Mme K._____ s'occupe activement de sa mère et de deux ménages. Elle peut fonctionner dans son quotidien et par conséquent est en mesure de surmonter ses douleurs. Les loisirs sont variés; l'expertisée apprécie jardiner, cuisiner, coudre et s'occuper de sa chienne. Le fonctionnement au quotidien est maintenu. A relever une utilisation nocive d'alcool présente depuis l'accident d'avril 2009. Madame ne présente pas d'anxiété généralisée, d'attaque de panique, de trouble affectif bipolaire, de symptôme compatible avec un état de stress post-traumatique ou une psychose. Le syndrome douloureux somatoforme persistant et le trouble mixte anxieux et dépressif (d'intensité légère) ne sont pas incapacitants et n'entraînent pas de limitation. La personnalité dépendante, mal compensée, entraîne un besoin de réassurance, un sentiment d'incompétence et des conduites d'évitement par crainte de la critique. L'expertisée présente également une diminution des capacités d'adaptation, d'apprentissage et d'attention. Ces limitations interfèrent de 30 % dans toutes activités. Le pronostic paraît défavorable au vu de l'évolution et de facteurs sortant du champ médical.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

Au plan physique Confère avec les médecins somaticiens.

Au plan psychique et mental Des limitations qualitatives et quantitatives sont présentes en relation avec la personnalité dépendante, mal compensée à savoir: un besoin de réassurance, un sentiment d'incompétence et des conduites d'évitement par crainte de la critique. Mme K._____ présente également une diminution des capacités d'adaptation, d'apprentissage et d'attention.

Au plan social Des limitations qualitatives et quantitatives sont présentes avec toute personne hors de la famille, ceci par crainte de la critique.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Le trouble de personnalité dépendante, mal compensée, entraîne un sentiment d'incompétence, une peur de la critique, un besoin de réassurance constant et des conduites d'évitement.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail La capacité résiduelle de travail comme gouvernante et masseuse est de 70 %. Comme ménagère, la capacité est entière.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Oui, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 6 heures par jour.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure? Pas de diminution du rendement dans une activité à 70 %.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

Incapacité de travail de 20 % au moins depuis le 02.04.2009 (accident de voiture). 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Depuis l'accident du 02.04.2009 jusqu'à ce jour, incapacité de travail de 30%. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel? Le trouble de personnalité dépendante, mal compensée, interfère en partie sur une adaptation à un environnement professionnel. C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants - la possibilité de s'habituer à un rythme de travail - l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social - la mobilisation des ressources existantes Si non, pour quelles raisons? Pour autant que Madame les requière, des mesures d'aide au placement sont envisageables. Mme K. _____ peut s'habituer à un rythme de travail et mobiliser certaines ressources. L'intégration dans le tissu social sera plus difficile en raison du trouble de personnalité dépendante, mal compensée. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? 2.1 Si oui, par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) Non, la capacité de travail va vraisemblablement rester à 70 % vu la réduction des capacités d'adaptation, d'apprentissage et d'attention. Cependant, afin d'élever le seuil à la douleur et de mieux stabiliser la thymie, un traitement de duloxétine devrait être envisagé à la place de la venlafaxine. 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? Ces mesures n'auront que peu d'impact sur le trouble de personnalité. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée? 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Oui, d'autres activités sont exigibles de la part de l'assurée, pour autant qu'elles s'exercent dans un milieu nécessitant peu d'apprentissage et d'attention. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)? L'activité adaptée peut être exercée 6 heures par jour, soit à 70 %. 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure? Pas de diminution du rendement dans une activité à 70 %. 3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Question sans objet. " Dans un rapport SMR du 1^{er} décembre 2010, le Dr P. _____ a noté que le syndrome douloureux persistant ne remplissait pas les critères juridiques d'atteinte invalidante. Il estimait que l'assurée présentait une capacité de travail résiduelle de 70 % au plus tard depuis le terme du délai de carence. Au terme d'une enquête ménagère du 23 mars 2011, dans son rapport d'enquête du 27 mars 2011, l'enquêtrice de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a proposé un statut de l'assurée de 60 % active et 40 % ménagère. Il en ressortait par ailleurs que l'assurée avait dit que si elle était en bonne forme, elle souhaiterait travailler à 60 %, ceci afin de pouvoir continuer à s'occuper de sa mère. Par projet de décision du 16 mai 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande de prestations, ne retenant aucun degré d'invalidité. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a formulé des objections contre ce projet de décision le 20 juin 2011. Dans un rapport médical du 22 juin 2011, le Dr J. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation de la clinique du dos à Lausanne, s'est notamment exprimé en ces termes: "De cet examen, il ressort des cervico-brachialgies gauches, qui s'inscrivent sans tableau déficitaire sensitivo-moteur, dans un contexte de micro-instabilité segmentaire C4-C5, soit intéressant le niveau sus-spondylodésé, souffrance apparue dans les suites d'un whiplash datant de 2009. Les mesures antalgiques instrumentales récemment conduites n'ont pas permis de préciser clairement la source nociceptive principale et cela s'explique par

l'interférence du syndrome dépressif majeur combiné à un état anxieux ce qui n'autorise pas une interprétation pertinente d'un tel geste. Autrement dit, une nouvelle approche ne pourra être planifiée, aussi longtemps que la problématique psychologique n'est pas mieux résolue. Sur le plan purement théorique du comportement douloureux, on peut retenir l'existence d'un syndrome spondylogène, sans pour autant retenir une notion d'irritabilité neuroméningée, syndrome attribué à une sursollicitation des éléments facettaires postérieurs mis à forte contribution vu la composante de micro-instabilité segmentaire qui s'est installée dans un contexte d'amyotrophie du plan musculaire profond cervical, de troubles posturaux non réductibles, et des séquelles de son traumatisme d'accélération-décélération. En effet, une altération structurelle facettaire post-traumatique reste potentiellement possible. Sur le plan psychologique, force est de constater que l'on fait face à un état dépressif majeur, de longue durée, se traduisant par des sentiments négatifs envers elle-même, associé à la triade symptomatique classique de la dépression: baisse, d'humeur, baisse d'énergie et baisse de plaisir. A ces symptômes s'ajoutent d'autres plaintes: sentiment d'incapacité, pessimisme, troubles du sommeil, de l'appétit et de la mémoire. Durant tout l'entretien, on se trouve confronté à des signes objectifs d'état de détresse exprimé par une tristesse et des accès de pleurs fréquents, sans pour autant relever de négligence dans l'hygiène corporelle ou vestimentaire. L'investissement du monde extérieur laisse aussi à désirer avec la nécessité de limiter tous les contacts sociaux. Il existe par ailleurs une composante anxieuse très claire, s'exprimant par une irritabilité, une nervosité, des tremblements, une rumination des événements passés. De l'entretien par contre, on ne peut retenir la notion évocatrice d'un stress post-traumatique, la patiente recourant normalement à l'emploi de son véhicule. En conclusion, nous sommes face à un syndrome douloureux complexe dans lequel intervient aussi bien une part de plaintes somatiques réelles en rapport avec le remaniement structurel existant, qu'un état dépressif qui s'est installé des suites de la non reconnaissance et des situations cumul de ces facteurs de comorbidités, et vu le manque d'efficacité des mesures thérapeutiques largement abordées rendent illusoire une réinsertion professionnelle." Le 27 août 2011, le Dr J. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants: " Syndrome douloureux complexe cervico-brachial: • Cervico-brachialgies gauches, sans irritabilité neurogène, contexte de: → Séquelles de whiplash 2009 degrés II selon le Québec Task Force → Cervicarthrose avec composante de micro-instabilité segmentaire C4-C5 → Déconditionnement physique global et locorégional → Troubles statiques et posturaux. → Status après cure d'hernie discale C5-C6 et spondylodèse en 1997. • Etat dépressif majeur Lombopygialgies dans un contexte de: → Troubles statiques et posturaux. → Souffrances algodysfonctionnelles. → Déconditionnement physique. " Sans effet sur la capacité de travail, le Dr J. _____ a retenu un status après stripping étagé et un trémor essentiel droit. Ce médecin a clos son rapport ainsi: " De cet examen, il ressort des cervico-brachialgies gauches, qui s'inscrivent sans tableau déficitaire sensitivo-moteur, dans un contexte de micro-instabilité segmentaire C4-C5, soit intéressant le niveau sus-spondylodésé, souffrance apparue dans les suites d'un whiplash datant de 2009. Les mesures antalgiques instrumentales récemment conduites n'ont pas permis de préciser clairement la source nociceptive principale et cela s'explique par l'interférence du syndrome dépressif majeur combiné à un état anxieux, ce qui n'autorise pas une interprétation pertinente d'un tel geste. Autrement dit, une nouvelle approche ne pourra être planifiée, aussi longtemps que la problématique psychologique n'est pas mieux résolue. Sur le plan purement théorique du comportement douloureux, on peut retenir l'existence d'un syndrome spondylogène, sans

pour autant retenir une notion d'irritabilité neuroméningée, syndrome attribué à une sursollicitation des éléments facettaires postérieurs mis à forte contribution vu la composante de micro-instabilité ségmentaire qui s'est installée dans un contexte d'amyotrophie du plan musculaire profond cervical, de troubles posturaux non réductibles, et des séquelles de son traumatisme d'accélération-décélération. En effet, une altération structurelle facettaire post-traumatique reste potentiellement possible. Sur le plan psychologique, force est de constater que l'on fait face à un état dépressif majeur, de longue durée, se traduisant par des sentiments négatifs envers elle-même, associé à la triade symptomatique classique de la dépression: baisse d'humeur, baisse d'énergie et baisse de plaisir. A ces symptômes s'ajoutent d'autres plaintes: sentiment d'incapacité, pessimisme, troubles du sommeil, de l'appétit et de la mémoire. Durant tout l'entretien, on se trouve confronté à des signes objectifs d'état de détresse exprimé par une tristesse et des accès de pleurs fréquents, sans pour autant relever de négligence dans l'hygiène corporelle ou vestimentaire. L'investissement du monde extérieur laisse aussi à désirer avec la nécessité de limiter tous les contacts sociaux. Il existe par ailleurs une composante anxieuse très claire, s'exprimant par une irritabilité, une nervosité, des tremblements, une rumination des événements passés. De l'entretien par contre, on ne peut retenir la notion évocatrice d'un stress post-traumatique, la patiente recourant normalement à l'emploi de son véhicule. [...] En conclusion, nous sommes face à un syndrome douloureux complexe dans lequel intervient aussi bien une part de plaintes somatiques réelles en rapport avec le remaniement structurel existant qu'un état dépressif qui s'est installé des suites de la non reconnaissance et des situations existentielles difficile qu'elle traverse depuis. Le cumul de ces facteurs de comorbidités, et vu le manque d'efficacité des mesures thérapeutiques largement abordées rendent illusoire une réinsertion professionnelle. " L'assurée a fait l'objet d'une expertise privée exécutée par le Dr Q. _____, médecin-adjoint du département de psychiatrie du CHUV, dont le rapport date du 31 octobre 2011. Ce dernier a notamment la teneur suivante: " Troubles présentés par l'expertisée Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) Episode dépressif moyen sans syndrome somatique, d'évolution prolongée (F32.10) Trouble de la personnalité dépendante, mal compensée (F60.7) Trouble lié à l'utilisation nocive pour la santé de substances, d'alcool (F10.1) Synthèse et conclusions L'expertisée est une femme de 59 ans, d'origine suisse, divorcée depuis 1987, mère d'un fils de 37 ans, elle a vécu une enfance heureuse mais pénible dans un milieu paysan du Nord vaudois, et a effectué une scolarité obligatoire puis une école ménagère avant une année comme aide-ménagère en Suisse allemande. Elle voulait devenir coiffeuse, mais finalement elle a dû choisir un autre métier et elle obtient un diplôme comme mécanicienne sur fourrures en 1969, et travaille dans ce domaine jusqu'en 1987, soit à la maison pendant un certain temps, à la pièce, soit ensuite en atelier à partir de 1981. Elle a vécu pendant 14 ans avec un homme, chauffeur de camions, maltraitant et alcoolique, infidèle, qui battait son fils, et lui transmettait des infections vénériennes. Après cela, sa vie sentimentale est pauvre, marquée uniquement par une relation platonique avec un homme marié, dont elle est restée éprise pendant 11 ans. Le magasin où elle travaillait comme mécanicienne sur fourrures est vendu pendant la même période que celle de son divorce, et elle doit se reconvertir et se forme alors comme esthéticienne et masseuse et obtient un diplôme dans ce domaine en 1988. Elle ne trouve pas d'employeur, s'installe à son compte, puis cesse son activité en 2001, faute d'une clientèle suffisante et en manque d'entrées d'argent satisfaisantes. Dès le 1 er mai 2002, elle est engagée comme gouvernante, esthéticienne et masseuse à l'institut [...] à [...] où elle va exercer jusqu'à son licenciement en 2007. Elle travaille six heures par jour, soit à

un taux de 58%, et ce travail lui donne satisfaction, et elle espère pouvoir l'exercer jusqu'à sa retraite. Entre-temps, elle a souffert dans ce travail de certaines marques de jalousie de la part de certaines de ses collègues, et surtout de la part de sa cheffe, qui n'aurait pas supporté les compliments qu'elle recevait de la part de son patron. En janvier 2007, elle apprend qu'en raison d'une restructuration, son temps de travail va être diminué de plus de moitié. Elle est alors sous le choc de cette nouvelle, et développe un état dépressif qui motive l'introduction par son médecin traitant d'un traitement avec un antidépresseur, en l'occurrence de la venlafaxine (Efexor), à 75 mg par jour. Elle est en arrêt de travail jusqu'en avril 2007, puis elle est licenciée en fin mai 2007, après quoi commence une longue période de chômage. Malgré de nombreuses recherches d'emploi, elle ne trouve pas à se réemployer, et son état dépressif se péjore conséquemment, malgré la poursuite de son traitement. A l'approche de la fin de son droit aux prestations de chômage, l'expertisée est victime d'un accident de voiture, le 02.04.2009, avec un choc par l'arrière qui entraîne un traumatisme cervical indirect, soit un whiplash ou coup du lapin (distorsion cervicale de degré II). Elle se plaint d'emblée de nausées, puis de céphalées et de nuchalgies persistantes, puis de douleurs plus diffuses, et d'une aggravation de sa thymie. Suite à son accident, soit en mai 2009, le traitement antidépresseur est augmenté à une dose de Venlafaxine de 112,5 mg par jour. Dans le cadre d'une évaluation effectuée en juin 2009 à la demande de la Suva par la CRR de Sion, le Dr X. _____, spécialiste FMH en Psychiatrie et Psychothérapie, conclut à l'existence d'un état dépressif majeur de gravité moyenne avec syndrome somatique, et une personnalité co-dépendante. Ce spécialiste fournit des conseils d'amélioration du traitement psychiatrique psychopharmacologique de la patiente, en proposant soit une augmentation de la dose de venlafaxine avec introduction d'un traitement complémentaire anxiolytique, soit l'introduction de duloxétine (Cymbalta), car ce médicament a des effets stimulants et antalgiques. Les spécialistes en neurologie et en médecine interne et rhumatologie qui participent à cette évaluation pluridisciplinaire estiment que l'évaluation des capacités fonctionnelles ne permet pas de déboucher sur un niveau de performances précis, la patiente sous-estimant de façon considérable ses aptitudes, ce qui les amène à ouvrir la question de l'intervention de facteurs psychiques. Ils estiment que le pronostic est sombre en ce qui concerne une reprise de l'activité professionnelle, ceci essentiellement en raison de facteurs psychosociaux. Le Dr S. _____, spécialiste FMH en neurologie, consulté à la demande de la Suva de Lausanne en septembre 2009, estime que l'on doit craindre des dommages permanents avec évolution vers un syndrome douloureux chronique. La patiente va déposer une demande de prestations AI en janvier 2010. Son évolution est en effet défavorable malgré l'administration d'antalgiques, d'un traitement de physiothérapie et de chiropractie. Le traitement par venlafaxine est diminué en septembre 2009 en raison d'une prise de poids, puis augmenté à nouveau en octobre 2010, l'assurée ayant constaté une nouvelle baisse de sa thymie. Le rapport du Dr D. _____, FMH en médecine interne, et médecin traitant de la susnommée, adressé à l'OAI en février 2010, précise que l'activité est encore exigible si les céphalées sont réduites de 60%, et qu'on ne peut pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. En février 2010, la Suva annonce la fin du versement de ses prestations en raison de l'absence de causalité adéquate. Enfin, le Dr H. _____, du Département de l'appareil locomoteur du CHUV répond au Dr D. _____, suite à des examens effectués entre mi-juin et mi-juillet 2010, en évoquant

points de fibromyalgie sur 18, en parlant ensuite d'un pronostic à long terme qui reste incertain vu l'impact des facteurs environnementaux (litige) qui est un facteur négatif dans une situation pareille. L'AI demande en octobre 2010 une expertise psychiatrique qui sera réalisée par la Dresse Z. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le Dr P. _____, qui est l'auteur de l'avis médical du SMR Suisse romande, estime qu'il faut ordonner une telle expertise psychiatrique, étant donné qu'un état dépressif majeur de gravité moyenne chez une personnalité co-dépendante a été constaté et qu'une telle pathologie peut entraîner une incapacité de travail, et il déclare qu'il faut vérifier si cette pathologie perdure; en plus, il demande à l'expert d'examiner avec soin s'il s'agit d'un trouble douloureux chronique, et si oui, si cette affection a valeur d'atteinte à la santé invalidante compte tenu des critères de Mosimann et de la jurisprudence. L'expertise psychiatrique conclut en novembre 2010 à l'existence d'une personnalité dépendante mal compensée comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, et à l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'un trouble anxieux et dépressif mixte, d'un syndrome de dépendance au tabac, et d'une utilisation nocive pour la santé d'alcool, comme diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail. L'experte retient le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant avec une comorbidité sous forme de personnalité dépendante mal compensée, mais, selon elle, les symptômes thymiques de Mme K. _____ correspondent à un trouble mixte anxieux et dépressif d'intensité légère. Pour elle, le syndrome douloureux somatoforme et le trouble mixte anxieux et dépressif ne sont pas incapacitants et n'entraînent pas de limitation. Elle retient par contre des limitations dues à la personnalité dépendante, dont elle estime qu'elles interfèrent de 30% dans toutes activités. Elle estime le pronostic défavorable, tout en précisant que le traitement antidépresseur pourrait encore être amélioré en suivant les conseils du Dr X. _____, mesures qui n'ont pas été appliquées. Entre-temps, l'assurée a été examinée encore après la réalisation de l'expertise dont il est question ci-dessus, et notamment en juin-juillet 2011 à la policlinique psychiatrique de l'Est vaudois, où le spécialiste retient la notion d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), ce qui suggère fortement le fait qu'il y aurait eu une aggravation intercurrente. On retiendra en outre les conclusions du Dr J. _____ (page 7), consulté en juin 2011, et qui parle d'un syndrome douloureux complexe dans lequel intervient aussi bien une part de plaintes somatiques réelles en rapport avec le remaniement structurel existant (décrit par ce même spécialiste, qui précise cependant qu'on ne peut pas préciser clairement la source nociceptive principale), qu'un état dépressif qui s'est installé des suites de la non reconnaissance et des situations existentielles difficiles qu'elle traverse depuis. Le cumul des facteurs de comorbidités, ajoute encore le Dr J. _____, et vu le manque d'efficacité des mesures thérapeutiques largement abordées rendent illusoire une réinsertion professionnelle. Notre examen nous amène à mettre en évidence une intrication comorbide complexe à partir de trois diagnostics principaux, en l'occurrence un syndrome douloureux somatoforme persistant, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique d'évolution prolongée, et une personnalité dépendante, mal compensée, ces trois affections entretenant entre elles des relations de causalité complexes qui contribuent notamment à une aggravation de leurs manifestations respectives de façon entrecroisée, à une rigidification et à une chronification des troubles, ainsi qu'à une résistance au traitement (voir l'effet du trouble de la personnalité sur la résistance au traitement d'une dépression — Shea, M.T., Widiger, T.A., & Klein, M.H (1992) . Comorbidity of personality disorders and depression: Implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 857 — 868

). La patiente souffre de longue date d'un trouble de la personnalité dépendante, qui représente de manière tout à fait certaine, selon la littérature spécialisée (Corey L.M Keyes, Sherryl H. Goodman (2006). *Women and depression: a handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences*; New York, Cambridge University Press), un facteur de risque important à l'égard de la survenue d'un état dépressif; les patientes qui présentent ce trouble de la personnalité ont une très faible estime d'elles-mêmes, et elles vivent souvent de manière particulièrement problématique et pathogène certaines formes de séparation et de deuil, ou de rejet. Mme K._____ a développé un tel état dépressif à partir de son licenciement, ou plus exactement à partir du moment où elle a su qu'elle ne pourrait plus travailler à l'institut [...] jusqu'à sa retraite comme elle l'espérait. Jusque-là, elle avait pourtant fait des efforts pour se reconvertir, pour retrouver un travail dans des conditions difficiles, après d'une part la vente de l'entreprise de fourrures où elle a exercé jusqu'en 1987, puis la perte de son activité d'esthéticienne et masseuse, faute de clientèle, en 2001. Elle avait beaucoup investi son nouveau et troisième emploi à l'institut [...], et le choc de son éviction a été d'autant plus fort qu'elle pensait qu'elle était très appréciée dans ce travail. La dépression dont elle souffre encore aujourd'hui n'est que la manifestation de la suite et de l'accumulation d'une suite de pertes et d'échecs, couronnée par la perte de son emploi à l'institut, qui apporte confirmation de la mauvaise image d'elle-même qu'elle traîne avec elle depuis son enfance. Suite à cela arrive malheureusement un accident de la circulation qui entraîne un traumatisme cervical indirect, et des douleurs qui vont être persistantes, accompagnées d'une détresse psychologique, en présence de facteurs psychosociaux évidents. Il nous paraît très clair que les douleurs dont souffre la patiente ont pour effet d'aggraver son état dépressif, et de rendre moins probable une bonne réponse à un traitement antidépresseur auxquels elles fournissent un facteur de résistance, cela d'autant plus qu'elles sont insuffisamment allégées par des traitements divers, physiothérapeutique, chiropractique, et antalgiques médicamenteux. La dépression elle-même aggrave les douleurs et entraîne un découragement et une démotivation par rapport aux traitements, en faisant apparaître l'avenir comme chargé de souffrances et d'une impossibilité à concevoir un quelconque projet. Le fait que la patiente soit en litige avec le système assurantiel n'est certainement pas de nature à la rassurer, ou à lui donner un quelconque signal de reconnaissance de ses maux et de ses incapacités. Mme K._____ a déjà essuyé une fin de droit aux prestations de chômage (pour des raisons de durée contractuelle), puis une fin de droit aux prestations de l'assurance-accident (pour raison de causalité adéquate niée), et maintenant elle fait face à un refus de reconnaissance de son incapacité de travail dans le cadre de la démarche engagée par l'Al. Elle ne trouve à travers ces refus que la confirmation externe et extrême de son absence de valeur, dont elle est par ailleurs tout à fait convaincue, ce qui ne manque pourtant pas d'accentuer son désarroi. Comme nous l'avons déjà exprimé, l'expertisée n'est pas quérulente ni revendicatrice, et elle est restée tout à fait authentique tout au long de l'examen, en s'excusant parfois de ne pas pouvoir retenir ses pleurs, ce qui ne correspond pas d'après nous à une stratégie détournée de séduction qui serait destinée à nous démontrer sa bonne volonté, et également son authenticité. Nous pensons que l'assurée ne dispose pas de traits de personnalité qui contribueraient à l'expression d'une telle attitude. Raisons pour lesquelles nous estimons que Mme K._____ souffre d'une polypathologie psychiatrique comorbide grave chronique qui restreint considérablement ses capacités et notamment sa capacité de travail. Il est illusoire d'envisager dans ces conditions des possibilités de retour au travail, car l'évolution jusqu'à ce jour a montré clairement déjà les signes d'une chronification, voire

d'une aggravation des troubles. Il n'y a pas d'activité professionnelle exigible quand on se trouve dans l'état de Mme K. _____, même si cet état ne l'empêche pas de soigner ses fleurs, de visiter sa mère dans son appartement situé juste à côté du sien, ou de s'occuper un peu de son ménage et de sa chienne. Les limitations physiques et psychiques dont elle souffre actuellement en raison de ses douleurs, en raison de son état dépressif, en vertu de symptômes anxieux surajoutés, au motif de sa détresse psychologique, ainsi que des troubles cognitifs portant sur son attention, sa faculté de concentration et sa mémoire, relatifs à son état psychopathologique, sont nombreuses, importantes, permanentes, et incompatibles avec une quelconque activité professionnelle. On ne peut pas envisager de remettre au travail une personne qui souffre d'intenses douleurs persistantes, qui doit pour cela prendre plusieurs substances antalgiques fortes, qui ne peut pas s'asseoir pendant plus de quelques dizaines de minutes, qui s'effondre à tout moment en pleurs en raison de sa détresse psychologique, qui souffre d'une baisse de l'humeur importante avec parfois des idées suicidaires, et qui n'a plus aucune confiance en ses capacités en raison d'une part d'un trouble de la personnalité tel que décrit, ainsi qu'en raison des échecs et des pertes qu'elle a déjà subis jusqu'alors et qui n'ont fait qu'aggraver son sentiment de dévalorisation. En conséquence de quoi, nous répondons de la manière suivante aux questions posées, comme suit: Réponses aux questions 1. Anamnèse: voir ci-dessus. 2. Constatations objectives: voir ci-dessus. 3. Plaintes et données subjectives de Mme K. _____: voir ci-dessus. 4. Quels sont les troubles présentés par Mme K. _____, y compris les troubles cognitifs?: voir ci-dessus. 5. Ces troubles ont-ils valeur de maladie? Réponse: Oui, ils ont valeur de maladie, en tous les cas très clairement pour les deux premiers diagnostics posés (syndrome douloureux somatoforme persistant, et épisode dépressif moyen sans syndrome somatique d'évolution prolongée), qui arrivent en tête en raison du fait que leurs manifestations pathologiques sont prédominantes et la principale cause des troubles, difficultés et limitations rencontrées par l'expertisée depuis plusieurs années. 6. Si vous avez posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou une affection présentant le même tableau clinique, comment évaluez-vous le caractère exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de reprendre une activité lucrative adaptée à l'état de santé sur le plan somatique au regard des critères suivants: • Présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique, cas échéant de quelle acuité et de quelle durée (en cas de troubles dépressifs, veuillez préciser s'il est antérieur ou réactionnel au trouble somatoforme); Réponse: nous avons retenu une comorbidité psychiatrique, d'une part à cause de la présence d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique d'évolution prolongée apparu en 2007, qui est antérieur à l'apparition du trouble somatoforme, comme cela a été largement énoncé dans ce qui précède, mais dont le trouble somatoforme ne dépend pas directement, ce qui permet en effet de retenir ce diagnostic (celui d'épisode dépressif), selon les critères de la CIM-10 (Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement — Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic — OMS, Genève (1993). Traduction de l'anglais coordonnée par C.B. Pull. Paris, Masson); d'autre part celui de personnalité dépendante, mal compensée, parce que ce trouble apporte, par le fait qu'il est «mal compensé», sa contribution à l'aggravation des troubles déjà énoncés et diagnostiqués ci-dessus, notamment en se mêlant à l'expression de certains symptômes dépressifs, tels que les sentiments d'incapacité et la perte d'estime de soi, la dévalorisation, comme il conduit également à d'autres expressions pathologiques tels que le besoin de réassurance, le sentiment d'incompétence, des conduites d'évitement, et une diminution des capacités d'adaptation. L'interaction entre troubles mentaux (tels que des troubles dépressifs et

anxieux) et troubles de la personnalité est sans doute plus marquée en ce qui concerne le trouble de la personnalité dépendante (J. Derksen (1995). *Personality Disorders — Clinical & Social Perspectives/Assessment and Treatment based on DSM-IV and ICD-10*). Chichester, John Wiley & Sons).

- Affection corporelle chronique ou processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; Réponse: L'assurée souffre de longue date de douleurs de dos, et des conséquences d'une cervicarthrose étagée, et elle a subi en 97 une opération d'une hernie discale C5-C6 gauche avec fusion (arthrodèse), dont elle a bien récupéré. Selon un des spécialistes consultés (Dr J. _____), elle souffre de cervico-brachialgies gauches dans un contexte de micro-instabilité segmentaire C4-C5, soit intéressant le niveau sus-spondylodésé, souffrance apparue dans les suites de son whiplash datant du 02.04.2009. La source nociceptive principale n'est pas clairement précisée, cela en raison de l'interférence du syndrome dépressif. Ce spécialiste parle aussi de syndrome spondylogène à propos du comportement douloureux, sur la base d'une sursollicitation des éléments facettaires postérieurs mis à contribution à cause de la microinstabilité déjà signalée, dans un contexte d'amyotrophie du plan musculaire profond cervical, de troubles posturaux non réductibles, et des séquelles de son traumatisme cervical indirect suite à l'accident; il évoque donc un remaniement structurel existant, mais qui n'explique qu'en partie le syndrome douloureux complexe dont souffre l'assurée. Il n'y a pas d'autre affection corporelle chronique ou de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable hormis bien sûr les affections qui font l'objet des deux diagnostics principaux, qui sont entièrement assimilables à des processus malades de plusieurs années sans rémission durable.
- Perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie; Réponse: l'assurée n'a jamais été très intégrée socialement, de sorte qu'elle a déclaré elle-même qu'elle avait fait l'apprentissage de l'isolement social dans la maison foraine de campagne de son enfance. Elle a pu néanmoins s'intégrer socialement à travers ses divers emplois professionnels jusqu'en 2007, date à laquelle elle a perdu son dernier emploi. Depuis lors, elle vit dans un isolement social que l'on peut considérer comme important, puisqu'elle n'entretient des relations régulières qu'avec sa mère et son frère. Elle n'a pas d'amis, pas d'amies; elle sort très peu, et n'a aucune activité sociale extra- professionnelle proprement dite. Il y a donc une perte d'intégration sociale qui est bien présente, mais ne touche pas les relations très proches et dépendantes que l'assurée entretient encore avec sa mère surtout, et en partie avec son frère.
- Etat psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie); Réponse: l'expertisée présente un état psychique marqué par la persistance d'un état dépressif de degré moyen, qui a été jusqu'alors peu sensible aux mesures thérapeutiques entreprises, et l'on peut parler ainsi de rigidification ou de chronification de son état psychique, l'assurée ayant par ailleurs peu conscience et peu de capacités d'élaboration des motifs psychiques de son état, car elle présente peu de facultés d'introspection et de mentalisation. Son conflit intrapsychique tourne autour d'une pathologie de l'attachement, propre à sa structure de personnalité (voire à son trouble de personnalité dépendante), avec des difficultés particulières à élaborer un processus d'émancipation et de séparation, et une extrême sensibilité à la crainte de la perte de l'amour de l'objet, voire à la perte de l'objet. Il paraît clair que son état actuel «cristallisé» répond en partie à des besoins inconscients de sollicitude et de proximité avec un objet privilégié, qui se présente dans son univers psychique comme un autre auquel elle adresse, inconsciemment, une demande qui relève de la reconnaissance du lien, seule manière pour elle de ressentir une certaine complétude et une certaine sécurité.
- Echec de

traitement ambulatoire ou stationnaire conforme aux règles de l'art et de mesures de réadaptation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets du trouble; Réponse: comme on l'a vu ci-dessus déjà, il y a effectivement échec de traitement ambulatoire conforme aux règles de l'art et de mesures de réadaptation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée. A cet égard, il faut mentionner le fait que l'expertisée n'a pas été traitée par un psychiatre — psychothérapeute, et qu'elle n'a pas pu bénéficier d'un traitement psychopharmacologique antidépresseur complet, cela dit en insistant sur le fait qu'elle ne se sent pas elle-même redevable d'un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique, et qu'elle craint certains effets secondaires des traitements psychopharmacologiques. On notera, comme signalé ci-dessus, que son état psychique s'est péjoré malgré le fait qu'elle prenne dorénavant, depuis plusieurs semaines, un traitement médicamenteux avec venlafaxine à une dose de 150 mg par jour, considérée comme une dose potentiellement thérapeutique. 7. Quel est l'environnement psychosocial de Mme K. _____ et comment l'appréciez-vous?

Réponse: l'environnement psychosocial de Mme K. _____ est marqué par les suites de son licenciement, mal accepté, par les difficultés et finalement l'impossibilité à retrouver un travail pendant la période de chômage, puis par les conséquences néfastes de l'accident de voiture dont elle a été victime. Il est marqué aussi par le fait que l'assurée se trouve en situation de n'être pas reconnue dans ses souffrances et dans ses difficultés, ses limitations, puisqu'elle a été évincée des prestations de l'assurance-accidents (causalité adéquate niée), puis que la démarche entreprise auprès de l'Al conduit de même à une non reconnaissance de sa situation. Elle vit de l'aide sociale, et elle continue à souffrir de façon permanente de douleurs intenses et d'un état dépressif qui restreignent considérablement ses possibilités sur le plan psychosocial. 8. A. Les troubles présentés par Mme K. _____ sont-ils de nature à empêcher son activité professionnelle, totalement ou partiellement? Réponse: les troubles présentés par Mme K. _____ sont considérés comme graves, surtout du fait de leur intrication (voir synthèse et conclusions), entraînant une aggravation de leurs manifestations respectives, une rigidification et une chronification des troubles, ainsi qu'une résistance au traitement. Comme je l'ai dit dans la discussion (synthèse et conclusions), les symptômes qu'elle présente actuellement et cela depuis plusieurs années pour la dépression, et plus de deux ans pour le trouble somatoforme, sont incompatibles avec une activité professionnelle. Je me permets de répéter ceci: on ne peut pas envisager de remettre au travail une personne qui souffre d'intenses douleurs persistantes, qui doit prendre pour se soulager de ces douleurs plusieurs substances antalgiques fortes, qui ne peut pas s'asseoir pendant plus de quelques dizaines de minutes, qui doit se coucher souvent (elle est alitée pendant 12 à 14 heures par jour), qui s'effondre fréquemment en pleurs, qui présente à l'évidence une détresse psychologique intense, qui a perdu ses repères, qui souffre en outre d'une baisse de l'humeur persistante, avec parfois des idées suicidaires, qui n'a plus aucune confiance en ses capacités, qui se réfugie dans un isolement social qui lui semble protecteur, comme la relation fusionnelle qu'elle entretient encore avec sa mère. Il n'est pas possible, à mon avis, de retenir le fait qu'elle s'occupe un peu de ses fleurs, parfois de son ménage, qu'elle aide un peu sa mère, et qu'elle promène parfois son chien, comme des preuves de ses capacités à fonctionner normalement. Il est évident au contraire qu'elle ne fonctionne pas normalement, malgré ses performances de surface, qui ne sont maintenues qu'au prix de gros efforts, dernier rempart contre un effondrement plus important, qui, à mon avis, aurait déjà pu l'emmener sans cela à une hospitalisation psychiatrique. B. En cas d'empêchement partiel, selon quel taux en %, pour quels motifs et

depuis quand? Réponse: il n'y a pas d'empêchement partiel. 9. A. Existe-t-il des activités adaptées à l'état psychique? Réponse: Non, pas actuellement, et probablement pas à l'avenir, d'après mon évaluation. B. En cas d'empêchement partiel dans une activité adaptée, selon quel taux et pour quels motifs et depuis quand? Réponse: pas d'objet. 10. A. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre à Mme K. _____ d'exercer une activité lucrative? Réponse: des mesures médicales, notamment psychiatriques, seraient encore nécessaires, pour tenter d'améliorer un peu l'état de l'assurée du point de vue de l'humeur, mais elles ne permettraient pas à Mme K. _____ d'exercer encore à l'avenir une autre activité lucrative. B. Si oui quelles sont ces mesures, quel genre d'activité, à quel taux? Réponse: voir ci-dessus; autrement sans objet. 11. Peut-on raisonnablement exiger de Mme K. _____ qu'elle se soumette à des mesures d'ordre professionnel de nature à diminuer son incapacité de travail, si oui lesquelles? Réponse : non. 12. Quel est votre pronostic? Réponse: il est conforme à la logique connue de ces troubles, notamment le trouble somatoforme, qui est bien connu pour être très difficile à traiter, et qui tend souvent à la chronification, ceci chez une expertisée qui souffre en outre d'un épisode dépressif moyen d'évolution prolongée qui dure déjà depuis plus de quatre ans, et qui présente en plus une personnalité dépendante, mal compensée, lequel trouble est également connu pour être très difficile à traiter, cela d'autant plus qu'il s'agit d'une dame de 59 ans, qui n'a pas clairement conscience du caractère en partie psychogène de ses troubles (auxquels le trouble de la personnalité contribue), et qui est dotée d'un passé marqué par les multiples preuves de son manque de valeur, chose dont elle a toujours été convaincue, et que la situation qu'elle vit actuellement ne fait que confirmer. " Dans un avis médical SMR du 21 novembre 2011, le Dr N. _____ a relevé que le Dr Q. _____ ne s'était pas prononcé sur l'expertise de la Dresse Z. _____ de sorte que l'on ne savait pas pourquoi il s'écartait des conclusions de celle-ci. Il observait encore que le trouble dépressif moyen accompagnait presque toujours le syndrome douloureux somatoforme dont il faisait partie intégrante et qui ne saurait en être détaché pour constituer une entité indépendante à l'origine d'une incapacité de travail. Selon le Dr N. _____, et contrairement à ce que disait le Dr Q. _____, l'état dépressif n'était pas antérieur au trouble somatoforme mais synchrone selon ce qui apparaît dans le rapport de la CRR où les douleurs ubiquitaires étaient déjà mentionnées. Quant au trouble de la personnalité, il était déjà présent depuis la fin de l'adolescence et n'avait pas empêché l'assurée d'occuper divers emplois. Il n'y avait pas non plus d'affection corporelle chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Le Dr N. _____ relevait en particulier que l'assurée avait été opérée de la colonne cervicale en 1997 avec un excellent résultat pendant plusieurs années. En ce qui concerne la perte de l'intégration sociale, le Dr N. _____ remarquait que l'expert avait souligné que l'assurée n'avait jamais été très intégrée socialement. Selon le médecin du SMR, elle ne l'était pas davantage maintenant sans que l'on puisse parler de perte dans toutes les manifestations de la vie, l'assurée conservant des relations harmonieuses avec sa famille proche. L'état psychique n'était pas cristallisé, le Dr N. _____ remarquant que la thymie pouvait être moyennement basse selon le Dr X. _____, neutre selon la Dresse Z. _____ ou gravement altérée selon Mme B. _____, psychologue-assistante. Enfin, en l'absence de prise en charge psychiatrique, le Dr N. _____ contestait l'affirmation du Dr Q. _____ selon lequel il y avait eu échec du traitement lege artis. Le Dr N. _____ concluait de ce qui précède que les conditions posées par la jurisprudence pour reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplies. Il concluait également «qu'il n'y a aucune évidence d'aggravation somatique depuis le séjour à

la CRR». Par décision du 13 avril 2012, l'Office a confirmé le projet de décision du 16 mai 2011, se fondant sur l'avis médical du SMR. Ses constatations s'articulaient en ces termes: " Résultat de nos constatations: Par votre demande du 21 janvier 2010, vous avez sollicité des prestations de notre assurance. Selon les renseignements en notre possession et l'enquête ménagère qui a été effectuée à votre domicile, nous retenons le statut d'active à 60 % et de ménagère à 40 %. Suite aux investigations médicales qui ont été entreprises, notamment une expertise médicale auprès de la Doctoresse Z._____, il ressort qu'une capacité de travail et de gains de 70 % d'un taux d'emploi de 100 % est exigible tant dans votre activité de gouvernante que dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes:(somatiques: travaux répétitifs et lourds sollicitant l'épaule surtout lors de mouvements en élévation et abduction, mouvements répétés et statiques extrêmes de la colonne cervicale. Psychiques: sentiment d'incompétence, peur de la critique, besoin de réassurance, conduites d'évitements). Votre activité étant considérée à 60 % active, taux d'emploi que vous exerchiez par ailleurs auparavant, vous pourriez prétendre pour un tel taux, dans votre activité de gouvernante, à un revenu annuel de SFR 39'889.00 pour 2010 (SFR 37'400.00 en 2006 indexé à 2010). Selon nos observations, vous n'avez pas d'empêchement dans la tenue du ménage. Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant: Comparaison des revenus: sans invalidité CHF 39'889.00 avec invalidité CHF 39'889.00 La perte de gain s'élève à CHF 0.00 = un degré d'invalidité de 0 %

Activité partielle	Part Empêchement	Degré d'invalidité active	60%	0%	0%
ménagère	40%	0%	0%	Degré d'invalidité	0%

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité. " B. Par acte du 16 mai 2012, K._____, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus précitée. Elle conclut, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière depuis la date que Justice dira et subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Elle requiert à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire "neutre" (orthopédique, rhumatologique, angiologique, psychiatrique et neuropsychologique). Elle observe en premier lieu qu'au vu d'une part de son âge (58 ans au moment du dépôt de sa demande de prestations et presque 60 ans au jour du dépôt de son recours) et d'autre part, compte tenu de sa désintégration professionnelle décrite par les divers médecins consultés, il ne serait pas raisonnablement exigible de sa part qu'elle mette en valeur une éventuelle capacité de travail résiduelle – pour autant que celle-ci existe. La recourante souligne que le rapport d'évaluation de la CRR, datant de 2009, retenait la présence d'un état dépressif majeur d'intensité moyenne, soit avant que le diagnostic de trouble somatoforme ne soit évoqué au dossier. Se référant aux constatations du Dr J._____, il ne lui paraît pas exclu que le tableau clinique général ait pu, dans l'intervalle, se complexifier du fait de l'apparition d'un trouble somatoforme douloureux. A la suivre, sur la base des constatations et avis des Drs J._____ et Q._____, le trouble somatoforme douloureux se superposerait à une pathologie psychiatrique déjà importante, de sorte que son état de santé ne saurait être examiné sur la seule base du trouble somatoforme douloureux. Il ressortirait des rapports convergents de la CRR, du Dr Q._____ – et même de la Dresse Z._____ – qu'elle présentait un état dépressif ainsi que des troubles de personnalité bien avant son accident de voiture. Partant la pathologie psychiatrique complexe antérieure au diagnostic de trouble somatoforme douloureux dont souffre la recourante justifierait que soit retenue la présence d'une importante comorbidité psychiatrique (telle que décrite par le

Dr Q. _____). Elle ajoute que même dans l'éventualité où le critère de la comorbidité psychiatrique serait jugé insuffisant, les quatre autres critères permettant d'exclure toute exigibilité quant à la mise en œuvre d'une capacité de travail résiduelle seraient de toute manière réunis en l'espèce. A la suivre, les trois critères, à savoir la perte d'intégration sociale, l'état psychique cristallisé ainsi que l'échec du traitement prodigué, suffiraient en l'occurrence vu leur intensité à admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux diagnostiqué. La recourante dénonce encore une instruction insuffisante de la part de l'OAI sur le plan somatique en lien avec d'éventuelles limitations fonctionnelles causées par les comorbidités mises en évidence. Elle avance pour terminer que les conclusions du Dr Q. _____ devraient se voir attribuer une valeur probante supérieure à celles de la Dresse Z. _____ ou, qu'à tout le moins à leur vue, la mise en œuvre d'une expertise s'imposait à l'Office AI. Le 1^{er} juin 2012, le conseil de la recourante s'est adressé à l'OAI en l'informant de la découverte de cellules cancéreuses chez sa mandante et sollicitant un réexamen du cas, dans l'éventualité où l'incapacité de travail provoquée par cette nouvelle atteinte à la santé devait perdurer au-delà d'une année. Par réponse du 9 juillet 2012, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Au terme de l'échange d'écritures ultérieures, les parties ont maintenu l'intégralité de leurs conclusions. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA et 69 al. 1 let. a LAI (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'espèce sur le refus de rente signifié par l'intimé, la recourante soutenant pour sa part, avoir droit à une rente entière compte tenu de son état de santé global qui, à la suivre, l'entraverait totalement dans l'exercice de toute activité professionnelle. La question litigieuse porte ainsi sur l'évaluation de l'incapacité de travail de la recourante compte tenu de son état de santé. 3. a) 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 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. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par

l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40 % minimum (art. 28 al. 1 LAI). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_657/2009 du 15 novembre 2010, consid. 4.1, 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2009 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 261 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1). 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. Il faut encore 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 et la référence citée; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5, 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande

d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, 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; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43, 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 et 8C_392/2010 du 21 décembre 2010, consid. 5.2). 4. a) La Cour de céans observe qu'en préambule de son recours, la recourante précise ne pas contester le statut qui lui a été reconnu par l'autorité intimée, à savoir celui de personne active à 60 % et de ménagère à 40 %. La recourante conteste par contre le diagnostic de trouble somatoforme douloureux voire de fibromyalgie (tel que posé par le Dr H._____ en juillet 2010). Elle se fonde sur le rapport médical d'évaluation interdisciplinaire de la CRR lequel ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ainsi que sur le rapport du 22 juin 2011 du Dr J._____. S'il est certes exact que le rapport de la CRR ne fait pas mention d'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux en tant que tel, il y est toutefois précisé que si l'on s'en tenait aux données objectives, les conséquences physiques de l'accident du 2 avril 2009 devaient être minimisées. Quant au rapport du Dr J._____, il ne mentionne quant à lui pas de diagnostic. Le Dr T._____ est d'avis qu'il n'y avait pas de séquelles organiques de l'accident et évoque un syndrome douloureux d'origine psychogène. La Dresse Z._____ pose quant à elle, clairement le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, le Dr Q._____ posant par ailleurs un tel diagnostic au terme de son expertise. Dans son rapport du 27 août 2011, le Dr J._____ ne pose pas non plus le diagnostic de trouble somatoforme douloureux mais précise que la source nociceptive principale n'a pu être clairement précisée et il l'explique par l'interférence du syndrome dépressif majeur à un état anxieux. Au vu de ces circonstances, la Cour considère qu'il se justifie de retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il est par ailleurs le lieu de relever à ce propos que dans l'anamnèse de son rapport du 22 juin 2011, le Dr J._____ indique notamment que "Madame K._____ a été percutée par l'arrière à 60 km/h, alors qu'elle était à l'arrêt". Or, selon l'analyse de l'accident effectuée par un expert de l'assureur RC du conducteur responsable, la vitesse de celui-ci était en réalité comprise entre 10.1 et 14.4 km/h. Ce dernier élément coïncide au demeurant avec le rapport interdisciplinaire de la CRR où il est spécifié que l'impact l'a été à faible vitesse. Pour le surplus, aucun des médecins consultés (en particulier les spécialistes de la CRR et le Dr T._____) n'ont pu objectiver d'atteintes organiques sévères à la suite de l'accident en question. Cela étant, il convient d'examiner le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux mis en évidence. 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 (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 130 V 352 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 (cf. ATF 132 V

65 consid. 4.2.1 et 131 V 49). 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 (cf. 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 (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3). 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 (cf. en matière de trouble somatoforme douloureux: ATF 130 V 352 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 (cf. ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (cf. TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 3.2 avec les références citées, et TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). 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 (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 et 131 V 49; cf. TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2 et TF I 81/2007 précité loc. cit.). Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit., p. 81 note 135), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/2006 du 31 janvier 2007, consid. 3.3 in fine et jurisprudence citée). En l'occurrence, le Dr X._____ a posé les diagnostics d'état dépressif majeur de gravité moyenne avec syndrome somatique (F32.11) et de personnalité co-dépendante (F60.8). Le Dr H._____ fait état d'une thymie discrètement triste. La Dresse Z._____ pose le diagnostic de personnalité dépendante, mal compensée F60.8, présente depuis que la recourante est jeune adulte et outre le trouble somatoforme douloureux persistant, celui de trouble anxieux et dépressif mixte, présent depuis mai 2007. Le Dr J._____, qui n'est pas psychiatre, pose le diagnostic d'état dépressif majeur. Quant au Dr Q._____, il pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, d'évolution prolongée (F32.10) ainsi que de trouble de la personnalité

dépendante, mal compensée (F60.7). Dans le corps de son expertise, le Dr Q. _____ écrit en substance que les douleurs aggravent l'état dépressif et inversement. Il appert ainsi que la recourante présente effectivement le cas d'un état dépressif en tant que manifestation du trouble somatoforme douloureux. Cet état dépressif ne présente toutefois pas un degré de sévérité suffisant pour autoriser sa distinction sans conteste du trouble somatoforme douloureux. Quant au trouble de la personnalité, il existe depuis de nombreuses années mais n'a cependant jamais empêché la recourante de mener une vie professionnelle. A cela s'ajoute le fait que la recourante n'est pas suivie par un psychiatre, élément qui oblige à relativiser l'importance du trouble psychiatrique l'affectant. En ce qui concerne les autres critères déterminés qui permettent d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, la Cour observe que la recourante entretient des liens sociaux au sein de sa famille puisqu'elle s'occupe quotidiennement de sa mère et qu'elle a de fréquents contacts avec son frère. Elle a été opérée de la colonne cervicale en 1997 avec succès sans qu'il n'existe quelle qu'autre affection chronique distincte du trouble somatoforme douloureux. La recourante n'étant pas suivie sur le plan psychiatrique, il ne saurait être question de l'échec d'un traitement conforme aux règles de l'art. S'il est finalement certes possible de considérer que l'état psychique est cristallisé en raison du trouble de la personnalité marqué par la persistance d'un état dépressif, la Cour ne peut considérer que l'intensité de ce trouble (état dépressif qualifié de degré moyen par le Dr Q. _____) soit telle qu'elle justifie à elle seule de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux. C'est ainsi au final à raison que dans la décision attaquée l'OAI, suivant en ce sens les constatations et conclusions médicales de la Dresse Z. _____, a considéré que la recourante bénéficiait d'une capacité de travail résiduelle de 70 % d'un taux d'emploi à 100 % tant dans son activité de gouvernante que dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et psychiques. Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (TF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011, consid. 4.1, 9C_234/2010 du 7 septembre 2010, consid. 4.2.2 et 9C_713/2007 du 8 août 2008, consid. 3.2; CASSO AI 61/09 – 424/2011 du 7 septembre 2011, consid. 3b). En l'occurrence, en toute activité, la recourante ne subit donc pas de perte de gain dès lors qu'elle dispose d'une capacité résiduelle de travail (70 %) supérieure au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (58 %). Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de se prononcer sur le grief élevé par la recourante en lien avec les difficultés qu'elle rencontrerait pour réintégrer le marché de l'emploi compte tenu de son âge de 58 ans au moment du dépôt de sa demande de prestations, respectivement presque 60 ans au jour du dépôt de son recours. Aussi, au vu du contexte personnel et professionnel de l'intéressée, la mise en valeur d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à son état de santé paraît objectivement exigible.

b) L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mise en oeuvre d'expertise pluridisciplinaire formulée par la recourante. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPG), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212,

n°450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 5. a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4). b) Il s'ensuit que le courrier du 1^{er} juin 2012 du conseil de la recourante informant de la découverte de cellules cancéreuses chez cette dernière ne peut être pris en considération dans le cadre du présent litige, attendu qu'il a été établi après la décision entreprise rendue le 13 avril 2012 et qu'il se limite à solliciter un réexamen du cas de la recourante dans l'éventualité où l'incapacité de travail résultant de cette nouvelle atteinte à la santé devait perdurer au-delà d'une année. 6. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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. 1 bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.