

## VD\_FINDINFO AI 52/12 - 61/2013 vom 20. März 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-03-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_52\\_12\\_-\\_61\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_52_12_-_61_2013)

FR: VD\_FINDINFO AI 52/12 - 61/2013 du 20 mars 2013

IT: VD\_FINDINFO AI 52/12 - 61/2013 del 20 marzo 2013

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, EXPERTISE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### Erwägungen

#### E. 20

mars 2013 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Merz Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Monod, assesseurs Greffière : Mme Pellaton \*\*\*\*\* Cause pendante entre : Z. \_\_\_\_\_, à Mont-sur-Rolle, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI ; art. 7, 8 et 16 LPGA

**E n f a i t :** A. Le 2 septembre 2003, Z. \_\_\_\_\_ (ci-après également : l'assurée ou la recourante), née le [...], mariée et mère de deux enfants adultes, enseignante de formation, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif de "différentes affections médico-chirurgicales". Dans un rapport du 23 septembre 2003, le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics (ayant une répercussion sur la capacité de travail) suivants : "- Fibromyalgie très probablement depuis 1967 mais véritablement évoquée en 91. - Migraines vraies depuis 1967". Il a estimé que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et que l'exercice de l'activité habituelle était exigible à hauteur de 50 % pour une durée indéterminée. A son sens, la capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a joint plusieurs pièces médicales à son rapport. B. Le 11 juin 2004, la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud (ci-après : CPEV) a mis l'assurée au bénéfice d'une pension d'invalidité partielle de 57.1429 % dès le 1 er juin 2004. Le 28 juin 2005, la CPEV a informé l'assurée qu'elle était également mise au bénéfice d'une pension d'invalidité temporaire partielle de 42.8571 % pour la période du 3 mai au 21 décembre 2005. La CPEV a prolongé l'octroi de cette pension, sur l'avis de la Dresse Y. \_\_\_\_\_, médecin cantonal adjoint (cf. courrier du 11 septembre 2006 à la CPEV). C. a) Le 27 janvier 2005, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a rendu un rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), dont on extrait ce qui suit : "A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : - Céphalées chroniques mixtes liées d'une part à des céphalées de tension et d'autre part à une migraine sans aura. - Status après intervention pour suspicion de hernie discale au niveau L4-L5 non confirmée avec possible arachnoïdite post-opératoire. - Syndrome fibromyalgique chronique. - Polyallergie sévère (au soleil, au latex et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens). Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail : - Maladie de Vaquez. B. Incapacité de travail : 80 % d'incapacité de travail du mois d'août 2001 au mois de décembre 2001. Dès décembre 2001, diminution

progressive de la capacité de travail aboutissant dès le mois d'août 2004 à un arrêt de travail de 100 %. [...] D. Données médicales : 1. Traitement du 05.02.1999 au 20.11.2000. 2. Dernier examen le 10 janvier 2005 à la demande de l'AI. [...] Annexe au rapport médical : 1.1. Les douleurs, les raideurs et les faiblesses sont aussi bien liées au syndrome fibromyalgique qu'aux céphalées migraineuses et ont une répercussion telle sur les activités de la vie quotidienne ainsi que professionnelle qu'elles engendrent une incapacité totale d'une quelconque activité. [...] Question page 1: 1. Les limitations fonctionnelles : en raison des douleurs, de la raideur et des faiblesses antalgiques avec lâchages, la patiente est limitée dans toutes les positions statiques mais également lors des changements de position et de la mobilisation. 2. L'évolution (date et taux) de la capacité exigible en tant qu'institutrice : en tant qu'institutrice, la capacité de travail exigible est pour ma part de 50 % jusqu'au 21 novembre 2000. Sur le plan de l'évolution de la maladie entre le mois de février 1999, lorsque j'ai vu la patiente pour la première fois, et le mois de novembre 2000 lorsque je l'ai vue pour la dernière fois, la situation s'est progressivement dégradée, non seulement des douleurs diffuses mais également sur le plan des céphalées. Les traitements entrepris n'avaient aucun effet positif. C'est depuis décembre 2001 que la patiente a eu une incapacité [capacité] de travail qui s'est réduite de manière progressive avec une incapacité totale dès le mois d'août 2004. 3. L'évolution (date et taux) de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles citées au point 1 : idem que pour la question 2 puisque le handicap fonctionnel est identique pour tout type d'activité." Dans un rapport du 16 mars 2005, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en hématologie, auquel l'assurée avait été adressée par son médecin traitant (le Dr P. \_\_\_\_\_), a confirmé le diagnostic de syndrome myéloprolifératif de type polycythemia vera (maladie de Vaquez), existant depuis fin 2003 et ayant à son sens des répercussions sur la capacité de travail. Il a estimé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et a renvoyé aux rapports du Dr P. \_\_\_\_\_ concernant l'appréciation de l'incapacité de travail. b) Le 19 avril 2005, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a établi une expertise médicale, à la demande de l'OAI, contenant une anamnèse, les plaintes subjectives de l'assurée, des constatations objectives, une appréciation du cas et les réponses aux questions posées par l'OAI. Cette expertise a notamment tenu compte des examens complémentaires réalisés en 1991, 1996, 2000 et 2005 (radiographies et IRM). Le Dr L. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants : - Syndrome douloureux chronique sous la forme d'une fibromyalgie ; - Lombalgies accompagnant des pseudo-sciatalgies gauches chroniques ; - Troubles statiques discrets ; - Migraines chroniques ; - Maladie de Vaquez ; - Status après laminectomie exploratrice L5 gauche le 14 juin 1990. On extrait de l'expertise ce qui suit : "REponses AUX QUESTIONS • Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé ? 85 % d'une pleine capacité de 100 % d'une activité légère excluant les ports de charges au-delà de 15kg, les mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis et autorisant l'alternance de la position assise et debout. • A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25 % au moins ? Selon le rapport médical du Dr P. \_\_\_\_\_ du 9 septembre 2003, il ressort que l'assurée travaillait 22 périodes sur 28 soit 78,57 % dès le 27 août 2001, avec une capacité de travail de 64,2 % soit 18 périodes sur 28 dès le 26 novembre 2002. • Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'assurée a diminué son taux d'activité à 42,85 % soit 12 périodes par semaine dès la reprise de l'année scolaire au 18 août 2003, avec un arrêt de travail à 100 % depuis la rentrée scolaire d'août 2004. • Pronostic (de la capacité de travail) ? Le pronostic est réservé

au vu de l'intensité de la symptomatologie douloureuse, allégation subjective ne pouvant être intégrée à la capacité de travail objective de l'assurée. Au-delà de sa problématique ostéo-articulaire, il ressort un état migraineux, qui selon l'assurée reste le principal facteur limitant à la reprise de son activité professionnelle, et plus récemment sa maladie de Vaquez. • La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Non. Nous ne connaissons actuellement aucun traitement efficace permettant de soulager un syndrome douloureux chronique de façon durable. La patiente pourrait bénéficier d'une médication antidépresseur reconnue pour son effet antalgique, s'y associant des médicaments antalgiques à la demande et la poursuite d'une activité physique régulière. • La capacité de travail, peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel ? Non. • Un reclassement professionnel est-il judicieux ? C'est dans son activité professionnelle d'enseignante que l'assurée sera le plus à même de mettre en valeur sa capacité de travail maximale résiduelle. • Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé ? Mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis, travaux lourds, ports de charge supérieurs à 15kg, travail autorisant alternant [sic] la position assise et debout. • La capacité de travail, peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires ? Non. • Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté ? 85 %, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement." c) Le 29 juillet 2005, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise psychiatrique contenant une anamnèse – notamment un extrait du dossier médical –, les plaintes de l'assurée, des constatations objectives – notamment le résultat d'examens cliniques –, une discussion, une appréciation de la capacité de travail ainsi que des propositions thérapeutiques. On extrait ce qui suit de cette expertise : "4. DIAGNOSTICS Axe I : Trouble somatisation F45.0 (300.81) Trouble douloureux lié à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale F45.4 (307.89) Trouble de conversion à présentation mixte F44.7 (300.11) Trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle légère F32.4 (296.24) Trouble panique avec agoraphobie F40.01 (300.21) Axe II : Diagnostic différé (799.90) Axe III : Maladie de Vaquez Polyallergie Status post laminectomie exploratrice L5 gauche en juin 1990 Axe IV : Départ de la fille aînée ; maladie de la fille cadette ; rupture avec la famille élargie ; arrêt de travail Axe V : EGF actuel de 55 points. 5. DISCUSSION [...] Nous avons connaissance de douleurs de type fibromyalgique dès l'adolescence, ainsi que d'importantes lombosciatalgies dès 1990, auxquelles s'ajoutent actuellement des nualgies et une fatigue généralisée. Hormis de légers troubles statiques, aucun fondement organique n'est signalé par l'expertise rhumatologique, qui ne reconnaît pas un caractère nettement invalidant à cette atteinte. Les douleurs dépassent ce qui pourrait être attendu sur la base du substrat organique, et ont une ampleur supérieure à celles impliquées normalement par un trouble somatisation. Pour ces raisons, nous retenons le diagnostic de trouble douloureux. Celui-ci paraît associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, étant donné les troubles statiques et leur impact sur la capacité de travail reconnus par l'expertise rhumatologique. [...] Sur le plan thymique, nous constatons actuellement un état dépressif majeur, d'intensité légère. N'ayant pas connaissance d'antécédents thymiques majeurs par le passé ni d'une rémission complète du tableau depuis son apparition, nous retenons un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle légère. A noter qu'un état dysthymique antérieur ne peut pas être exclu, ni même un état dépressif majeur dans l'enfance suite aux viols. Etant donné les crises d'anxiété neurovégétative paroxystiques hebdomadaires ainsi que l'évitement de la foule et de plusieurs autres situations, nous retenons le diagnostic de

trouble panique avec agoraphobie. Le questionnaire des attaques de panique spontanée n'indique pas une peur de mourir ou de perdre le contrôle de soi ; toutefois, chez une assurée mettant en avant des manifestations somatoformes et posant de fortes exigences envers elle-même, il est probable que l'anxiété psychique présente durant les attaques de panique est légèrement sous-estimée. Nous ne retenons pas de trouble de la personnalité ni de traits nettement morbides chez cette assurée paraissant avoir assumé un bon fonctionnement socioprofessionnel jusqu'à ces dernières années. Toutefois, de très importantes défenses psychosomatiques sont indiquées par la symptomatologie du registre somatoforme. Une tendance au déni peut également être mise en évidence à plusieurs occasions par le passé, associée à de fortes exigences envers soi-même. Nos investigations ne sont pas suffisantes pour écarter une morbidité de la personnalité. Les limitations fonctionnelles découlent en premier lieu des affections somatoformes avec des migraines, des douleurs diffuses, de la fatigue, une série d'allergies importantes, des pertes de force et des pertes d'équilibre, des troubles gastro-intestinaux ainsi que des troubles visuels et auditifs. Sur le plan anxieux, la tension, l'inquiétude, les manifestations d'anxiété neurovégétative et l'agoraphobie sont également limitatives. Dans le registre thymique, nous pouvons signaler les sentiments de dévalorisation et de culpabilité fréquents, l'aboulie relative et les troubles de la mémoire et de la concentration. [...] L'assurée développe toutefois une vie socioprofessionnelle réussie, travaillant comme enseignante et épousant un homme dont elle a deux filles en 1981 et 1985. Malgré l'évocation de ses abus à l'époux, l'assurée paraît évacuer tout abord explicite de cette problématique [sic]. Celle-ci paraît manifestée uniquement sur le registre somatoforme et toute mise en doute de l'organicité des symptômes par les médecins est vécue comme un abandon important. De nombreux éléments peu conscients dans la vie de l'assurée renvoient également à la problématique d'abus, que ce soit le choix de suivre des élèves de 9 à 10 ans ou la recrudescence de la symptomatologie en 1990, peu après la reprise de cet emploi et alors que la fille aînée atteint le même âge. Elle présente en 1990 et 1991 des incapacités de travail, et abandonne progressivement son activité accessoire de 20 % avec l'époux. Elle maintient un taux de travail de 80 % jusqu'en 1999 au moins. A partir de 1999, l'expertisée paraît présenter une nouvelle péjoration de son état de santé, et relie de façon croissante son vécu émotionnel avec son passé d'abus. En particulier à partir du printemps 2001, elle se trouve confrontée à une problématique d'abus sexuel d'enfants de sa classe, et s'engage pour la mise en place d'une prise en charge juridique et psychosociale. Elle aborde également cette problématique avec sa physiothérapeute, avant de la révéler à ses parents en août 2001. Cet épisode, s'il permet de renouer de meilleurs contacts avec les parents, entraîne également des tensions croissantes avec la plupart des oncles et tantes. Dans ce contexte tendu, l'abord du vécu d'abus reste longtemps problématique, et entraîne plutôt une péjoration de l'état. Les fortes exigences de l'assurée vis-à-vis d'elle-même lui permettent de maintenir son activité d'enseignante. Toutefois, toujours en lien avec ses mécanismes de défense, elle ne parvient pas à s'engager dans une prise en charge psychiatrique, ni à abandonner durablement l'activité professionnelle très investie. Elle réduit son activité à 64,2 % durant l'année 2002-2003. En été 2003, peu après avoir appris la thyroïdite de sa fille, qu'elle vit avec un certain sentiment de culpabilité, elle réduit son taux de travail à 42,85 %. En hiver 2003, elle est hospitalisée d'urgence à Morges pour des douleurs aiguës. Selon ses dires, une maladie de Vaquez se développe dès cette période, et se trouve diagnostiquée en juin 2004. Cette atteinte organique entraîne une nouvelle péjoration sur le plan psychique, et aboutit à une incapacité de travail totale depuis l'été 2004. A partir de janvier 2005, l'assurée paraît

renoncer à la reprise rapide de son activité professionnelle, et semble désireuse de s'engager dans une prise en charge psychothérapeutique. Le départ de la fille, en mai 2005, constitue probablement un facteur d'entretien. La forte sensibilité à tout élément réactivant le vécu d'abus sexuel est manifestée lors de l'expertise rhumatologique avec le Dr L. \_\_\_\_\_, accusé de violer le secret médical, d'imposer un examen clinique insupportable et de ne pas reconnaître la douleur de l'expertisée. Le pronostic est réservé pour la récupération d'une capacité de travail dépassant les 30 %. Les éléments défavorables sont l'épuisement total des ressources adaptatives, l'incapacité actuelle à se projeter dans l'avenir, le départ prévisible de la deuxième fille, l'état de santé des parents, le conflit familial global et l'impossibilité jusqu'à présent d'administrer un traitement psychotrope. Les éléments pronostiques positifs sont la motivation pour une prise en charge psychothérapique et les démarches faites dans ce sens, les relations harmonieuses au sein de la famille nucléaire, le rapprochement avec le frère et le père, la motivation pour l'emploi, l'absence de difficultés relationnelles dans ce cadre ou de phénomène de burn out.

#### 6. DEGRE DE LA CAPACITE DE TRAVAIL

D'un point de vue psychiatrique, nous pouvons reconnaître une incapacité de 57 % depuis août 2003 et une incapacité de travail totale depuis août 2004. Des mesures professionnelles ne peuvent être projetées. Toute attente de reprise d'une activité professionnelle serait actuellement contre-productive, l'assurée se montrant très sensible face à toute exigence après avoir soutenu une forte pression durant de nombreuses années. La reconnaissance par l'AI du handicap de cette assurée constituera aussi une reconnaissance de sa souffrance, et peut contribuer positivement à son rétablissement. Une réévaluation est indiquée d'ici deux ans auprès du psychiatre avec lequel elle devrait entamer une prise en charge." Selon une note interne de l'OAI du 19 août 2005, l'assurée aurait exercé la profession d'enseignante à titre principal et à titre secondaire une activité d'aide au sein de l'entreprise de son mari. d) Le 26 octobre 2005, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a établi un avis médical dont on extrait ce qui suit : "Dans le rapport médical initial du médecin traitant, le 23.09.2003, la capacité de travail était de 50 % en raison de fibromyalgie très probablement depuis 1967 mais véritablement évoquée en 1991 et migraines vraies depuis 1967. Le rapport médical du 28.05.2005 fait état du diagnostic de maladie de Vaquez dès décembre 2003 et d'un état anxio-dépressif justifiant d'une incapacité de travail totale dès le 16.08.2004. Selon l'hématologue, la maladie de Vaquez ne justifie pas d'incapacité de travail. Quant à l'état anxio-dépressif, le diagnostic n'a pas été retenu dans l'expertise psychiatrique. L'expertise rhumatologique, avril 2005, fait état d'un syndrome douloureux chronique sous la forme d'une fibromyalgie, de lombalgies accompagnant des pseudo-sciatalgies G chroniques, des troubles statiques discrets, la maladie de Vaquez et un status après laminectomie exploratrice L5 en 1990. L'expert a écouté les plaintes de l'assurée. Il n'est cependant pas fait mention de l'accident de ski en mars 2003. Selon l'expert, la capacité de travail est de 85 % en respectant les limitations fonctionnelles somatiques. Le travail de l'assurée est un travail adapté à ses limitations fonctionnelles et des mesures professionnelles ne se justifient pas. L'expertise psychiatrique fait état d'un trouble de somatisation, d'un trouble douloureux lié à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, d'un trouble de la conversion à présentation mixte, d'un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle légère et d'un trouble panique avec agoraphobie. Dans la discussion, les troubles de somatisation ne présentent pas de caractères invalidants. Les troubles paniques avec agoraphobie n'ont pas empêché l'enseignement et la fréquentation des salles des maîtres ni le ou les moyens de transport au travail à notre

connaissance. Quant au trouble somatoforme douloureux persistant, il n'est accompagné ni d'un trouble dépressif d'intensité sévère, ni d'un trouble de la personnalité ni de signes florides de la lignée psychotique. Il n'y a pas de perte de l'intégrité sociale, l'assurée ayant de tout temps vécu en harmonie avec son mari et ses deux filles. L'assurée n'a pas désiré de suivi psychiatrique auparavant. Signalons l'accident de ski de mars 2003, activité sportive peu compatible avec la symptomatologie psychiatrique et les plaintes rhumatologiques. Concernant les migraines et les céphalées, elles sont déjà décrites en 1991 comme très fréquentes (voir le rapport neurologique du Dr V. \_\_\_\_\_). Décrites comme quotidiennes en 1999 par le neurologue traitant, le Dr R. \_\_\_\_\_, et ayant débuté à l'adolescence. Selon le neurologue traitant inexigibilité totale. Les céphalées et les migraines sont prises en charge d'une manière certaine depuis une quinzaine d'années, très probablement depuis plus longtemps et n'ayant pas empêché l'assurée d'exercer sa profession d'enseignante auparavant. Nous retenons les conclusions du Dr L. \_\_\_\_\_, à savoir capacité de travail de 85 % (100 % avec baisse de rendement de 15 %) depuis novembre 2002. La profession d'enseignante est un métier adapté aux limitations fonctionnelles et aucune mesure de reconversion professionnelle n'est à envisager." e) Par décision du 28 avril 2006, l'OAI a refusé d'allouer une rente à l'assurée, le degré d'invalidité de celle-ci, reconnu à 15 %, étant insuffisant pour ouvrir un tel droit. Dans un courrier du 26 mai 2006, l'assurée a fait opposition à cette décision. Elle a soutenu que son état de santé était incompatible avec la profession d'enseignante et qu'il nécessitait une médication très lourde et de longue durée, entraînant de sérieux effets secondaires. Dans un courrier du 26 juin 2006, l'assurée – représentée par DAS Protection Juridique SA – a complété son opposition, déclarant notamment avoir longtemps travaillé comme enseignante à un taux avoisinant les 80 %, les 20 % restants étant consacrés à une activité d'aide à son mari, viticulteur-pépiniériste. Elle a soutenu que l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ satisfaisait les critères jurisprudentiels relatifs à la force probante et que c'était donc à tort que l'OAI avait écarté les conclusions de celle-ci. S'appuyant sur cette expertise, elle a souligné qu'elle présentait quatre affections psychiatriques en comorbidité avec le trouble somatoforme douloureux et des limitations fonctionnelles qui justifiaient de reconnaître un caractère invalidant à son trouble somatoforme douloureux. D. Le 14 août 2007, la CPEV a rendu une décision refusant le versement d'une pension d'invalidité définitive complémentaire de 42.8571 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, ceci après examen du dossier de l'OAI. Le 2 novembre 2007, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances (cause PP 29/07). E. a) L'OAI a confié un mandat d'expertise au Centre d'expertise X. \_\_\_\_\_ (ci-après: Centre X. \_\_\_\_\_), lequel a rendu son rapport le 22 mai 2008 (expertise réalisée par les Drs W. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et M. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie). Cette expertise comprend notamment des données personnelles et administratives, une analyse du dossier – avec rappel des pièces versées au dossier –, des données subjectives, des données objectives, des résultats d'examens complémentaires, une étude du dossier radiologique, une synthèse, la discussion du cas et les réponses aux questions de l'OAI. On extrait de ce document ce qui suit : " Situation actuelle : Sur le plan psychique , l'assurée estime ne pas avoir de troubles justifiant une incapacité de travail. Si elle a eu des moments dépressifs, des idées suicidaires, des angoisses, l'humeur n'est plus que ponctuellement abaissée. Le sommeil est de mauvaise qualité, mais il s'agit d'une histoire ancienne , l'image de soi et la confiance en soi sont atteintes, des sentiments de culpabilité sont rapportés. L'appétit est diminué comme la libido. A l'observation, on

découvre une femme mobile, qui peut être souriante, de corpulence normale, alors qu'elle s'estime trop grosse. On ne relève aucun comportement douloureux, aucun trouble de l'humeur, avec une expression émotionnelle normalement fluctuante, il n'y a aucun indice en direction d'une psychopathologie particulière, aucun indice d'un trouble de la personnalité grave. En résumé, hormis l'inquiétude perceptible, il n'y a pas de psychopathologie invalidante mise en évidence. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a effectué une expertise en 2005. L'observation de l'assurée est relativement superposable à la nôtre. L'expert administre par ailleurs un certain nombre de tests, aussi bien d'auto que d'hétéro-évaluation. Il pose les diagnostics selon le DSM-IV de 1. Trouble somatisation 2. Trouble douloureux lié à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale. 3. Trouble de conversion à présentation mixte 4. Trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité légère 5. Trouble panique avec agoraphobie L'expert ne retient par ailleurs pas de troubles de la personnalité. Ces diagnostics sont dans l'ensemble à notre sens justes, notamment pour l'épisode dépressif léger et l'absence de trouble de la personnalité. Les trois premiers diagnostics se réfèrent aux Troubles somatoformes, même si on peut admettre une importance relative à l'affection médicale générale, celle-ci ne suffisant pas pour expliquer l'évolution vers un trouble douloureux aussi étendu. Le trouble de conversion est possible, mais les symptômes décrits, qui sont essentiellement du registre neurovégétatif, peuvent se retrouver aussi dans les troubles paniques. Quoiqu'il en soit, les deux derniers diagnostics ont régressé selon l'assurée et ne sont plus incapacitants. En général, ces troubles réagissent bien au traitement cognitivo-comportemental et aux psychotropes. Lors de la première expertise psychiatrique, l'assurée ne consommait pas de psychotrope, actuellement il lui est prescrit 10mg de Cipralex par jour. A lire l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, où on découvre la description de multiples limitations, on ne comprend pas quel est le diagnostic prédominant qui justifie l'incapacité de travail totale depuis août 2004. Conclusions: Sur le plan neurologique, Mme Z. \_\_\_\_\_ présente de longue date des céphalées dont la description évoque des céphalées migraineuses pouvant parfois se compliquer d'une aura visuelle et sensitive devenues actuellement chronifiées. Ces céphalées migraineuses sont actuellement intriquées à des céphalées en casque quotidiennes à point de départ cervical évoquant dans le contexte des céphalées tensionnelles. [...] Outre la composante migraineuse et tensionnelle, il est probable que les maux de tête dont souffre actuellement Mme Z. \_\_\_\_\_ connaissent une composante médicamenteuse étant donné l'importance de la prise d'AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens], d'antalgiques et de Triptans. Par ailleurs, Mme Z. \_\_\_\_\_ souffre donc dans le contexte de douleurs multiples du rachis et des 4 extrémités de douleurs lombaires se compliquant de quelques irradiations douloureuses dans le membre inférieur gauche pour lesquels les examens radiologiques complémentaires (radiculographie) n'ont pas démontré de récurrence de hernie discale mais une fibrose. L'examen neurologique actuel ne révèle pas de syndrome lombovertébral significatif. On relève tout au plus des points de Valleix fessiers gauches un peu sensibles ainsi qu'une manoeuvre de Lasègue sensible en fin de mouvement à gauche. Il n'y a pas de déficit radiculaire, l'hypoesthésie tactile et douloureuse signalée par la patiente n'ayant clairement pas une topographie radiculaire. Les douleurs précitées peuvent correspondre à une discrète irritation radiculaire en relation avec des douleurs de désafférentation et une fibrose postopératoire mais il est probable que la composante de périarthropathie de hanche joue un rôle important dans cette composante des plaintes. [...] En ce qui concerne la capacité de travail en tant qu'enseignante, on doit admettre que l'importance actuelle des céphalées

entraîne une certaine réduction de la capacité de travail de Mme Z.\_\_\_\_\_ sous forme d'un absentéisme aboutissant à une perte de rendement que l'on peut globalement estimer comme de 30 %. Le retentissement des lombosciatalgies gauches sur la capacité de travail sera évalué dans le cadre de l'appréciation rhumatologique figurant ci-dessous. Sur le plan rhumatologique, en conclusion, Mme Z.\_\_\_\_\_ présente des lombosciatalgies gauches chroniques depuis 1990 sans déficit neurologique. Elle se plaint également des douleurs diffuses, de type syndrome douloureux chronique, prédominant au niveau cervical, avec une diminution de la mobilité cervicale. Les radiographies cervicales sont dans les limites de la norme pour son âge. On note également une arthrose débutante des mains avec des douleurs occasionnelles. En raison de tous ces problèmes, elle est limitée surtout dans les travaux lourds, les positions assise ou debout prolongées et les positions penchées en avant. A noter qu'elle a travaillé de 1990 à 2004, malgré ses problèmes ostéoarticulaires. En raison des limitations mentionnées ci-dessus, sa capacité de travail dans son ancienne activité d'enseignante est de 85 % du point de vue rhumatologique, comme mentionnée dans l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, c'est-à-dire avec une diminution de rendement de 15 % (difficulté à rester longtemps dans une même position, difficulté à se pencher en avant...). Sur le plan de la médecine interne, l'assurée présente actuellement une maladie de Vaquez stable, ainsi qu'un traitement n'entraînant que peu d'effets secondaires aux doses administrées. La capacité de travail actuelle de l'assurée est de 100 %. Sur le plan psychique, on relève une certaine discordance entre les plaintes et l'observation, cette dernière ne met pas en évidence de trouble de l'humeur important, celle-ci est actuellement du niveau d'une dysthymie, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, l'assurée est souriante, à l'aise dans l'entretien, sans signes anxieux ou de troubles neurovégétatifs. Il y a eu régression des attaques de panique et des troubles anxieux plus généralement. Compte tenu également de l'absence de trouble de personnalité, la capacité de travail peut être estimée complète et sans diminution de rendement. L'assurée admet elle-même ces conclusions. La présence de fibromyalgie pose la question du trouble somatoforme. Celui-ci est possible, même en présence d'affections comme les migraines ou une maladie de Vaquez en rémission. Il manque un certain nombre de critères, notamment la détresse qui dans le Mental Health Index est relativement basse. Les autres scores aux questionnaires parlent plutôt en faveur d'un comportement d'invalidé relativement ego-syntonique. Si le diagnostic de trouble somatoforme devait être retenu, on notera qu'il y ni comorbidité psychiatrique importante, ni isolement social.

VII. Réponses aux questions de l'Assurance Invalidité A. Questions cliniques [...] 4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10) 4.1. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? Céphalées actuellement mixtes vasomotrices, tensionnelles et médicamenteuses (présentes depuis l'âge de 18 ans mais en aggravation significative depuis 1999/2000). Lombosciatalgies gauches résiduelles après cure de hernie discale (juin 1990) en relation probable avec des douleurs de déafférentation, une fibrose postopératoire et une périarthropathie de hanche. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? Arthrose débutante des mains Fibromyalgie Dysthymie [...] B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Sur le plan physique Sur le plan neurologique, les céphalées mixtes, de part leur importance et leur fréquence entraînent une perte de rendement dans l'activité d'enseignante sous forme d'un absentéisme. Sur le plan rhumatologique, les lombosciatalgies résiduelles la limitent uniquement dans les travaux lourds, les positions assise ou debout prolongées ou penchée en avant. Sur le plan psychique et mental Aucune Sur le plan social Aucune Sur les

plans médecine interne et psychiques, la capacité de travail est complète sans diminution de rendement. [...] 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Sur le plan rhumatologique, les lombosciatalgies gauches résiduelles diminuent son rendement de 15 % avec, en tant qu'enseignante dans le primaire, difficultés à rester penchée en avant, difficulté à rester longtemps assise ou surtout debout. Sur le plan neurologique, comme mentionné plus, les céphalées entraînent un absentéisme à l'origine d'une perte de rendement dans l'activité d'enseignante de 30 %. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Capacité complète (avec diminution de rendement) 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Capacité complète (avec diminution de rendement) [...] 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Sur le plan rhumatologique, depuis 1990 Sur le plan neurologique, depuis 1990 (?). 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Sur le plan rhumatologique, il est resté inchangé. Sur le plan neurologique, il est resté globalement inchangé. Sur le plan médecine interne, les incapacités de travail due à la maladie de Vaquez et son traitement n'ont été que ponctuelles. Sur le plan psychique, il n'y a pas d'évidence d'incapacité de travail durable lors des dernières années. [...] C. Influences sur la réadaptation professionnelle [...] 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ? [...] 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Sur le plan somatique, non si l'activité est bien adaptée. Sur le plan neurologique, toute activité potentiellement exigible serait entachée d'un absentéisme relativement important lié aux céphalées que l'on peut estimer comme représentant une perte de rendement globale de 30 %. [...] Remarques et/ou autres questions: L'incapacité de travail somatique globale rhumatologique et neurologique est de 30 %, les pertes de rendement en raison des céphalées et des douleurs n'étant pas additionnelles." D'un avis médical du SMR du 23 juin 2008, on extrait ce qui suit : "Les experts confirment l'absence de pathologie psychiatrique invalidante. Sur le plan rhumatologique, les LF [limitations fonctionnelles] induisent une diminution de rendement de 15 %, ainsi que retenue selon l'appréciation du SMR en 2005, sur laquelle a été basé le refus d'octroi de prestations. Ce que retiennent par contre les experts comme affection invalidante est d'origine neurologique. Ces derniers estiment en effet que les céphalées mixtes, vasomotrices, tensionnelles et médicamenteuses présentes depuis l'âge de 18 ans, mais en aggravation significative depuis 1999/2000, de par leur importance et leur fréquence entraînent un absentéisme à l'origine d'une perte de rendement dans l'activité d'enseignante de 30 %. En conclusion, selon l'avis des experts, en tenant compte à la fois de la problématique ostéoarticulaire et neurologique (pertes de rendement non additionnelles), l'IT [incapacité de travail] globale à considérer est de 30 %." b) Par décision sur opposition du 12 août 2008, l'OAI a retenu qu'avant la péjoration de son état de santé, l'assurée a travaillé à plein temps, principalement en tant qu'enseignante (80 %) et subsidiairement avec son mari (20 %). L'évaluation du degré d'invalidité a été réalisée séparément pour chacune de ces activités, par rapport à un taux d'activité de 100 %, puis pondérée par le temps consacré à chacune d'elles. Dans la comparaison des revenus, l'OAI a obtenu, s'agissant de l'activité d'enseignante, un degré d'invalidité de 12,5 % pour un taux de 100 %, correspondant à un degré de 10 % pour un taux de 80 %. Il a renoncé à estimer le degré d'invalidité dans l'activité d'aide au mari, compte tenu du fait que même si une invalidité totale devait être reconnue dans cette activité, le degré d'invalidité total ne pourrait dépasser 30 %. L'OAI a rejeté l'opposition et confirmé la décision contestée. F. a) Le 16 septembre

2008, Z. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès du Tribunal cantonal des assurances, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité à hauteur que justice dirait, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire (cause AI 473/08). Elle a fait valoir que l'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_ du 22 mai 2008 comportait nombre de contradictions avec les pièces figurant au dossier. Dans un complément au mémoire de recours du 22 octobre 2008, la recourante a précisé ses griefs à l'encontre de l'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_. Elle en a nié la valeur probante, au motif qu'elle n'était pas basée sur l'ensemble des documents médicaux du dossier et comportait des erreurs, comme le fait qu'elle aurait bénéficié d'un traitement comportant des AINS, alors qu'elle y était allergique ; qu'elle aurait consulté un rhumatologue, le Dr N. \_\_\_\_\_, alors que ce dernier était en réalité hématologue et finalement que la maladie de Vaquez était stable, alors qu'elle était incurable. Elle a finalement déclaré que l'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_ recelait nombre de jugements de valeurs. Elle a également contesté le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI. La recourante a indiqué qu'une expertise allait être mise en œuvre dans le cadre de la procédure ouverte à l'encontre de la CPEV (PP 29/07) et a requis la suspension de la procédure ouverte à l'encontre de l'OAI jusqu'à droit connu sur cette expertise. b) Par décision du 19 janvier 2009, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal – qui a succédé au Tribunal cantonal des assurances – a rejeté la requête de suspension, au motif que la procédure ouverte à l'encontre de la CPEV n'était pas de nature à influencer la procédure ouverte à l'encontre de l'OAI, la définition de l'invalidité n'étant pas la même en matière d'assurance-invalidité qu'en matière de prévoyance professionnelle. G. Par arrêt du 23 février 2010 (AI 473/08), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours formé par l'assurée contre la décision du 12 août 2008 de l'OAI, qu'elle a ainsi confirmée. Z. \_\_\_\_\_ a recouru contre le jugement du 23 février 2010 auprès du Tribunal fédéral (cause TF 9C\_439/2010). Elle a conclu, à titre principal, au renvoi de la cause à la Cour de céans pour complément d'instruction et nouveau jugement. A titre subsidiaire, elle a conclu à la réforme du jugement cantonal, en ce sens qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> août 2003, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005. H. L'expertise ordonnée par la CPEV a été mise en œuvre par la policlinique A. \_\_\_\_\_ (ci-après : policlinique A. \_\_\_\_\_). Les Drs Q. \_\_\_\_\_, G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ ont rendu un rapport le 16 mars 2010. Cette expertise a conduit la CPEV à reconnaître à la recourante, par décision du 5 mai 2010, une invalidité de 100 %. La recourante a retiré son recours à l'encontre de cette caisse. I. Le 19 mai 2010, Z. \_\_\_\_\_ a présenté une demande de révision du jugement du 23 février 2010 auprès du Tribunal cantonal, produisant le rapport d'expertise de la policlinique A. \_\_\_\_\_ du 16 mars 2010, selon lequel sa capacité de travail ne dépassait pas 20 %. Cette demande de révision a été rejetée par la Cour de céans par décision du 6 octobre 2011 au motif que l'on ne se serait pas trouvé en présence d'un élément de fait nouveau antérieur à l'arrêt du 23 février 2010 qui aurait été découvert postérieurement à celui-ci (cause AI 200/10). Le 9 décembre 2011, Z. \_\_\_\_\_ a également recouru contre la décision du 6 octobre 2011 auprès du Tribunal fédéral, concluant principalement à son annulation et à l'admission de la demande de révision (cause TF 9C\_926/2011). Elle a pris les mêmes conclusions subsidiaires que dans son recours du 19 mai 2010 et a demandé la jonction des deux causes. J. La II<sup>e</sup> Cour de droit social du Tribunal fédéral a joint les deux causes et rendu un arrêt le 27 février 2012 (TF 9C\_439/2010 et 9C\_926/2011). Elle a tout d'abord rappelé qu'une demande de révision ne pouvait être déposée qu'à l'encontre d'une décision entrée en force. Elle a constaté que

lorsque le Tribunal cantonal avait statué sur la demande de révision du jugement du 23 février 2010, celui-ci n'était pas entré en force, puisqu'il avait été déféré au Tribunal fédéral par la recourante. Elle a ainsi rejeté le recours formé contre la décision du 6 octobre 2011 et réformé le ch. I du dispositif de ladite décision en ce sens que la demande de révision était irrecevable. Le Tribunal fédéral a par ailleurs admis le recours formé contre le jugement du 23 février 2010, annulant ce dernier et renvoyant la cause à la Cour de céans pour qu'elle rende un nouveau jugement, conformément aux considérants, dont la teneur est notamment la suivante : "5.3 Contrairement à ce qu'a retenu la juridiction cantonale dans l'ordonnance du 19 janvier 2009, la procédure dans le domaine de la prévoyance professionnelle présentait un lien de connexité matérielle et temporelle avec le rapport de droit litigieux sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité, de sorte que le moyen de preuve mis en oeuvre sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire pouvait influencer son appréciation dans la procédure en matière d'assurance-invalidité (dont l'instruction avait du reste été confiée au même juge instructeur). La caisse de pensions applique certes une définition à première vue plus large (incapacité durable "de remplir tout ou partie de sa fonction ou d'une autre fonction de substitution" ; cf. art. 54 de la loi cantonale vaudoise du 18 juin 1984 sur la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud [LCP ; RS VD 172.43]) de l'invalidité que celle prévue à l'art. 8 LPGA (en relation avec les art. 7 et 16 LPGA), celle-ci restant pertinente pour la prévoyance obligatoire (cf. art.

#### **E. 23**

ss LPP). Il s'agissait cependant dans les deux procédures de déterminer, pour une période temporelle se recoupant partiellement, les atteintes à la santé dont souffrait la recourante et la mesure dans laquelle celles-ci limitaient, le cas échéant, l'exercice de sa profession d'enseignante, ainsi que l'exigibilité d'une autre activité lucrative ("autre fonction de substitution"). Cette connexité était d'autant plus étroite que selon les constatations de la juridiction cantonale (dans son arrêt final entrepris), la profession d'enseignante constituait une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, si bien que l'appréciation de "l'incapacité durable de remplir tout ou partie de sa fonction" était pertinente pour se prononcer sur les deux contestations. Dès lors, l'expertise mise en oeuvre pour déterminer cette incapacité en matière de prévoyance professionnelle était apte à apporter la preuve sur des aspects identiques du litige dans le domaine de l'assurance-invalidité. Dans ces circonstances, la renonciation à attendre le résultat de l'investigation pluridisciplinaire ordonnée, qui a porté sur les mêmes faits que ceux à la base du litige sur le droit à la rente d'invalidité – les experts de la policlinique A.\_\_\_\_\_ ayant apparemment eu à disposition les rapports médicaux du dossier de l'assurance-invalidité –, constitue une violation du principe inquisitoire. On ne voit en effet pas comment la juridiction cantonale pouvait avoir la certitude, sans verser dans l'arbitraire, que la mesure probatoire ne pouvait pas l'amener à influencer, voire à modifier son appréciation de la capacité de travail de la recourante dans la seconde procédure en cours. 5.4 Il suit de ce qui précède que le jugement entrepris doit être annulé et la cause renvoyée au Tribunal cantonal vaudois pour qu'il en reprenne l'instruction et se prononce à nouveau en incluant dans son appréciation l'expertise de la policlinique A.\_\_\_\_\_ du 16 mars 2010. La conclusion principale de la recourante est dès lors bien fondée." K. a) Le rapport d'expertise du 16 mars 2010 de la policlinique A.\_\_\_\_\_ comprend notamment un rappel des pièces versées au dossier, un rappel anamnestique – en particulier systématique, psychosocial et professionnel –, la description des affections et plaintes actuelles de la recourante, des constatations objectives, des résultats d'examens complémentaires, ainsi qu'une appréciation du cas. Les experts de la

policlinique A. \_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics suivants : "Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail • Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique. F33.10 • Syndrome douloureux somatoforme persistant. F45.4 • Anxiété généralisée. F41.1 • Trouble mixte de la personnalité avec des traits narcissiques et dépendants. F61.0 • Lombosciatalgies gauches chroniques. M54.5 - Status post laminectomie L5 exploratrice et foraminotomie interne de L5 gauche le 14.06.1990 pour suspicion non confirmée de hernie discale L4-L5. - Rétrécissement dégénératif du canal lombaire L4, L5, S1. Altérations rétractiles relatives sur les racines L5-S1 gauches. Discrète protrusion discale médio-bilatérale en L3-L4 compatible avec des altérations fibro-séquestrales post-opératoires. • Migraines depuis 1967. G43.9 • Polycythémie vraie depuis 2004. D75.1 • Lucite polymorphe avec poussées d'urticaire récidivantes. L56.4 • Status post-coxalgies gauches sur discrète arthrose et périarthrite. • Status après réinsertion du ligament du collet cubital du pouce gauche pour arrachement traumatique à ski le 27.03.2003. • Status post exérèse d'un angioliomyome (cheville gauche) en janvier 2009." Leur appréciation du cas est la suivante : "[...] La découverte d'un syndrome myéloprolifératif en avril 2004 et l'introduction d'un traitement de Litalir associé à des saignées répétées motivent l'arrêt de l'activité professionnelle en juin 2004. A ceci s'ajoutent également des épisodes migraineux invalidants ne répondant que partiellement aux triptans. [...] Du point de vue somatique, il existe des lombosciatalgies bilatérales actuellement compliquées par une douleur au membre inférieur gauche, associées à des troubles de la sensibilité survenus après l'excision d'un kyste en regard de la malléole externe. Ces douleurs limitent le périmètre de marche de l'expertisée. Relevons également la persistance de céphalées pluri-hebdomadaires de type migraineux et parfois tensionnel, associées à des nausées, vomissements, photo- et phonophobie nécessitant notamment la prise des repas familiaux dans l'obscurité afin d'éviter la survenue de nouvelles crises. A ceci s'ajoute une asthénie persistante, une absence de sommeil réparateur et des troubles de l'endormissement importants. L'examen clinique met en évidence un MMS à 28/30. La marche est précautionneuse, on relève un Lasègue positif à 60° à droite et 30° à gauche. Le réflexe achilléen gauche n'est pas obtenu. Il existe de multiples points douloureux selon Smyth (16/18). L'examen cutané révèle également des lésions érythémateuses en regard des faces dorsales des deux mains. Sur le plan biologique, on ne met pas en évidence de syndrome inflammatoire ni perturbations électrolytiques. En revanche, il existe une discrète élévation des CK totale (283 U/l) dont l'origine reste peu claire. Les éléments anamnestiques et cliniques ne nous font pas évoquer une dermato(myosite). Il n'y a pas non plus d'éléments parlant en faveur de prise d'alcool répétée, traumatisme, dysthyroïdie. Cette valeur doit être à nouveau contrôlée afin de s'assurer de sa normalisation. En effet, dans un contexte de douleurs chroniques diffuses pour lesquelles un diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique est retenu, une maladie systémique (lupus érythémateux systémique, maladie de Sjögren) devrait être formellement écartée par une consultation rhumatologique. L'examen des urines, en revanche, ne révèle rien de particulier. Ainsi, actuellement, nous n'avons pas d'élément organique expliquant entièrement l'intensité de la symptomatologie douloureuse, qui est pourtant bien réelle et qui répond difficilement aux traitements conventionnels. Les douleurs sont envahissantes et entraînent à elles seules d'importantes répercussions fonctionnelles dans la vie quotidienne et professionnelle de Mme Z. \_\_\_\_\_. Ces éléments nous amènent à retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Les limitations fonctionnelles sur le plan ostéo-articulaire s'étendent aux travaux lourds, au maintien d'une position statique, à la

marche en terrain accidenté, mouvements en porte-à-faux et le levage de charges supérieures à 6 kg. Sur le plan hématologique, bien que les effets secondaires décrits soient rares, Madame Z. \_\_\_\_\_ qui est connue pour des intolérances médicamenteuses multiples, présente néanmoins une symptomatologie invalidante (nausée, céphalées) sous Litalir, associé au Vercyte. Actuellement, les limitations que nous retenons dans le cadre du syndrome myélo-prolifératif sont secondaires à un traitement partiellement toléré par l'expertisée. Les céphalées primaires (migraines, tensionnelles) présentées par Madame Z. \_\_\_\_\_ limitent manifestement toute exposition au bruit, à la lumière et à toute activité stressante de la vie quotidienne. Des céphalées secondaires induites par les antalgiques ne sont pas exclues, néanmoins un sevrage dans ce contexte précis semble difficilement réalisable et ne changerait probablement pas drastiquement la situation. Les éruptions cutanées solaires limitent également toute exposition prolongée au soleil. Pour conclure, il existe également un déconditionnement manifeste après un arrêt de travail prolongé depuis juin 2004. L'activité en qualité d'enseignante n'est clairement plus adaptée à l'état de santé de l'assurée. La capacité de travail exigible, d'un point de vue somatique compte tenu des nombreuses comorbidités de l'expertisée, ne dépasse pas 20 % en tenant compte des limitations mentionnées préalablement. Sur le plan psychiatrique, nous avons deux rapports à notre disposition, de la Doctoresse C. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante, et du Docteur D. \_\_\_\_\_, expert de la Caisse de pension de l'Etat de Vaud. Il existe une différence d'appréciation de la situation de l'expertisée par les deux spécialistes. Néanmoins, ils s'accordent reconnaître à Madame Z. \_\_\_\_\_ un trouble dépressif récurrent modéré à sévère et une anxiété généralisée. Le Docteur D. \_\_\_\_\_ évoque également un trouble mixte de la personnalité avec des traits narcissiques et dépendants. Les éléments marquants de ces deux expertises sont un état dépressif majeur récurrent, moyen à sévère, la présence de douleurs multiples, fluctuantes, répondant partiellement au traitement antalgique. Relevons également dans les limitations fonctionnelles les troubles de l'attention, de la concentration, dans le cadre de l'épisode dépressif également confirmé par un MMS (28/30). Ces différents troubles anxieux, dépressifs, d'après nos collègues psychiatres, limitent la capacité de travail de l'expertisée. D'après la Doctoresse C. \_\_\_\_\_, la capacité de travail est nulle, ce qu'elle avait déjà mentionné dans un rapport adressé à la Santé publique en date du 10.05.2007. Le Docteur D. \_\_\_\_\_ estime qu'il n'est pas possible de reconnaître une totale incapacité de travail. Néanmoins, il estime qu'une capacité de travail résiduelle est actuellement de l'ordre de 25 à 30 % En appréciant globalement la situation, nous estimons que l'expertisée présente des limitations somatiques et psychiatriques importantes limitant une activité professionnelle. La capacité de travail résiduelle exigible de Madame Z. \_\_\_\_\_, en respectant les limitations mentionnées, préalablement ne dépasse probablement pas 20 %. Cette capacité de travail totale comprend les limitations fonctionnelles somatiques, psychiques, et n'est pas additive. En conclusion, plus aucune activité professionnelle n'est exigible pour Mme Z. \_\_\_\_\_ compte tenu de la sévérité de son atteinte à la santé. Le pronostic médical de Madame Z. \_\_\_\_\_ est réservé. Sur le plan somatique, Madame Z. \_\_\_\_\_ présente des crises migraineuses répétées, associées à des douleurs multiples, invalidantes, dans un contexte de syndrome myélo-prolifératif dont l'évolution est incertaine sous chimiothérapie. Sur le plan psychiatrique, la situation semble fragile et l'expertisée est à risque de nouvelles décompensations sur le plan psychique en cas de surcharge accrue (conflit asséculogique, complications sur le plan somatique, difficultés familiales). Relevons néanmoins que le citalopram à des taux thérapeutiques pourrait probablement contribuer à une amélioration

de la thymie de Madame Z. \_\_\_\_\_ au long cours." b) Le Tribunal cantonal a invité l'OAI et la recourante à présenter leurs observations au sujet de l'expertise de la policlinique A. \_\_\_\_\_. L'OAI l'a soumise au Dr F. \_\_\_\_\_, du SMR, qui a rendu un avis médical le 29 mars 2012, dont on extrait ce qui suit : "Le rapport d'expertise S. \_\_\_\_\_ du 16.03.2010, à l'attention du médecin-conseil de la CPEV, est basé sur l'examen clinique des Drs G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ du 29.09.2009. Quatre parmi les dix diagnostics retenus comme incapacitants par les experts relèvent de la psychiatrie. Les experts s'appuient sur des rapports médicaux établis antérieurement et dans un autre cadre par les Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, psychiatres FMH. Ces documents ne sont pas joints au rapport d'expertise et ne figurent pas à notre dossier. Les experts retiennent le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils n'en discutent toutefois pas les critères de gravité tels que définis par la jurisprudence. Ils font état également de trouble mixte de la personnalité, affection qui date par définition de l'adolescence (CIM-10, F60, critères G4) ; or l'assurée [a] été expertisée à deux reprises par des psychiatres (en 2005 par le Dr B. \_\_\_\_\_ et en 2008 par le Dr J. \_\_\_\_\_) et aucun n'a jamais retenu un diagnostic de trouble de la personnalité. Il serait donc au minimum nécessaire d'argumenter ce diagnostic. L'expertise S. \_\_\_\_\_ réalisée en 2008 au Centre X. \_\_\_\_\_ arrivait à des conclusions diamétralement opposées à celles de la policlinique A. \_\_\_\_\_. Bien qu'ils aient eu connaissance du rapport d'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_ puisqu'ils ont obtenu le dossier AI, les experts de la policlinique A. \_\_\_\_\_ n'exposent pas les raisons qui justifient cette divergence. En conclusions, l'expertise de la policlinique A. \_\_\_\_\_ : - n'est pas une expertise pluridisciplinaire puisque tous les trois médecins signataires du rapport sont spécialistes FMH en médecine interne, - fait état de diagnostics et de limitations fonctionnelles psychiatriques sans que l'assurée ait été examinée par un psychiatre, - ne fournit pas les éléments qui permettent de juger du caractère incapacitant ou non du trouble somatoforme douloureux, - fonde ses conclusions en partie sur des pièces médicales non disponibles, - ne donne pas les raisons qui justifieraient des conclusions opposées à celle de l'expertise précédente." Le SMR a ainsi considéré que l'expertise n'avait pas valeur probante et n'était pas de nature à modifier leur position. L'OAI s'est rallié à cet avis par courrier du 10 avril 2012. c) La recourante s'est déterminée sur l'expertise de la policlinique A. \_\_\_\_\_ par écriture du 16 avril 2012, se ralliant à ses conclusions. Elle a déclaré que l'expertise – qui remplissait les critères pour se voir reconnaître pleine valeur probante – confirmait les incohérences et contradictions relevées dans l'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_ et avait conduit la CPEV à lui reconnaître une invalidité à 100 %. La recourante a conclu à ce que la décision sur opposition de l'OAI du 12 août 2008 soit réformée en ce sens que le droit à une rente d'invalidité lui soit reconnu dès le 1<sup>er</sup> août 2005, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> août 2007. Le 16 mai 2012, la recourante s'est déterminée sur l'avis du SMR du 19 mars 2012. Elle a déclaré que l'intimé prétendait à tort que l'expertise de la policlinique A. \_\_\_\_\_ n'était pas une expertise pluridisciplinaire. En effet, les rapports des Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ du 19 janvier 2010 et 9 février 2010 avaient été adressés à la policlinique A. \_\_\_\_\_, auteure du rapport final, conformément à la procédure d'expertise applicable en l'espèce. La recourante avait ainsi bel et bien été examinée par des psychiatres. Elle a par ailleurs produits les deux rapports en question. d) Dans son rapport, du 19 janvier 2010, la Dresse C. \_\_\_\_\_, médecin traitant l'assurée depuis mai 2007, a rappelé que cette dernière souffrait, sur le plan psychique, d'un état de stress post-traumatique sur abus sexuel (à 9 ans), d'un trouble panique avec agoraphobie, d'un trouble dépressif récurrent, d'un trouble somatoforme douloureux, d'une fibromyalgie,

et sur le plan somatique, d'une maladie migraineuse sévère, d'une maladie de Vaquez, d'une poly-allergie sévère (soleil, AINS), d'une polyarthrose, et d'un status post cure de hernie discale, de tunnel carpien ddc et hallux valgus. Elle a déclaré que selon elle, l'état clinique de sa patiente s'était dégradé progressivement durant les deux années précédentes, principalement sur le plan somatique. Elle n'a pas retenu le trouble de conversion, en raison du type de fonctionnement psychologique équilibré et normal de sa patiente sans trouble de la personnalité. Concernant l'évolution de l'état de la recourante sur le plan psychiatrique, elle a relevé que la prise de Cipralex avait permis d'améliorer l'humeur, les symptômes anxieux et l'insomnie, mais n'avait pas eu d'effet sur la perception de la douleur en général, l'asthénie globale, les migraines et la résistance au stress, ce qui ne permettait pas d'envisager une reprise du travail. Concernant l'état de stress post-traumatique, les souvenirs du viol ne suscitaient plus de réactions neuro-végétatives incontrôlables, mais constituaient toujours des séquelles psychologiques importantes, dans un registre de peur, de colère, de résignation et de mauvaise estime de soi. A propos du trouble panique avec agoraphobie, la Dresse C. \_\_\_\_\_ a relevé que des attaques de panique partielles survenaient à une fréquence bi-hebdomadaire et des attaques de panique complètes une à deux fois par mois. Concernant les douleurs multiples, le trouble somatoforme douloureux et la fibromyalgie, elle a fait les déclarations suivantes : "Les douleurs multiples – le trouble somatoforme douloureux – la fibromyalgie sont intenses, variées et altèrent tout son fonctionnement, fluctuant au gré des 7 affections médicales connues chez cette patiente. En l'observant depuis maintenant 5 ans, je constate qu'il a y peu de facteurs déclenchants psychologiques. Je m'interroge donc sur la validité du diagnostic de trouble somatoforme douloureux chez cette patiente, car on trouve pratiquement toujours un facteur déclenchant à chaque épisode douloureux ou à chaque épisode symptomatique, qui correspondant aux 7 affections médicales générales connues (le plus souvent la migraine, ou les effets secondaires de la chimiothérapie, seuls ou intriqués avec les céphalées, les problèmes ostéo-articulaires). [...]" e) Dans son rapport du 9 février 2010, le Dr D. \_\_\_\_\_ retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) ; anxiété généralisée (F41.1) et trouble mixte de la personnalité, avec des traits narcissiques et dépendants (F61.0). Ce rapport fait notamment état des éléments suivants : "Il est vraisemblable que les différentes méthodes d'examen psychiatrique induisent chez cette expertisée des résultats très différents. J'ai choisi de laisser l'expertisée s'exprimer librement autant que possible sans trop interférer. Il est évident que j'aurais également pu être beaucoup plus interventionniste et couper court à tout débordement et lui faire passer des questionnaires. Je suis convaincu que si j'avais opté pour cette dernière méthode, le résultat de l'examen serait différent. En effet, cette expertisée présente des plaintes diffuses qui manifestent l'effusion de la douleur et de la souffrance. Mais lorsque ces plaintes sont contenues par un examen très cadrant et restrictif ces plaintes et ces souffrances peuvent alors être contenues. Il n'est donc pas étonnant, dans ces conditions, que les résultats des examens puissent être fort divergents d'un expert ou d'un spécialiste à l'autre. [...] Je ne retiens pas le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Ce diagnostic est posé en raison du viol subi par l'expertisée lorsqu'elle avait neuf ans. Je ne nie pas que ce viol représente sans aucun conteste une expérience traumatique majeure et une expérience d'effraction psychique. La vie de l'expertisée a été marquée par ce viol et sa sexualité gravement perturbée puisque aujourd'hui encore elle a beaucoup de peine à parler de ce sujet avec son mari. Mais les critères diagnostics ne sont pas remplis pour poser un tel diagnostic, en particulier le fait que ce trouble peut présenter une évolution chronique et conduit alors à

une modification durable de la personnalité. J'estime que les traits de personnalité de l'expertisée ne sont pas en lien de causalité évidente avec cet événement traumatique majeur et que les troubles persistants à ce jour sont de l'ordre d'un trouble thymique. Je ne retiens pas le diagnostic de somatisation ni le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. En effet, cette expertisée présente des atteintes somatiques indéniables. Mes confrères posent le diagnostic de fibromyalgie que je ne conteste nullement. Au cours des entretiens que j'ai eus avec l'expertisée, je n'ai constaté aucun comportement antalgique si typique des patients et des patientes présentant un syndrome douloureux somatoforme. L'expertisée s'est plainte de migraines et de céphalées mais n'a pas présenté de plaintes de douleurs ubiquitaires qui occuperaient tout son champ de conscience. J'estime donc ne pas identifier une symptomatologie suffisante pour étayer soit le diagnostic de somatisation soit de syndrome douloureux somatoforme persistant. Je ne retiens pas le diagnostic de trouble de conversion à présentation mixte. En effet, la symptomatologie que présente cette expertisée n'est pas de l'ordre de la conversion hystérique. Cette expertisée ne présente pas de théâtralité et n'a jamais présenté, à ma connaissance, de troubles dissociatifs moteurs ou sensoriels. Je retiens tout d'abord un diagnostic de trouble thymique. Ce trouble thymique a évolué au cours du temps mais il est présent de longue date. En effet, depuis plusieurs années cette patiente est sous traitement médicamenteux antidépresseur avec un succès très relatif aussi bien en ce qui concerne l'amendement de la symptomatologie algique qu'en ce qui concerne l'amendement de la symptomatologie dépressive. Tous les experts et les médecins traitants ont posé un diagnostic de trouble thymique : soit épisode dépressif soit dysthymie soit trouble dépressif récurrent. Cette expertisée présente un trouble thymique chronique dont l'intensité a varié au cours du temps avec des périodes d'amendement partiel et des périodes de nette aggravation. J'estime donc qu'il est adéquat de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Actuellement le degré d'intensité de ce trouble est de moyen à sévère avec une perte de l'estime de soi, des sentiments de culpabilité, des pleurs fréquents, un retrait social, une asthénie importante, une anhédonie, une baisse importante de la libido et des troubles du sommeil. Je retiens un diagnostic d'anxiété généralisée plutôt qu'un trouble panique avec agoraphobie. En effet, cette expertisée présente une anxiété constante qui peut, par moment, présenter un caractère paroxystique mais qui n'a pas tout à fait les caractéristiques d'un trouble panique. L'agoraphobie décrite par l'expertisée peut s'intégrer dans le cadre de l'anxiété généralisée et n'est pas à proprement parler une phobie. Enfin, je retiens un diagnostic que les autres experts et médecins traitants ont exclu très explicitement. Deux éléments m'ont particulièrement frappé au cours de mon investigation : d'une part le déversement d'une souffrance sans limite, la difficulté à canaliser l'expression de cette souffrance. Ce déversement correspond d'une part au fait que je n'ai pas donné de limites fermes, et que sans ces repères, cette expertisée n'est pas à même de «se contenir». Il y a alors une effusion de la souffrance. Ce déversement correspond d'autre part à un trouble de la relation à autrui, bien décrit par certains experts ou médecins traitants qui se caractérise par un souci de plaire à l'autre, de ne pas le gêner mais qui est une manière de ne pas s'intéresser à lui et de n'être pas à même de l'entendre. Le second élément est l'absence tout au long des plus de trois heures d'entretien de toute expression d'émotion ou de sentiment. Jamais il n'y a eu la moindre expression de plaisir ou de déplaisir, jamais l'expression d'un sentiment d'affection ou de haine. Tout le discours s'est limité à exprimer les souffrances, les douleurs sans jamais évoquer une vie intérieure, un vécu. Cette expertisée présente un barrage infranchissable à l'expression de ses affects, que l'on appelle l'alexithymie. Ces

deux éléments me conduisent à poser le diagnostic de trouble de la personnalité avec des traits histrioniques et dépendants car ils manifestent une pathologie de la relation à l'autre et de la relation à soi-même. 9. Taux d'incapacité de travail [...] Les différents experts et médecins traitants manifestent clairement la difficulté de l'évaluation de l'incapacité de travail qui oscille de 100 % à 0 %. Du strict point de vue psychiatrique, j'estime qu'il n'est pas possible de reconnaître une totale incapacité de travail. Même si l'expertisée estime ne plus pouvoir travailler, et n'a plus travaillé en fait depuis plus de cinq ans, son incapacité de travail n'est pas totale. J'estime que la capacité de travail résiduelle est actuellement de l'ordre de 25 % à 30 %. En effet, cette expertisée pourrait exercer une activité professionnelle à temps partiel malgré les troubles psychiques qu'elle présente." Invité à se déterminer, l'OAI a maintenu ses conclusions par écriture du 7 juin 2012, sans se prononcer sur les mémoires de la recourante du 16 avril 2012 et du 16 mai 2012, ni sur les rapports des Drs D.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, qui lui avaient été transmis. E n d r o i t : 1. Après l'annulation complète, par le Tribunal fédéral, du jugement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 23 février 2010, il y a lieu d'entrer en matière et de statuer à nouveau sur le recours formé par l'assurée contre la décision de l'OAI du 12 août 2008. 2. a) Est litigieuse en l'espèce la question du droit aux prestations de l'assurance-invalidité au regard de la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Le Tribunal fédéral a renvoyé la cause au Tribunal cantonal pour qu'il en reprenne l'instruction et se prononce à nouveau en incluant dans son appréciation l'expertise de la policlinique A.\_\_\_\_\_ du 16 mars 2010, celle-ci étant apte à apporter la preuve sur des aspects identiques du litige et ainsi susceptible de modifier la première appréciation de la Cour de céans. 3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1] et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Suivant l'article

## **E. 28**

al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003), l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50 % au moins et à une rente entière s'il était invalide à 66 2/3 % au moins. Aux termes de l'article 28 al. 1 LAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et jusqu'au 31 décembre 2007, actuellement 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. Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable. Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou

encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2, première phrase RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). 4. Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins – d'autres spécialistes le cas échéant – doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références). Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3 ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b ; 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 ; 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2). Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Concernant les principes élaborés par la jurisprudence au sujet des troubles somatoformes douloureux, il

est renvoyé au considérant 3b/cc, pp. 18 à 20, de l'arrêt de la Cour de céans du 23 février 2010 qu'elle a rendu dans la présente cause sous AI 473/08 (cf. aussi ATF 132 V 65 consid. 4). 5. a) En l'espèce, les experts de la policlinique A.\_\_\_\_\_ ont retenu que la capacité de travail résiduelle de la recourante ne dépassait pas 20 % dans une activité adaptée, en raison des atteintes somatiques (notamment les lombosciatalgies gauches chroniques, les migraines, la maladie de Vaquez et la lucite polymorphe). Selon eux, l'activité d'enseignante n'est plus une activité adaptée, car elle ne respecte pas les limitations fonctionnelles, qui s'étendent aux travaux lourds, au maintien d'une position assise, à la marche en terrain accidenté, aux mouvements en porte-à-faux et au port de charge supérieures à 6 kg. Les céphalées primaires pluri-hebdomadaires (migraines, tensionnelles) limitent toute exposition au bruit, à la lumière et à toute activité stressante. Elles sont associées à des nausées et vomissements. b) Sur le plan psychiatrique, les experts de la policlinique A.\_\_\_\_\_ se sont fondés sur les rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ et de la Dresse C.\_\_\_\_\_, conformément à la procédure prévue par l'art. 57 LCP (loi vaudoise du 16 juin 1984 sur la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud, RSV 172.43). Cette démarche ne saurait donc leur être reprochée. Contrairement à ce qu'affirme l'OAI, les experts ont tenu compte des divergences d'appréciation entre les deux spécialistes et ont retenu qu'ils s'accordaient à reconnaître un trouble dépressif récurrent modéré à sévère et une anxiété généralisée, limitant la capacité de travail de la recourante. Contrairement à ce que prétend le SMR, dans son avis du 29 mars 2012, ce n'est pas sur la base du trouble de la personnalité mixte et du trouble somatoforme douloureux que les experts de la policlinique A.\_\_\_\_\_ et les Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont déclaré que la capacité de travail de la recourante était nulle, respectivement de 25 à 30 %. Il y a lieu de relever que l'OAI a eu l'occasion de se prononcer sur ces rapports, ce qu'il a renoncé à faire. Il n'a ainsi pas avancé d'arguments permettant de les remettre en question ou permettant d'invalider la méthodologie de la policlinique A.\_\_\_\_\_ consistant à les intégrer dans son appréciation. c) Les experts de la policlinique A.\_\_\_\_\_ ont finalement retenu que la globalité des atteintes (somatiques et psychiques) justifiait la reconnaissance d'une capacité de travail de 20 % à la recourante et qu'en conclusion plus aucune activité professionnelle n'était exigible. La question de savoir quelle part de l'incapacité est à attribuer aux atteintes somatiques et quelle part est à attribuer aux atteintes psychiques peut ainsi rester ouverte, dans la mesure où il y a lieu de considérer la globalité de la situation médicale de la recourante. De la même manière, il n'y a pas lieu de trancher la question du caractère invalidant ou non des atteintes non retenues par l'un ou l'autre des Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, dans la mesure où les atteintes retenues suffisent à considérer une incapacité de travail dépassant les 70 %. d) Le rapport d'expertise de la policlinique A.\_\_\_\_\_ se fonde sur un examen clinique et repose sur une anamnèse détaillée ainsi qu'une analyse approfondie des plaintes de la recourante et du dossier constitué, y compris le dossier de l'assurance-invalidité. Il explique clairement et de manière suffisamment motivée pour quelles raisons il retient certains diagnostics comme expliquant de manière prépondérante l'incapacité de travail de la recourante et de quelle manière il tient compte des divergences d'analyse des Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_. Clair et complet, il satisfait ainsi aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 3). La partie intimée n'amène pas d'argument susceptible de remettre en doute les conclusions de l'expertise de la policlinique A.\_\_\_\_\_. Cette dernière a par ailleurs conduit la CPEV à revenir sur l'appréciation qu'elle avait faite sur la base du dossier de l'OAI et à retenir ainsi une incapacité entière de travail. Contrairement au rapport d'expertise du Centre X.\_\_\_\_\_, celui de la policlinique A.\_\_\_\_\_ tient compte

d'un certain nombre de pièces médicales antérieures à juillet 2005, ainsi que du rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 22 mai 2006. Il marque clairement la différence entre les plaintes rapportées par la recourante et les conclusions médicales qui en découlent. Les experts de la policlinique A. \_\_\_\_\_ ont par ailleurs tenu compte de tous les éléments de l'anamnèse médicale, psychosociale et professionnelle, tels que le fait que la recourante n'avait pu prendre d'AINS, y étant allergique, qu'elle avait perdu beaucoup de ses amis et avait subi plusieurs incapacités de travail de 1990 à 2004. Certes, l'OAI avait dans un premier temps critiqué le fait qu'il manquait à l'expertise de la policlinique A. \_\_\_\_\_ des pièces médicales relatives au volet psychiatrique, voire même que dans le cadre de cette expertise la recourante n'avait pas été examinée par un psychiatre. Cependant, comme il a été exposé, la recourante avait été examinée par le Dr D. \_\_\_\_\_, conformément à la procédure que la policlinique A. \_\_\_\_\_ devait appliquer (cf. supra consid. 5b). Le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_, ainsi que celui de la psychiatre traitant, la Dresse C. \_\_\_\_\_, ont par la suite été mis à disposition de l'OAI qui n'a finalement plus formulé de griefs à ce sujet. Il ressort des deux rapports précités et de l'expertise de la policlinique A. \_\_\_\_\_, que la recourante n'a en fin de compte pas présenté de réelle amélioration après l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, contrairement à ce que la Cour de céans avait retenu dans son arrêt du 23 février 2010 suite à l'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_. En février 2010, la Cour de céans, qui ne connaissait pas encore les expertises et rapports de la policlinique A. \_\_\_\_\_ et des Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, avait supposé que la recourante n'était pas suivie d'un point de vue psychiatrique au moment de l'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_ et lui avait reproché de ne pas avoir entrepris tout ce qu'on pouvait attendre d'elle (p. 24 et 25 de l'arrêt AI 473/08 du 23 février 2010). La Cour se fondait alors uniquement sur l'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_. Or, il s'avère que la recourante était à l'époque déjà suivie depuis quelques années, notamment par la Dresse C. \_\_\_\_\_. Le Centre X. \_\_\_\_\_ était d'ailleurs au courant de ce suivi (p. 12 de son expertise), mais n'a cependant interpellé ni l'OAI, ni la Dresse C. \_\_\_\_\_, afin d'obtenir un rapport médical de sa part, alors que le dossier n'en contenait aucun. Il est en outre à retenir que la recourante présente des intolérances médicamenteuses multiples et que la symptomatologie douloureuse est réelle et ne répond que difficilement aux traitements conventionnels (p. 19 du rapport de la policlinique A. \_\_\_\_\_). Comme l'avait déjà retenu le Dr B. \_\_\_\_\_, la recourante présente une motivation pour une prise en charge thérapeutique et avait une motivation pour l'emploi. Même le Centre X. \_\_\_\_\_ avait admis qu'elle ne présentait pas de facteur d'exagération. Le Centre X. \_\_\_\_\_ s'est contenté d'un seul entretien au niveau psychiatrique avec la recourante, sans disposer de compte rendu sur le suivi psychiatrique qui a duré plusieurs années. A l'opposé, les constatations des Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ se basent sur plusieurs entretiens et sur une observation faite sur une plus longue période (environ un entretien toutes les deux semaines depuis plusieurs années pour la Dresse C. \_\_\_\_\_ ; trois entretiens répartis sur trois mois pour le Dr D. \_\_\_\_\_ qui disposait en plus des rapports de la Dresse C. \_\_\_\_\_). Vu les différentes atteintes de la recourante et en raison de l'état actuel du dossier, il apparaît évident que les constatations faites uniquement sur un jour précis, ne peuvent pas vraiment refléter la situation psychiatrique de la recourante. De l'ensemble des documents médicaux, dont dispose la Cour à présent, il ressort que la recourante présente un état labile qui varie de jour en jour. Notamment, les migraines et céphalées tensionnelles pluri-hebdomadaires et les différents problèmes psychiques de l'assurée influencent son humeur selon les périodes. Il ressort de l'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_ que l'entretien psychiatrique avec la recourante a eu lieu

un jour où celle-ci se sentait relativement bien. Selon le Centre X. \_\_\_\_\_, la recourante estimait même ne pas avoir de troubles justifiant une incapacité de travail (p. 25 de son expertise). Il ressort toutefois des rapports des Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ qui se basent sur plus d'éléments qu'un seul entretien, que l'atteinte psychique est plus forte que ne l'admet le Centre X. \_\_\_\_\_ (et apparemment aussi la recourante). A cela s'ajoute que l'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_ (p. 27) avait retenu qu'il était probable que les maux de tête dont souffrait la recourante connaissent une composante médicamenteuse étant donné l'importance de la prise notamment d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Il s'est toutefois avéré que la recourante ne prenait depuis longtemps plus d'AINS, vu qu'elle est allergique à ces médicaments. Certes, comme l'a relevé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 27 février 2012 (cf. supra consid. 5.3), la CPEV applique une définition plus large de l'invalidité (art. 54 LCP) que l'assurance-invalidité (art. 8 LPGA). Dans la mesure où il s'agissait dans les deux procédures de déterminer les atteintes à la santé de la recourante et la mesure dans laquelle celles-ci limitaient sa capacité de travail, les experts de la polyclinique A. \_\_\_\_\_ ont eu à analyser la même problématique que ceux du Centre X. \_\_\_\_\_, ceci en-dehors de toute considération juridique, en particulier sans se préoccuper de la définition juridique de "l'invalidité". Ainsi, le fait que la CPEV applique une définition plus large de la notion d'invalidité n'a pas d'incidence sur les conclusions des experts concernant la capacité de travail et n'empêche nullement la Cour de céans de suivre une expertise mise en œuvre dans le cadre de la prévoyance professionnelle. Il résulte de ce qui précède qu'il y a lieu de suivre l'appréciation des experts de la polyclinique A. \_\_\_\_\_, celle-ci ayant mieux tenu compte de tous les éléments entrant en considération dans l'analyse du cas de la recourante que celle des experts du Centre X. \_\_\_\_\_. De plus, les quelques arguments que la partie intimée soulève à l'encontre de l'expertise de la polyclinique A. \_\_\_\_\_ sont infondés. Cette dernière apporte ainsi la preuve de l'incapacité totale de travailler de la recourante. Pour le surplus, il est à remarquer que même le Centre X. \_\_\_\_\_ avait retenu que les affections invalidantes de la recourante, de par leur importance et fréquence, entraîneraient un absentéisme. Celui-ci serait à l'origine d'une perte de rendement de 30 %. Comme il ressort de l'ensemble des rapports médicaux à disposition, y compris les documents qui n'avaient pas été retenus dans l'expertise du Centre X. \_\_\_\_\_, cette situation ne s'est pas améliorée malgré les traitements que la recourante a suivis. Enfin, il ne s'agit pas non plus d'un absentéisme régulier et prévisible. Les atteintes pluri-hebdomadaires apparaissent à différents moments et jours d'une semaine et d'un mois. Il serait donc très difficile à un employeur de prendre des dispositions. Dans ces circonstances, on ne voit pas comment la recourante pourrait encore être employée sur un marché équilibré du travail et avoir des possibilités de gain qui lui permettraient d'avoir un revenu correspondant à un taux d'invalidité de moins de 70 % (cf. art. 7 et 8 LPGA et 28 LAI). e) La recourante n'a travaillé qu'au taux de 42.8571 % du mois d'août 2003 au mois d'août 2004. Ce taux a été calculé sur un 100 % d'activité, dans la mesure où, bien que la recourante ne travaillait qu'à 80 % en tant qu'enseignante, elle avait une activité accessoire de 20 % auprès de son mari, activité qu'elle a progressivement dû abandonner en raison de ses atteintes à la santé. Il convient de considérer, comme la Cour de céans l'a déjà fait dans son premier jugement, sur la base des divers rapports médicaux des médecins traitants, que l'activité d'enseignante était une activité adaptée jusqu'au mois d'août 2004. La recourante est en incapacité totale de travailler depuis ce mois, ceci dans toute activité. Il convient ainsi de retenir une incapacité de travail de 57.1429 % du 1<sup>er</sup> août 2003 au 31 juillet 2004 et une incapacité totale de travailler dès cette date. f) Il y a lieu de relever que la recourante a

conclu, dans son écriture du 16 avril 2012, à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2005, soit après le délai d'attente d'un an prévu par l'art. 29 al. 1 LPGA (cf. supra consid. 3), qui aurait commencé à courir le 1<sup>er</sup> août 2004. La Cour de céans n'est cependant pas liée par les conclusions des parties et applique le droit d'office (cf. art. 61 let. d LPGA). Elle peut ainsi aller au-delà de ce que la recourante a demandé. En outre, cette dernière avait conclu, lors de son premier recours du 16 septembre 2008, à l'octroi d'une rente à hauteur que justice dirait. Auprès du Tribunal fédéral, elle a conclu à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2003. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans estime devoir se prononcer sur la période antérieure à août 2004. Le délai d'attente d'un an à partir du moment où une incapacité durable est constatée a commencé à courir le 1<sup>er</sup> août 2003. Une rente est ainsi due à la recourante à partir du 1<sup>er</sup> août 2004. En vertu de l'art. 88a al. 2 RAI, la rente entière n'est due qu'à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2004, soit après trois mois d'aggravation de l'état de santé (cf. supra consid. 3). Pour ce qui est des prestations dues du 1<sup>er</sup> août 2004 au 31 octobre 2004, dans la mesure où l'activité d'enseignante était une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, le degré d'invalidité se confond avec son incapacité de travail et doit être reconnu à 57.1429 %, ce qui lui donne droit à une demi-rente d'invalidité pour cette période (cf. art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). g) Aux termes de l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5 % par an. L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent (art. 7 al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA). En l'espèce, des intérêts moratoires sont dus dès le 1<sup>er</sup> août 2006 pour la première rente mensuelle, puis successivement à chaque premier des mois suivants pour les rentes dues. Ils seront calculés d'office par l'OAI lorsque celui-ci aura fixé le montant des rentes. 6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité est due à la recourante du 1<sup>er</sup> août 2004 au 31 octobre 2004 et une rente entière d'invalidité doit lui être versée dès le 1<sup>er</sup> novembre 2004. Il appartiendra à l'OAI de calculer le montant de ces rentes et des intérêts dus sur les arriérés. b) Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 3'000 francs. c) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

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