

VD_GERICHTE ZD13.023711 vom 22. September 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-09-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.023711

FR: VD_GERICHTE ZD13.023711 du 22 septembre 2015

IT: VD_GERICHTE ZD13.023711 del 22 settembre 2015

Erwägungen

E. 23

janvier 2001, retenant les diagnostics de dysthymie (F34.1) et de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4). Il a en outre relevé ce qui suit : "STATUS : [...] Il n'y a pas de troubles majeurs du cours ni du contenu de la pensée, pas de délire, pas d'hallucination. L'humeur est déprimée, avec présence de symptômes dépressifs [...]. [...] DISCUSSION : Au terme de cette évaluation, je conclurai donc que cette patiente présente une dysthymie, à savoir une symptomatologie dépressive présente de manière fluctuante, en tout cas un jour sur deux, certains symptômes, comme les troubles du sommeil, la fatigue, la perte d'appétit, la perte de motivation, semblant plus persistants. Il s'agit là d'un trouble de l'humeur chronique, coriace, résistant aux traitements, et qui peut être compliqué par la survenue d'épisodes dépressifs isolés ou récurrents, persistant plusieurs semaines d'affilée, comme ce fut le cas pour votre patiente en 1997, suite au décès de son père. Devant la présence d'un certain aplatissement des affects, d'une méfiance dans le contact avec autrui et de l'impression globale d'un certain retrait social, pouvant tous faire partie d'un tableau dépressif, je me suis posé la question d'un diagnostic différentiel avec un trouble de la personnalité à traits schizoïdes, sans avoir les éléments cliniques suffisants pour pouvoir retenir ce diagnostic à coup sûr. D'autre part, il n'y a pas d'élément parlant en faveur d'un trouble bipolaire ou d'un trouble schizo-affectif.

- 5 - Les cervico-brachialgies présentées par cette patiente engendrent une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement socioprofessionnel. La symptomatologie dépressive joue vraisemblablement un rôle aggravant dans l'intensité de ses douleurs. En l'absence de toute évidence d'une origine somatique à ses douleurs, je retiendrai le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux chronique. Dans ce contexte, je pense que les troubles psychiatriques présentés par Mme T. _____ limitent sa capacité de travail en tout cas à 50%, et que dès lors une demi-rente AI m'apparaît comme entièrement justifiée. Du point de vue thérapeutique, la proposition reste limitée : la dysthymie est connue pour être un trouble dépressif particulièrement résistant aux thérapeutiques médicamenteuses, tout comme le trouble somatoforme douloureux persistant. Cette patiente présente une pensée plutôt concrète, peu symbolique, avec peu de capacités élaboratives, dès lors elle ne bénéficierait vraisemblablement pas d'une approche psychothérapeutique à visée de changement. Je vous propose donc de maintenir les entretiens de soutien ponctuels dans une relation de confiance et d'encouragement, associés à la poursuite de la médication actuelle qui d'après la patiente lui convient et l'aide surtout au niveau de l'anxiété." A teneur d'un rapport d'examen du 9 septembre 2002, le Dr F. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a considéré qu'il n'y avait rien de changé depuis le précédent refus de prestations. L'OAI a mandaté le Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins de réaliser une expertise

sur la personne de l'assurée. Dans son rapport y relatif du 3 juin 2004, co-signé par la psychologue FSP Q. _____, l'expert Z. _____ a en particulier exposé ce qui suit : "4. DIAGNOSTICS Axe I : Trouble dysthymique F 34.1 (300.4) Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques F 45.4 (307.80) Axe II : Trouble de la personnalité non spécifié F 60.9 (301.9) ; traits de personnalité abandonniques et dépendants Axe III : Nihil

- 6 - Axe IV : Chômage de longue durée ; décès de la tante en janvier 2004 Axe V : EGF actuel de 70 points. 5. DISCUSSION Mme T. _____ est une femme de 53 ans, suisse, célibataire, sans enfant. Sans formation professionnelle reconnue, elle a travaillé comme ouvrière et manutentionnaire à 100% aux Editions M. _____ dès août 1992. Suite à deux arrêts maladie de plusieurs semaines en mars et mai 1995, l'assurée est licenciée le 01.06.1995 et n'a plus retravaillé depuis lors. Elle bénéficie d'une incapacité de travail totale depuis mai 1995 (établie en 2000 par son médecin traitant). Des antécédents psychiatriques sont connus depuis 1995. Le dossier médical comporte six dossiers [recte : rapports] du Dr V. _____, médecin traitant, datés de mars 1997 à octobre 2000, un rapport rhumatologique de septembre 2000 et un rapport du Département psychiatrique P. _____ de janvier 2001. En mars 1997, le Dr V. _____ pose notamment les diagnostics d'état anxio-dépressif sévère et de polyinsertio[n]ite, motivant une incapacité de travail totale dès le 01.03.1997. En juin 1999, il n'indique plus de diagnostic de nature psychiatrique, réintégrant toutefois de tels diagnostics dans son rapport d'octobre 2000 où il relève la présence d'une fibromyalgie et d'un état dépressif, justifiant une incapacité de travail totale dès mai 1995. Jusqu'en mai 2000, une reprise à 50% lui semble envisageable dans une activité adaptée (sans port de charges lourdes) mais, dès octobre 2000, cette possibilité de réinsertion n'est plus indiquée. Le rapport rhumatologique de septembre 2000 indique que l'atteinte somatique est trop faible pour justifier une rente AI, soupçonnant toutefois la présence de troubles psychiatriques pouvant altérer la capacité de travail. En janvier 2001, les médecins du Département psychiatrique P. _____ posent les diagnostics de dysthymie et de trouble somatoforme douloureux persistant, et attestent une incapacité de travail d'au moins 50% justifiant l'octroi d'une demi-rente AI. La juriste de l'OAI relevant un certain nombre de critères de Mosimann dans ce dernier rapport et estimant la comorbidité de dysthymie comme peu sévère, vous émettez des doutes quant à l'incapacité de 50% attestée par le Département psychiatrique P. _____. En ce sens et en raison de l'ancienneté des différents rapports, vous nous confiez cette expertise. Au moment de son évaluation, l'expertisée bénéficie d'un traitement psychotrope de DEANXIT 1 cp/j. depuis 1996-1997, prescrit par son médecin traitant qu'elle consulte environ tous les trois mois. Celui-ci ne la suit pas sur le plan psychologique et aucun suivi psychiatrique n'est signalé. Les plaintes de l'assurée concernent principalement le registre thymique. Elle indique un sentiment de tristesse fluctuant, sans désespoir, une aboulie relative, un léger retrait social et quelques oublis. Sur le plan anxieux, elle se décrit comme nerveuse, tendue, impatiente et inquiète pour des problèmes mineurs. Des attaques de panique ne sont toutefois pas signalées. Des réveils nocturnes occasionnels et une augmentation de la durée du sommeil sont

- 7 - relevés, ainsi qu'une fatigabilité et une fatigue accrue parfois dès le réveil. Environ deux mois après des séances de physiothérapie trisannuelles, l'expertisée se plaint de cervicalgies irradiant jusqu'aux omoplates et au bras gauche (chez une droitère). Elle signale également une préoccupation accrue pour les symptômes corporels. Au status, on remarque une assurée conduite par son compagnon et un ami depuis son domicile à [...]

(VD). Elle est soignée dans sa présentation, le visage est normothymique. L'expertisée est orientée aux 4 modes et a bien compris le sens et les objectifs de l'expertise. Des troubles de la mémoire ou de la concentration ne sont pas observés. De légères difficultés au niveau du calcul sont constatées. Absence de signes florides de la lignée psychotique ou de la série maniaque. Absence également de position antalgique. Le discours est cohérent, non digressif, la voix est feutrée, presque chuchotante. Le ton monte une fois durant l'entretien lorsqu'une éventuelle reprise d'activité est abordée. L'expertisée frappe par son attitude très passive, presque résignée. Elle est collaborante et donne une impression d'authenticité. Les capacités d'introspection sont faibles. L'auto-évaluation [recte : hétéro-évaluation] de la thymie au moyen de l'échelle de Hamilton (21 items) révèle un score de 7,5 points indiquant la présence d'un état dépressif mineur. L'hétéro-évaluation [recte : auto-évaluation] au moyen de l'échelle de Beck à

E. 26

novembre 2010 étant tardive, les prestations ne pouvaient être versées qu'à compter du 1er mai 2011, soit six mois après le dépôt de la demande conformément à la législation applicable. L'assurée a fait part de ses objections par acte du 22 mai 2012, sous la plume de son conseil. Observant que la décision de refus d'entrer en matière du 22 décembre 2009 ne constituait pas une décision au sens matériel, l'intéressée a fait valoir que, sous l'angle de la reconsidération, il y avait lieu de se référer à la précédente décision reposant sur un examen matériel du droit aux prestations, soit celle du 10 octobre 2005, laquelle ne pouvait toutefois être considérée comme manifestement erronée au vu des pièces médicales recueillies au cours de l'instruction. En revanche, l'assurée a estimé que l'expertise de la Dresse D. _____ apportait un éclairage nouveau sur la véritable nature du trouble psychique dont elle était atteinte, de même que sur le début de son invalidité. En effet, les précédents médecins consultés avaient essentiellement souligné des signes dépressifs sans rechercher ceux d'une psychose, tandis que la Dresse D. _____ avait a posteriori conclu à un trouble psychotique. Cette experte avait en outre relevé qu'il fallait appréhender les symptômes somatiques avec prudence car ils pouvaient être une manifestation de la psychose et que, dans ce type d'atteinte, il n'était pas pertinent de prescrire un traitement antidépresseur. L'assurée en a déduit qu'elle n'avait jamais présenté de trouble somatoforme douloureux et qu'elle avait reçu un traitement médicamenteux inadéquat. Cela étant, elle a estimé qu'il y avait lieu de voir dans l'expertise de la Dresse D. _____ – dont la valeur probante n'était pas contestée par le SMR – un nouveau moyen de preuve établissant un fait nouveau quant à sa véritable atteinte à la santé, laquelle avait entraîné une incapacité de travail totale au moins depuis février 2007 et vraisemblablement dès le licenciement intervenu en juin 1995. L'assurée a ainsi considéré que les conditions d'une révision procédurale étaient réalisées et qu'elle pouvait par conséquent prétendre à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2000 mais au plus tôt cinq ans avant la décision du 10 octobre 2005, soit dès le 1er octobre 2000.

- 25 - Aux termes d'un avis établi le 5 septembre 2012 par un juriste de l'OAI, il était observé que l'expertise du 3 novembre 2011 avait révélé l'existence d'une maladie psychiatrique dont les premiers signes existaient avant 2007, éventuellement dès 1995, qu'il s'agissait là de faits nouveaux mais que, pour justifier une révision procédurale, encore fallait-il que ces faits nouveaux soient importants en ce sens qu'ils auraient conduit l'office à statuer autrement s'il en avait eu connaissance à l'époque de la décision sur opposition du 10 octobre 2005, dernière décision portant sur le fond. Aussi y avait-il lieu de déterminer

depuis quand l'assurée présentait une incapacité de travail durable d'au moins 40% en lien avec sa maladie psychiatrique. Cet avis mentionnait en outre les points suivants : "En l'occurrence, l'expertise mentionnée dans la lettre du 12.02.2010 a eu lieu dans le courant du printemps 2010. Elle a été transmise au médecin[...]traitant fin juin (nous ignorons quand l'assurée en a eu copie). [...] Il est possible que le délai de 90 jours entre la prise de connaissance de l'expertise par l'assurée (son représentant) et le dépôt de la demande de révision le 26.11.2010 soit respecté... (à creuser si nécessaire par la suite, en demandant par exemple au médecin[...]traitant copie de ses échanges de courriers avec l'assurée-son représentant)." Par avis médical du 27 septembre 2012, les Drs R. _____ et S. _____, du SMR, ont exposé ce qui suit : "Assurée de 60 ans dont la problématique a été exposée de manière exhaustive dans l'avis SMR du Dr H. _____ du 28.11.2011. A la suite d'une expertise psychiatrique, l'incapacité de travail totale avait été reconnue depuis février 2007 en raison d'une psychose d'allure schizophrénique, (Dr D. _____, expertise de novembre 2011) en parfait accord avec le diagnostic de schizophrénie paranoïde porté par les Drs G. _____ et O. _____ (psychiatres au Centre hospitalier N. _____) [sic]. Le conseil de l'assurée (PROCAP) estime que le point de départ de l'incapacité de travail totale est bien antérieur. De ce fait, trois questions sont posées au SMR que nous rappelons et auxquelles nous tenterons de répondre. 1. Au vu des pièces du dossier, merci de préciser à partir de quelle époque l'assurée présente, en raison de sa maladie, (schizophrénie) une incapacité de travail de 40% au moins ?

- 26 - Nous avons revu l'expertise de la Dresse D. _____. Rappelons que l'anamnèse pour une schizophrénie est lourde avec un frère schizophrène, une mère dépressive sévère, voire possiblement psychotique, une tante paternelle schizophrène, une cousine paternelle avec une symptomatologie dépressive récurrente. Dans son positionnement face aux rapports médicaux adressés en page 7/9, il est signalé un anxiodépressif relevé par le Dr V. _____ dans son rapport du 19.10.1998 [recte : 09.10.1998]. Le Dr D. _____ rappelle : « il n'est pas du tout rare que les symptômes négatifs d'une psychose soient d'abord pris pour des signes dépressifs. La suite de l'évolution confirmera qu'il s'agit bien d'une psychose ». Dans la critique émise par rapport au consilium signé le 23.01.2001 par le Dr C. _____, le Dr D. _____ relève que le Dr C. _____ n'a pas listé les signes négatifs spécifiques d'une psychose (repli social, perplexité, apragmatisme, trouble de la logique). Cependant, un épisode d'hallucinations auditives était déjà connu, non mentionné dans le document. Rapport du Dr C. _____ du 23.01.2001 : nous relevons que la patiente est au chômage depuis 1995 et qu'en 2001, le discours est décrit comme pauvre, manifestation ralenti, avec des contenus pauvres. Les affects sont dits modulés, aplatis. Ces symptômes ont évoqué pour le Dr C. _____ des symptômes négatifs, comme en témoigne dans le 2ème paragraphe de sa dernière page cette phrase : je me suis posé la question d'un diagnostic différentiel, sans avoir les éléments cliniques suffisants pour pouvoir retenir ce diagnostic à coup sûr. L'assurée étant en incapacité de travail à cette date, et le diagnostic différentiel étant évoqué, dans la mesure où il sera confirmé par la suite en 2007, on peut bien penser que déjà en 2001 les symptômes négatifs, s'exprimant sous la forme d'une dépression, ne permettaient pas à l'assurée de s'assumer. Nous pensons, à la revue de ces éléments, que l'assurée présentait en raison de sa maladie psychotique, une incapacité de 40% au moins depuis 2001. Il n'est pas invraisemblable de penser, vu l'anamnèse familiale et la dépression antérieure de 1998, que sa capacité de travail ait été fortement entamée depuis cette date mais nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour le soutenir. 2. A-t-on suffisamment d'éléments au dossier pour soutenir que, au degré de la

vraisemblance prépondérante, l'atteinte à la santé de notre assurée ne lui occasionnait pas une incapacité de travail de 40% au moins en octobre 2005 (respectivement en octobre 2004, début de l'année d'attente) ? La revue du dossier nous conduit à penser qu'au contraire, en 2001, elle présentait une incapacité de travail d'au moins 40%. 3. Au vu des remarques finales de l'expertise (incapacité de travail non exclue dès 1995) devrions-nous, à votre avis, compléter l'instruction sur cette question et si oui, comment réinterroger l'expert ? Si non, pour quelles raisons ? Merci de motiver votre réponse. Il ne nous paraît pas possible de nous prononcer sur la période entre 1995 et 2001. Il est vraisemblable que les évènements de vie ont pu

- 27 - progressivement décompenser une structure psychotique qui pendant assez longtemps a pu fonctionner. Cet effritement progressif avait été suspecté par le Dr C._____. A notre avis, aucune instruction n'est actuellement nécessaire, l'incapacité de travail étant reconnue et l'éventualité d'une atteinte cognitive affirmée par les médecins traitants, nécessitant selon l'expert D._____ un examen neuropsychologique pour être affirmé, ne change rien en fin de compte à l'évaluation de la capacité de travail. Enfin, l'expert ayant à disposition un aperçu des seuls symptômes actuels, ne pourra plus nous renseigner sur une symptomatologie ancienne au sujet de laquelle nous nous sommes étendus supra." Le 13 février 2013, l'OAI a écrit ce qui suit à l'assurée : "Le 24.04.2012, nous avons fait parvenir à notre assurée précitée un projet d'acceptation de rente reconnaissant le droit à une rente entière à partir du 01.05.2011 (six mois après le dépôt de la demande du 26.11.2010) avec début de l'incapacité de travail fixé en février 2007. Dans une précédente décision sur opposition (10.10.2005), entrée en force, nous avons nié le droit à la rente au motif que notre assurée ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante (trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique; dysthymie et trouble de la personnalité non décompensé). Quant à la décision du 22.12.2009, elle refuse d'entrer en matière sur une nouvelle demande déposée le 27.07.2009. En date du 26.11.2010, vous avez requis la révision du droit en invoquant une péjoration de l'état de santé apparue postérieurement à la décision de 2005. L'existence d'une grave péjoration était par ailleurs déjà relevée par l'assurée dans un précéd[e]nt courrier du 28.09.2009. Une expertise, effectuée fin 2011, confirme l'existence d'une incapacité totale de travail et cela depuis la survenance de phénomènes hallucinatoires décrits en tout cas depuis février 2007. Dans les remarques finales de l'expertise, on lit qu'il n'est pas exclu que votre cliente n'ait pas pu reprendre de travail depuis 1995 (fin de son activité professionnelle) en raison de sa maladie psychiatrique étant donné que les premiers signes d'atteintes à la santé se sont présentés sous forme de symptômes négatifs. Notre projet d'acceptation de 24.04.2012 fixe le début du délai d'attente en février 2007. Par courrier du 22.05.2012, vous évoquez dans un premier temps une éventuelle reconsidération de la décision du 10.10.2005 tout en admettant que les conditions n'en sont pas remplies (art. 53, al. 2 LPG). Par contre, vous estimez que l'expertise du 03.03.2011 [recte : 3.11.2011] apporte un éclairage nouveau sur la véritable nature du trouble psychique dont souffre votre cliente et sur le début de son invalidité.

- 28 - Vous estimez que l'expertise constitue un nouveau moyen de preuve lequel établit de manière probante un fait nouveau quant à la véritable atteinte à la santé de votre cliente et qui a entraîné une incapacité de travail totale au moins depuis février 2007, mais selon le degré de vraisemblance prépondérante, cette incapacité peut être fixée dès le licenciement en juin 1995. Sur cette base, vous demandez l'octroi, par voie de la révision procédurale, du

droit à une rente entière d'invalidité et cela dès le 01.07.2000 (cinq ans avant la décision du 10.10.2005). La révision dite « procédurale » d'une décision entrée en force suppose la découverte de faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptible[s] de conduire à une appréciation juridique différente (article 53 aL 1 LPGA, ATF 126 V 24). Sont «nouveaux» au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. La révision ne doit pas servir à réparer une omission qui aurait pu être évitée par un requérant diligent (Kieser, ATSG-Kommentar, note 12 ad art. 53). On appréciera la diligence requise avec moins de sévérité en ce qui concerne l'ignorance des faits, dont la découverte est souvent due au hasard, que l'insuffisance des preuves au sujet de faits connus, la partie ayant le devoir de tout mettre en œuvre pour prouver ceux-ci dans la procédure principale (Poudret, op. cit., note 2.2.5 ad art. 137; Beerli-Bonorand, op. cit., p. 106). Par ailleurs, la preuve doit établir de manière indiscutable (« eindeutig ») que l'état de fait retenu dans la procédure précédente était erroné (ATFA 1959 p. 6 ss consid. 1 et 2). En l'espèce, le rapport d'expertise ne constitue à notre avis pas un moyen de preuve nouveau servant à prouver soit des faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. L'expertise psychiatrique du 03.06.2004 mentionnait déjà l'existence de troubles dépressifs (éventuels symptômes négatifs d'une psychose) et la question d'un diagnostic différentiel avait été soulevée début 2001 (rapport scanné le 19.03.2001). Le fait que des symptômes négatifs de psychose aient, à cette époque, déjà été présents au point d'entraver la capacité de travail et de gain de manière significative n'est qu'une hypothèse. Ce n'est qu'à partir de février 2007, avec la survenance de symptômes

- 29 - positifs (hallucination), qu'une incapacité de travail et de gain est objectivée. Nous précisons avoir soumis votre contestation à notre service médical (SMR) et nous référons à l'avis du 27.09.2012 dont vous avez reçu copie. Il est à relever que les termes utilisés par le SMR pour faire pencher la balance dans le sens d'une incapacité de travail d'au moins 40% antérieure à février 2007 démontrent que nous sommes plus au niveau de l'hypothèse (...on peut bien penser que déjà en 2001 ... ; la revue du dossier nous conduit à penser ; il n'est pas invraisemblable de penser que...). Comme indiqué ci-dessus, ce n'est qu'à partir de février 2007, avec la survenance de symptômes positifs (hallucination), qu'une incapacité de travail et de gain est objectivée. Les conditions mises à la révision procédurale ne sont pas remplies. Nous sommes bien plutôt dans le cas de figure de la révision au sens de l'article 17 LPGA avec grave péjoration de l'état de santé depuis la survenance de phénomènes hallucinatoires en février 2007. Nous ne pouvons dès lors que maintenir notre position telle qu'exprimée dans le projet d'acceptation du 24.04.2012. Cependant, avant de notifier la décision conforme audit projet et dont le présent courrier fera partie intégrante, nous vous laissons un nouveau délai de 30 jours afin de vous laisser la possibilité de nous apporter vos objections fondées à l'encontre des présentes conclusions." Par écriture du 22

février 2013, l'assurée, par son conseil, a notamment allégué que le diagnostic différentiel évoqué lors du consilium de 2001 était plutôt un trouble de la personnalité à traits schizoïdes (F60.1) et non pas un trouble psychotique (en l'occurrence une schizophrénie, F20.9), ces deux maladies ne se confondant pas. Quant à l'affirmation selon laquelle l'expert de 2004 aurait évoqué des symptômes négatifs d'une psychose parce qu'il mentionnait des signes dépressifs, l'intéressée a considéré qu'il s'agissait là d'une déduction erronée. A cela s'ajoutait que, comme l'expliquait la Dresse D. _____, les signes négatifs spécifiques d'une psychose n'avaient pas été recherchés ni recensés lors du consilium de 2001 comme de l'expertise de 2004, les médecins de l'époque étant restés focalisés sur un trouble de l'humeur. En d'autres termes, la Dresse D. _____ ne se contentait pas d'apprécier différemment les faits médicaux retenus lors de la décision du 10 octobre 2005, mais démontrait que l'atteinte véritable n'est pas celle retenue à l'époque. Enfin, considérant que l'avis SMR du 29 septembre 2012

- 30 - affirmait clairement l'existence d'une incapacité de travail significative dès 2001, l'assurée a déclaré se rallier à cette appréciation. Par communication du 25 mars 2013, l'OAI a répondu comme il suit aux objections de l'assurée : "Dans un 1er temps, vous vous référez aux deux rapports sur lesquels se fonde la décision sur opposition du 10.10.2005, à savoir le consilium Département psychiatrique P. _____ du 23.1.2001 et l'expertise du Dr Z. _____ du 3.6.2004. S'agissant de l'expertise précitée, vous estimez en résumé que, dans ses avis de l'époque, le Service médical régional (ci-après, SMR) a émis une appréciation différente de la situation en interprétant de manière autre les critères de Mosimann sans expliquer les raisons permettant de s'écarter de l'interprétation de ces critères par l'expert. A cet égard, nous relevons que le trouble de la personnalité lui-même n'était pas décrit comme décompensé et n'avait pas empêché votre mandante de travailler par le passé. Pour le reste, nous nous permettons de vous renvoyer à l'avis SMR du 13.9.2005 qui explique à notre avis pourquoi il n'y a pas lieu de retenir une comorbidité psychiatrique d'une durée et d'une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail. Vous reprenez ensuite l'avis juriste du 13.2.2013 que vous critiquez, relevant notamment, à juste titre, qu'au vu de l'expertise effectuée le 3.11.2011 par la Dresse D. _____ les signes négatifs spécifiques d'une psychose n'ont été ni recherchés ni recensés lors du consilium 2001 et lors de l'expertise 2004. Nous maintenons cependant que, lors du consilium 2001, les symptômes observés ont évoqué p[a]r le Dr C. _____ des symptômes négatifs [sic] puisque ce médecin se pose la question d'un diagnostic différentiel. Nous sommes dans le cadre d'une appréciation différente des faits, ce qui n'autorise pas la révision procédurale. Quoiqu'il en soit, même dans l'hypothèse où l'expertise du 3.11.2011 par la Dresse D. _____ constitue un moyen de preuve nouveau servant à prouver soit des faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant, cela ne suffirait à notre avis pas encore à fonder un motif de révision procédurale. Pour cela, il faut en effet encore que l'élément nouveau soit de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision principale et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Nous maintenons que le fait que des symptômes négatifs de psychose aient, avant 2007 (en 2001 voire même en 1995) déjà été présents au point d'entraver la capacité de travail et de gain de manière significative n'est qu'une hypothèse. Certes, notre service médical régional souligne, dans son avis du 27.9.2012, qu'il pense « à la revue de ces éléments, que l'assurée présentait en raison de sa

- 31 - maladie psychotique, une incapacité de 40% au moins depuis 2001 ». Il n'en reste pas moins que les termes figurant dans ledit avis (on peut bien penser..., il n'est pas invraisemblable de penser..) montrent qu'il ne s'agit que d'une possibilité. La remarque finale de l'expertise du 11.2001 [sic] (il n'est pas exclu...) ne permet pas d'arriver à une autre conclusion. Une incapacité de travail et de gain en lien avec la maladie psychotique n'est objectivée qu'avec la survenance de symptômes positifs (hallucination), à partir de février 2007, date qui est d'ailleurs retenue par l'expert. Nous sommes dès lors dans le cadre d'une révision au sens de l'article 17 LPG. A cet égard, nous rappelons que tant la contestation formée le 10.9.2009 par l'assurée que votre courrier du 26.11.2010 font état d'une grave péjoration de l'état de santé de votre mandante, influant sur sa capacité de travail. S'agissant de la période antérieure à 2007, nous maintenons que les atteintes diagnostiquées en 2001 lors du consilium au Département psychiatrique P._____ puis en 2004 lors de l'expertise effectuée par le Dr Z._____ ne justifia[en]t pas une incapacité de travail comme l'explique le SMR dans son avis du 13.9.2005. Par ailleurs, le fait que le SMR n'ait pas procédé à son propre examen clinique n'est en soi pas déterminant. Il n'appartient en effet pas à l'expert mais à l'administration (puis au juge) de se déterminer sur l'aspect invalidant d'un trouble somatoforme douloureux en se basant sur les critères développés par la jurisprudence (I 141/02). Dans ce contexte, nous maintenons notre prise de position telle qu'exprimée dans le projet de décision du 24.4.2012, à savoir que votre mandante, en incapacité totale de travail dès le 1.2.2007, a droit au versement d'une rente entière dès le 1.5.2011, soit six mois après le dépôt de sa demande du 26.11.2010. Vous recevrez donc, prochainement, la décision conforme à notre préavis susmentionné, sujette à recours. Ce courrier fait partie intégrante de la décision." Par décision du 30 avril 2013, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période courant dès le 1er avril 2013. Les motifs invoqués par l'office correspondaient en substance à ceux du projet du 24 avril 2012. Le 27 mai 2013, l'OAI a rendu une décision octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période du 1er mai 2011 au

E. 30

mars 2013.

- 32 - E. Agissant par l'entremise de son conseil, T._____ a recouru le 3 juin 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des deux décisions précitées, concluant à leur annulation et, principalement, à la reconnaissance d'un droit aux prestations pour la période antérieure à mai 2011, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Elle sollicite en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Sur le fond, la recourante conteste en substance le refus de l'OAI de lui accorder des prestations d'assurance pour la période antérieure à mai 2011. Plus précisément, elle considère que le caractère manifestement erroné de la décision du 10 octobre 2005 doit être admis, cette décision reposant sur le diagnostic de trouble somatoforme douloureux retenu par le Dr Z._____ dans son rapport d'expertise du 3 juin 2004 alors même que la situation était en réalité autre, le rapport d'expertise de la Dresse D._____ du 3 novembre 2011 – pleinement probant – ayant conclu à une psychose d'allure schizophrénique. L'assurée ajoute qu'il n'a été à aucun moment question d'un trouble psychotique avant l'avis de la Dresse D._____ et que l'évaluation de cette dernière constitue un fait nouveau démontrant l'existence d'une maladie psychotique de longue date, dont la nature et l'intensité ne sont pas comparables à un trouble somatoforme douloureux persistant accompagné d'une légère fluctuation de

l'humeur, comme il avait été considéré préalablement à tort. La recourante estime dès lors que son incapacité de travail pour la période antérieure au mois de mai 2011 repose sur une justification médicale et lui permet de prétendre à des prestations d'assurance pour la période correspondante. Par décision du 13 juin 2013, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de procédure, avec effet au 3 juin 2013. Dans sa réponse du 29 juillet 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant en particulier à ses correspondances des 13 février et 25 mars 2013.

- 33 - Répliquant le 27 août 2013, la recourante a maintenu ses précédents motifs et conclusions. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 et 58 LPGA ; cf. art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

- 34 - b) En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité pour la période antérieure au 1er mai 2011. 3. En l'espèce, l'intimé a estimé être dans le cas de figure d'une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. correspondances de l'OAI des 13 février 2013 p. 3 et 25 mars 2013 p. 2). Pour sa part, la recourante a fait valoir que sa situation relevait d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (cf. objections des 22 mai 2012 p. 3 s. et 22 février 2013 p. 2 ss), voire d'une reconsidération de la décision rendue par l'OAI le 10 octobre 2005 au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (cf. mémoire de recours du 3 juin 2013 pp. 11 ss). a) D'emblée, il convient de relever que l'assurée ne percevait aucune prestation de l'AI au moment où elle a déposé sa quatrième demande de rente. Une telle constellation excluait donc ipso jure l'application de l'art. 17 al. 1 LPGA, puisque cette disposition porte sur les circonstances permettant d'augmenter, de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité – ce qui présuppose nécessairement qu'une rente ait déjà été allouée. En tant que l'intimé entendait appréhender la situation sous le seul angle d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée depuis le mois de février 2007, il lui fallait dès lors se fonder sur les dispositions relatives aux nouvelles demandes (cf. pour un raisonnement analogue TF 9C_302/2015 du 18 septembre 2015

consid. 5.3). Cela étant, on relèvera ici que lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (cf. art. 87 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour

- 35 - déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue. b) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont "nouveaux", au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b avec les références ; cf. TF 8C_501/2014 du 5 août 2015 consid. 2, 9C_531/2014 du 27 janvier 2015 consid. 4.1, 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2 et 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). c) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est

- 36 - sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (cf. ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits ; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (cf. ATF 119 V 410 consid. 3a, 117 V 8 consid. 2c et 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu

de la situation antérieure de fait et de droit. Autrement dit, pour pouvoir qualifier une décision de manifestation erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable ; le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence – à l'époque – de preuves de fait essentiels (cf. TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.3 et 9C_659/2009 du 12 février 2010 consid. 2.2 et 3.2). S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. TF 9C_7/2014 précité consid. 3.1 et 9C_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1 avec les références citées). 4. a) En l'occurrence, les arguments respectifs des parties reposent sur une comparaison entre les renseignements médicaux à disposition lors de la décision sur opposition rendue le 10 octobre 2005

- 37 - par l'OAI – celle-ci correspondant à la dernière décision fondée sur un examen matériel de la situation de la recourante – et ceux révélés suite à la quatrième demande de prestations déposée le 26 novembre 2010. aa) Dans le cadre de l'instruction ayant abouti à la décision de refus de prestations du 10 octobre 2005, l'assurée a notamment été vue par les spécialistes du Département psychiatrique P._____. Dans son rapport y relatif, le Dr C._____ a conclu à une dysthymie et à un trouble somatoforme douloureux chronique, justifiant une incapacité de travail de 50% au moins. Au niveau du status, il n'a pas détecté de troubles majeurs du cours ou du contenu de la pensée, de délire ou d'hallucination. Compte tenu d'un certain aplatissement des affects, d'une méfiance dans le contact avec autrui et d'une impression globale de retrait social, symptômes pouvant tous faire partie d'un tableau dépressif, le Dr C._____ s'est malgré tout posé la question d'un diagnostic différentiel avec un trouble de la personnalité à traits schizoïdes, sans toutefois avoir les éléments cliniques suffisants pour pouvoir retenir ce diagnostic à coup sûr. Il n'a en outre pas trouvé d'indices en faveur d'un trouble bipolaire ou schizo-affectif (cf. rapport du Dr C._____ du 23 janvier 2001 p. 2 s.). Par la suite, aux termes d'un rapport d'expertise psychiatrique du 3 juin 2004, le Dr Z._____ a quant à lui diagnostiqué un trouble dysthymique, un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et un trouble de la personnalité non spécifié. Il a en outre retenu que la capacité de travail avait évolué entre 50 et 30% depuis 1995 et que, à la date de l'expertise, elle était de 70% au moins dans une activité adaptée, dans le contexte favorable d'une nouvelle relation affective et sous réserve d'une médication appropriée (cf. rapport d'expertise du 3 juin 2004 pp 14 ss). Lors de son examen, cet expert a notamment observé l'absence de signes florides de la lignée psychotique ou de la série maniaque, notamment pas de délire, troubles perceptifs, troubles formels de la pensée, relâchement des associations ou passage du coq-à-l'âne (cf. ibid. p. 13 et p. 16). bb) A l'appui de la demande de prestations introduite le 26 novembre 2010, l'assurée a notamment produit un rapport du Dr O._____ consécutif à un consilium réalisé au printemps 2010, relatant

- 38 - des phénomènes hallucinatoires vers l'âge de 18-20 ans, puis en 2007 et à nouveau depuis juillet 2009 ; étaient retenus les diagnostics de schizophrénie paranoïde et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, la situation étant incompatible avec une réintégration sur le marché du travail (cf. rapport du 9 juin 2010). Les conclusions de ce rapport ont ensuite été relayées par le Dr G._____ (cf. rapport du 13 octobre 2010). L'intéressée a ultérieurement fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par la Dresse D._____, laquelle a posé le diagnostic invalidant de psychose d'allure schizophrénique.

L'experte a précisé que l'assuré souffrait d'une atteinte psychotique à la santé s'exprimant en permanence au moyen de signes négatifs et que des signes hallucinatoires apparaissaient lors des décompensations, étant relevé que ni le Dr C. _____, ni le Dr Z. _____ n'avaient recherché – respectivement recensé – les signes spécifiques d'une psychose. Elle a estimé que puisque des phénomènes hallucinatoires étaient décrits en tout cas depuis février 2007, on pouvait considérer que cette date correspondait au début de l'atteinte incapacitante à la santé, étant néanmoins précisé que dans la mesure où les premiers signes de la maladie s'étaient présentés sous forme de symptômes négatifs, il n'était pas exclu que, depuis la fin de l'activité professionnelle en 1995, l'assurée n'ait pas pu reprendre de travail en raison de sa pathologie psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 3 novembre 2011 pp 6 ss). Il convient de relever ici que l'expertise de la Dresse D. _____, qui répond aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), n'est nullement mise en doute par les parties, de sorte que la Cour de céans ne voit aucun motif pertinent de s'en écarter. Est en revanche contestée la question des conséquences induites par la situation révélée dans le rapport d'expertise du 3 novembre 2011, du point de vue du droit à la rente. cc) Dans son courrier du 22 mai 2012, la recourante a fait valoir qu'au vu des pièces médicales au dossier, le caractère

- 39 - manifestement erroné de la décision de refus de prestations du 10 octobre 2005 ne pouvait pas être admis. Elle a en revanche soutenu que les conditions d'une révision procédurale étaient remplies, l'expertise de la Dresse D. _____ constituant un fait nouveau démontrant qu'elle souffrait de longue date d'une maladie psychotique à l'origine d'une incapacité de travail antérieure à mai 2011. L'assurée a ensuite maintenu ce raisonnement dans sa correspondance du 22 février 2013. A l'appui de son recours du 3 juin 2013, l'intéressée a toutefois modifié sa position, se prévalant de l'expertise susdite pour conclure que la décision de refus de prestations du 10 octobre 2005 était manifestement erronée. L'intimé a, pour sa part, retenu que l'expertise de la Dresse D. _____ ne constituait pas un moyen de preuve nouveau servant à prouver soit des faits nouveaux importants justifiant la révision, soit des faits certes connus lors de la procédure précédente mais n'ayant pas pu être prouvés au détriment du requérant. A cet égard, l'OAI a notamment relevé que le rapport d'expertise psychiatrique du 3 juin 2004 mentionnait déjà l'existence de troubles dépressifs (éventuels symptômes négatifs d'une psychose) et que la question d'un diagnostic différentiel avait été soulevée début 2001. L'office a ainsi estimé que l'instruction avait certes révélé une péjoration de l'état de santé de l'assurée à compter du mois de février 2007, mais qu'en revanche, pour la période antérieure, on se trouvait en présence d'une appréciation différente des faits, ce qui n'autorisait pas la révision procédurale. En tout état de cause, même dans l'hypothèse où l'expertise de la Dresse D. _____ pourrait être qualifiée de moyen de preuve nouveau sous l'angle de la révision procédurale, l'intimé a retenu que cette expertise ne suffirait pas pour autant à motiver une telle révision. Sur ce point, l'OAI a considéré que l'élément nouveau n'était, dans le cas d'espèce, pas de nature à modifier l'état de fait ayant fondé la décision principale et à conduire à une décision différente basée sur une appréciation juridique correcte. Il a estimé que le fait que des symptômes négatifs de psychose aient déjà été présents avant 2007 – en 2001, voire même en 1995 – au point d'entraver la capacité de travail et de gain d'une manière significative n'était qu'une hypothèse. Il s'est référé sur ce point aux termes utilisés par le SMR dans son avis du 27

- 40 - septembre 2012, notamment les expressions « on peut bien penser » et « il n'est pas invraisemblable de penser » qui démontraient, selon l'office, que l'existence d'une incapacité de 40% au moins depuis 2001 n'était qu'une possibilité (cf. correspondances de l'OAI des 13 février et 25 mars 2013). b) Il convient de se référer ici à un arrêt du 2 mai 2014 (9C_589/2013), dans lequel le Tribunal fédéral a conclu qu'il n'y avait pas matière à révision procédurale dans le cas d'un assuré ayant fait l'objet d'une suppression rétroactive du droit à la rente sur la base d'un avis psychiatrique retenant un diagnostic de simulation. La Haute Cour a en effet relevé que, lors de la procédure administrative initiale, l'éventualité d'une simulation avait déjà été évoquée par un premier psychiatre et qu'une telle atteinte avait ensuite été envisagée au titre de diagnostic différentiel par deux experts psychiatres, qui lui avaient préféré le diagnostic de trouble dissociatif au regard de la symptomatologie décrite par le patient et observée par l'équipe soignante. Le diagnostic (différentiel) de simulation était donc connu lorsqu'avaient été rendues les décisions initiales d'octroi de rente. Le Tribunal fédéral a ainsi considéré qu'une éventuelle mauvaise interprétation des faits relatifs à l'existence d'une simulation lors de la procédure administrative ayant conduit aux décisions initiales de prestations ne suffisait pas pour reconnaître un motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (cf. TF 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.3). En l'occurrence, on ne se trouve toutefois pas dans la même situation. Il est vrai qu'en 2001, outre une dysthymie et un trouble somatoforme douloureux persistant, le Dr C._____ s'est posé la question d'un diagnostic différentiel sous la forme d'un trouble de la personnalité à traits schizoïdes, signalant un certain aplatissement des affects, une méfiance dans le contact avec autrui ainsi que l'impression global d'un certain retrait social. Contrairement à ce que paraissent retenir le SMR (cf. avis des Drs R._____ et S._____ du 27 septembre 2012) et l'intimé (cf.

- 41 - correspondance du 25 mars 2013), il ressort toutefois de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) qu'un trouble de la personnalité à traits schizoïdes (F60.1) diffère d'une schizophrénie (F20), catégorie dans laquelle tombe le diagnostic de psychose d'allure schizophrénique (F20.9) posé par la Dresse D._____ et admis par les parties. De fait, si les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés, les troubles de la personnalité visent quant à eux des perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu, non directement imputables à une maladie, une lésion ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique (cf. CIM-10-GM 2014, Index systématique – Version française, Volume 1 [chapitres I-XI], Neuchâtel 2014, pp. 187 et 212, texte édité par l'Office fédéral de la statistique [OFS]). La seule évocation d'un diagnostic différentiel relevant d'un registre distinct de celui de la schizophrénie ne saurait dès lors suffire à exclure une révision procédurale dans le cas particulier. A cela s'ajoute que le Dr C._____ a finalement renoncé à poser un diagnostic différentiel de personnalité à traits schizoïdes au regard de l'insuffisance des éléments cliniques, ayant notamment relevé que le status actuel ne comportait pas de troubles majeurs du cours et du contenu de la pensée, de délire ou d'hallucinations. C'est donc bien par manque d'éléments cliniques concrets que le Dr C._____ a écarté ce diagnostic différentiel, et non sur la base d'une – mauvaise – interprétation des données objectives recueillies. Au demeurant, il a également indiqué ne pas avoir trouvé d'éléments parlant dans le sens d'un trouble schizo-affectif (F25). Quant à l'expert Z._____, intervenu en 2004 et ayant retenu des atteintes s'inscrivant dans la lignée de celles mentionnées par le Dr C._____, il n'a pas

relevé de signes florides de la lignée psychotique lors de son examen et n'a du reste évoqué aucune hypothèse diagnostique à ce niveau.

- 42 - Il apparaît ainsi, en résumé, que le Dr C. _____ comme l'expert Z. _____ ne se sont pas positionnés sous l'angle d'une affection psychotique. C'est du reste ce qui a amené la Dresse D. _____ à souligner, dans le cadre de son expertise, que le Dr C. _____ n'avait pas recensé les signes négatifs spécifiques d'une psychose (repli social, perplexité, apragmatisme, troubles de la logique) et que l'expert Z. _____ n'avait pas non plus recherché des signes de psychose – le fait qu'un point significatif de l'anamnèse de la recourante semble avoir échappé aux Drs C. _____ et Z. _____ n'y étant probablement pas étranger. En effet, il faut rappeler que selon les observations du Dr O. _____ en 2010, dont la Dresse D. _____ a tout évidence tenu compte lors de son expertise en 2011, l'assurée a vécu un premier épisode psychotique avec des hallucinations auditives avant février 2007, soit vers l'âge de 18-20 ans, ayant l'impression que des gens croisés dans la rue la critiquaient une fois de retour chez elle. Attendu que la schizophrénie débute typiquement entre la fin de la deuxième décennie de la vie et la moitié de la quatrième (cf. American psychiatric association, DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e éd., texte révisé, traduction française par J.-D. Guelfi et al., Paris 2003, p. 354), qu'elle se caractérise entre autres par la présence de troubles perceptifs dont des hallucinations (cf. DSM-IV-TR, op. cit., p. 345) et que de tels symptômes d'accompagnement peuvent – notamment – permettre de clarifier la difficile distinction entre des symptômes négatifs de psychose et des symptômes dépressifs (cf. DSM-IV-TR, op. cit., p. 348), l'apparition de phénomènes hallucinatoires chez l'assurée au début de l'âge adulte constituait donc un facteur de poids à prendre en considération. Or, ce premier épisode psychotique n'a été mentionné ni par le Dr C. _____ ni par l'expert Z. _____, qui n'en ont vraisemblablement pas eu connaissance à l'époque de la rédaction de leurs rapports respectifs et n'ont de toute évidence pas envisagé une telle éventualité – ce que l'on ne saurait du reste reprocher à la recourante, qui n'avait plus connu de phénomènes hallucinatoires depuis plusieurs années lorsqu'elle a été vue par chacun de ces deux médecins et qui n'avait dès lors aucune raison d'y faire spontanément allusion. Dans cette mesure, il y a donc lieu de retenir

- 43 - que le Dr C. _____ comme l'expert Z. _____ se sont prononcés au moyen de données factuelles incomplètes. Au regard de l'ensemble de ces circonstances, il faut admettre que la présente affaire ne procède pas d'une mauvaise interprétation des faits relatifs à l'existence d'une atteinte psychotique lors de la procédure ayant abouti à la décision de refus de rente du 10 octobre 2005. En cela, le cas de l'assurée se distingue par conséquent de celui ayant donné lieu à l'arrêt précité du 2 mai 2014 (9C_589/2013). c) La situation de la recourante peut en revanche être mise en parallèle avec une autre affaire, ayant fait l'objet d'un arrêt rendu le 2 février 2009 par le Tribunal fédéral (9C_371/2008). Ce litige concernait une assurée dont la demande de prestations avait été initialement rejetée au motif que les troubles diagnostiqués – notamment des troubles de la personnalité paranoïaque – remontaient généralement à l'adolescence, si bien que l'intéressé ne pouvait justifier d'une année de cotisation au moment de la survenance de l'invalidité. L'instruction menée suite à une nouvelle demande de prestations ayant toutefois montré que l'assurée souffrait d'une schizophrénie paranoïde et que cette affection apparaissait habituellement à l'âge adulte, un médecin ayant en outre expliqué les raisons pour lesquelles ce diagnostic n'avait pas pu être posé plus rapidement, la juridiction cantonale a considéré que les

conditions d'une révision procédurale étaient remplies – ce que la Haute Cour a confirmé, estimant que les considérations des médecins ayant posé le nouveau diagnostic permettaient de remettre fondamentalement en cause l'hypothèse sur laquelle était fondée la décision initiale et qu'il s'agissait là clairement d'un fait nouveau faisant apparaître que la décision initiale comptait un défaut objectif pouvant justifier sa révision (cf. TF 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.4). Dans la présente espèce, la Cour de céans retient que le diagnostic de psychose d'allure schizophrénique posé par la Dresse D. _____ – diagnostic qui n'est pas contesté par les parties – n'a jamais été fait précédemment dans une procédure devant l'OAI, ni même évoqué

- 44 - au titre de diagnostic différentiel, en particulier par le Dr C. _____ (cf. consid. 5b supra). Il s'agit donc d'un fait nouveau justifiant en principe une révision procédurale. d) L'intimé soutient que même dans cette hypothèse, il n'y aurait malgré tout pas lieu à révision procédurale. A l'appui de sa position, l'OAI relève que pour permettre une telle révision, l'élément nouveau doit être de nature à modifier l'état de fait à base de la décision principale et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte. Or, selon l'office, le fait que des symptômes négatifs de psychose aient, avant 2007 (en 2001, voire en 1995), déjà été présents au point d'entraver la capacité de travail et de gain de manière significative n'est qu'une hypothèse – ce que l'intimé infère des termes utilisés par les Drs R. _____ et S. _____ du SMR dans leur avis du 27 septembre 2012 (cf. correspondances des 13 février 2013 p. 3 et 25 mars 2013 p. 2), en particulier ceux figurant dans le passage suivant : "[...] nous relevons que la patiente est au chômage depuis 1995 et qu'en 2001, le discours est décrit comme pauvre, manifestement ralenti, avec des contenus pauvres. Les affects sont dits modulés, aplatis. Ces symptômes ont évoqué pour le Dr C. _____ des symptômes négatifs, comme en témoigne dans le 2ème paragraphe de sa dernière page cette phrase : je me suis posé la question d'un diagnostic différentiel, sans avoir les éléments cliniques suffisants pour pouvoir retenir ce diagnostic à coup sûr. L'assurée étant en incapacité de travail à cette date, et le diagnostic différentiel étant évoqué; dans la mesure où il sera confirmé par la suite en 2007, on peut bien penser que déjà en 2001 les symptômes négatifs, s'exprimant sous la forme d'une dépression, ne permettaient pas à l'assurée de s'assumer. Nous pensons, à la revue de ces éléments, que l'assurée présentait en raison de sa maladie psychotique, une incapacité de 40% au moins depuis 2001. Il n'est pas invraisemblable de penser, vu l'anamnèse familiale et la dépression antérieure de 1998, que sa capacité de travail ait été fortement entamée depuis cette date mais nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour le soutenir." L'extrait susdit – dont il se dégage, il est vrai, une certaine confusion concernant les notions de schizophrénie et de trouble de la personnalité à traits schizoïdes (cf. consid. 5b supra) – porte sur le moment à partir duquel l'atteinte psychotique de l'assurée est devenue incapacitante. Sur ce point, l'OAI estime que les termes « on peut bien

- 45 - penser que déjà en 2001 » et « nous pensons, à la revue de ces éléments, que l'assurée présentait en raison de sa maladie psychotique une incapacité de 40% au moins 2001 » ne sont pas assez catégoriques pour pouvoir être retenus au degré de la vraisemblance prépondérante. Quoi qu'en dise l'intimé, il reste que l'avis en question constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), ayant pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il n'est dès lors pas incongru que cet avis

expose la pensée de ses auteurs, autrement dit la manière dont ils apprécient la situation médicale soumise à leur examen. L'office s'appuie également sur la phrase suivante : « il n'est pas invraisemblable de penser, vu l'anamnèse et la dépression antérieure de 1998, que sa capacité de travail été fortement entamée depuis cette date mais nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour le soutenir ». A cet égard, rien ne permet toutefois d'affirmer que les termes « cette date » se rapportent à 2001 et non à 1998. Preuve en est qu'à la question 2 libellée ainsi : « A-t-on suffisamment d'éléments au dossier pour soutenir que, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'atteinte à la santé de notre assurée ne lui occasionnait pas une incapacité de travail de 40% au moins en octobre 2005 (respectivement en octobre 2004, début de l'année d'attente) ? », les Drs R._____ et S._____ du SMR ont répondu ce qui suit : « La revue du dossier nous conduit à penser qu'au contraire, en 2001, elle présentait une incapacité de travail d'au moins 40% ». Or, cette réponse – notamment l'expression « au contraire » – est une affirmation et non une simple hypothèse. Cette interprétation se trouve en outre accréditée par le fait que, selon les médecins susdits, il ne paraît pas possible de se prononcer sur la période entre 1995 et 2001, ce qui sous-entend qu'il est possible de se prononcer dès 2001. Au regard de ces éléments, on peut en définitive retenir l'existence d'une incapacité de travail de 40% au moins chez l'assurée depuis 2001 et ce dans toute activité, les Drs R._____ et S._____

- 46 - ayant retenu que l'intéressée n'était dès lors plus en mesure de s'assumer (cf. avis SMR du 27 septembre 2012 p. 2). e) En résumé, il y a donc lieu d'admettre, d'une part, que le diagnostic de psychose d'allure schizophrénique retenu par la Dresse D._____ aux termes de son rapport d'expertise du 3 novembre 2011 apporte un éclairage nouveau permettant de remettre fondamentalement en cause les avis médicaux des Drs C._____ et Z._____ sur lesquels reposait la décision de refus de prestations du 10 octobre 2005. D'autre part, ce fait nouveau revêt à n'en pas douter un caractère important, puisqu'il permet de retenir que dès 2001 en tout cas, la recourante présentait une incapacité de travail en lien avec son affection psychotique, cela à un taux de 40% et dans toute activité. Il apparaît corrélativement que la présente affaire ne tombe pas sous le coup de la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, attendu qu'au vu de l'état de faits et du droit au moment où elle a été rendue, la décision sur opposition du 10 octobre 2005 n'était pas manifestement erronée. De ce qui précède, il ressort également que l'on se saurait se rallier à l'OAI pour reconnaître uniquement une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis le 1er février 2007, les considérations ci-dessus ayant à ce propos clairement mis en évidence un défaut objectif à l'origine de la décision du 10 octobre 2005. 6. a) Par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, la révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), selon lequel la demande doit être adressée par écrit à l'autorité de recours dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision, mais au plus tard dix ans après la notification de la décision sur recours. b) En l'occurrence, au cours de la présente procédure judiciaire, les parties n'ont pas abordé la question de ces délais. Dans son

- 47 - courrier du 25 mars 2013, l'OAI ne s'est pas non plus prononcé sur le sujet. Cette problématique a en revanche été évoquée dans l'avis juriste du 5 septembre 2012, qui indique que l'expertise mentionnée dans la lettre du 12 février 2010 a eu lieu dans le courant du printemps 2010 et a été transmise fin juin au médecin traitant. Il est ainsi fait référence à l'évaluation psychiatrique réalisée par le Dr O._____, qui a effectivement vu la recourante à trois reprises au printemps 2010 et qui a adressé son rapport au Dr

G. _____ le 9 juin 2010. Puis, le 13 octobre 2010, en réponse à un courrier du conseil de la recourante, le Dr G. _____ – conformément à l’appréciation du Dr O. _____ – a fait état du diagnostic de schizophrénie paranoïde et de l’incapacité de travail totale en découlant. Au regard de ces éléments, on peut donc retenir que c’est à cette dernière date que la recourante, par son représentant, a eu connaissance du nouveau diagnostic confirmé ensuite par l’expertise de la Dresse D. _____. Partant, la demande déposée le 26 novembre 2010 l’a été dans le délai de l’art. 67 al. 1 PA. Cela étant, il n’est dès lors pas utile de procéder aux mesures d’instruction évoquées dans l’avis juriste du 5 septembre 2012. 7. Reste à déterminer dans quelle mesure les considérations qui précèdent influent sur le droit à la rente de la recourante. a) Est réputée invalidité l’incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d’une infirmité congénitale, d’une maladie ou d’un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l’ensemble ou d’une partie des possibilités de gain de l’assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d’activité, si cette diminution résulte d’une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu’elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 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

- 48 - 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. L’assuré a droit à une rente s’il est invalide à 40% au moins ; un taux d’invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (cf. art. 28 LAI). b) Selon l’art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations arriérées s’éteint cinq ans après la fin du mois pour laquelle la prestation était due. Selon la jurisprudence, en s’annonçant à l’assurance-invalidité, l’assuré sauvegarde en règle générale tous ses droits à des prestations d’assurance, même s’il n’en précise pas la nature exacte, l’annonce comprenant toutes les prétentions qui, de bonne foi, sont liées à la survenance du risque annoncé. Cette règle ne vaut cependant pas pour les prestations qui n’ont aucun rapport avec les indications fournies par le requérant et à propos desquelles il n’existe au dossier aucun indice permettant de croire qu’elles pourraient entrer en considération. L’obligation de l’administration d’examiner le cas s’étend seulement aux prestations qui, sur le vu des faits et des pièces du dossier, peuvent entrer normalement en ligne de compte. Lorsque par la suite l’assuré fait valoir qu’il a encore droit à une autre prestation, il y a lieu d’examiner selon l’ensemble des circonstances du cas particulier, au regard du principe de la bonne foi, si l’imprécise annonce antérieure comprend également la prétention que l’assuré fait valoir ultérieurement (cf. ATF 121 V 195 consid. 2 ; cf. TF 9C_532/2011 du 7 mai 2012 consid. 4.2). La jurisprudence retient plus particulièrement que seules les prestations dues pour les cinq dernières années à partir de la nouvelle demande de prestations sont versées, le droit aux prestations antérieures s’étant éteint. Autrement dit, même si l’administration a omis fautivement de donner suite à une demande initiale de prestations, qui était bien fondée, le paiement des prestations arriérées est soumis au délai de péremption absolu de cinq ans à compter de la date du dépôt de la nouvelle demande (cf. ATF 121 V 195 consid. 5d ; cf. TF 9C_532/2011

- 49 - précité consid. 4.3 ; cf. TFA M 12/06 du 23 novembre 2007 consid. 5.3). Le but de cette jurisprudence est essentiellement d’éviter que le paiement rétroactif de prestations pour une période couvrant plusieurs années ne vienne alimenter une fortune plus ou moins

importante alors que ces prestations étaient destinées à compenser les besoins vitaux ordinaires du requérant (cf. ATF 121 V 195 consid. 5d ; cf. TF 9C_532/2011 précité consid. 4.3 et 9C_574/2008 du 27 mars 2009 consid. 2.2). c) Dans le cas particulier, la documentation au dossier permet de conclure à une incapacité de travail d'au moins 40% depuis 2001, en vertu de l'avis du SMR du 27 septembre 2012, puis à une entière incapacité de travail à compter du mois de février 2007, sur la base du rapport d'expertise de la Dresse D._____ du 3 novembre 2011 – cela dans toute activité. Or, dans de telles circonstances, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; cf. TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6), qui doit donc être arrêté en l'espèce à 40% dans un premier temps, puis 100% dans un second temps. Cela étant, concernant plus spécifiquement le point de départ du droit à la rente, on rappellera que la nouvelle demande a été déposée le 26 novembre 2010. Par conséquent, conformément aux principes développés en lien avec l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit de la recourante à des prestations arriérées ne peut prendre effet qu'au 1er novembre 2005. Il s'ensuit au final que, par le biais de la révision procédurale, la recourante doit se voir reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2005, puis à une rente entière d'invalidité à partir du 1er mai 2007, soit trois mois après le début de l'entière incapacité de travail admise dès le mois de février 2007 (cf. art. 88a al. 2 RAI). 8. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision du 27 mai 2013 – qui porte, seule, sur le droit à la rente pour la période antérieure à mai 2011 – réformée en ce sens que la recourante a droit à

- 50 - un quart de rente d'invalidité du 1er novembre 2005 au 30 avril 2007 et à une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 2007. La décision de l'OAI du 30 avril 2013 reconnaissant le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2013 doit, quant à elle, être confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter en l'occurrence à 2'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD ; cf. également art. 10 et art. 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). A noter que, l'octroi de l'assistance judiciaire ayant été limité aux frais de justice sans désignation d'un avocat d'office, aucune indemnité n'est due à ce titre.

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