

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

MM. Gutmann et Peter, assesseurs

Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Me Laure Chappaz, avocate
à Aigle,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, a travaillé en dernier lieu en qualité d'aide de cuisine à 100 % auprès de l'établissement médico-social la « [...] » à [...].

En incapacité de travail depuis le 10 juin 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 28 juin 2013, réceptionnée le 3 juillet 2013, en invoquant une arthrose généralisée.

Dans un rapport du 26 août 2013 adressé à l'OAI, le Dr Z._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de polyarthrose généralisée au niveau des épaules, des côtes, des mains (rizarthrose floride surtout à gauche), des genoux, des pieds et de la colonne cervico-dorsale, de lombalgies chroniques sur troubles statiques (scoliose sinistro-convexe centrée sur L3-L4), de trouble anxio-dépressif sévère, de troubles cognitifs en cours d'investigations et d'obésité. Selon lui, ces diagnostics justifiaient une incapacité de travail à 100 %, le pronostic étant défavorable.

Le rapport du Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, du 4 juin 2013, qui était joint au rapport du Dr Z._____, posait les diagnostics de « douleurs musculo-squelettiques multiples dans un contexte d'un syndrome polyinsertionnel de type fibromyalgique et d'atteintes arthrosiques multiples avec d'une part des troubles dégénératifs rachidiens et d'autre part une atteinte rhizarthrosique du pouce gauche, une arthrose métacarpo-phalangienne des premier, deuxième et troisième rayons des deux mains et inter-phalangienne distale de l'ensemble des doigts, arthrose fémoro-patellaire débutante, état anxio-dépressif, hypercholestérolémie traitée, gastrite anamnétique avec infection chronique à Helicobacter pylori, allergie présumée aux inhibiteurs de la

pompe à protons, intolérance à la morphine, obésité ». L'examen clinique, le status sonographique et la scintigraphie osseuse permettaient raisonnablement d'écarter tout rhumatisme inflammatoire sous-jacent.

A la requête de l'OAI, le Dr X._____, chef de clinique adjoint, et la Dresse B._____, médecin assistant, de la [...] ont adressé un rapport du 11 mars 2014 dans lequel ils ont posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ainsi que de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2).

Par courriers des 24 avril et 30 mai 2014, W._____ SA (ci-après : W._____), assureur pour le versement des indemnités journalières en cas de maladie, a communiqué à l'OAI les expertises réalisées par le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et par le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. W._____ a en outre informé l'OAI qu'elle mettait fin à ses prestations avec effet au 1^{er} mai 2014.

Dans son expertise du 3 avril 2014, le Dr D._____ a posé les diagnostics non incapacitants de fibromyalgie selon critères ACR 1990 et 2010 sous la forme de syndrome douloureux ubiquitaire, de troubles dégénératifs ostéo-articulaires compatibles avec l'âge (discopathies cervico-dorso-lombaires, rhizarthrose bilatérale) et d'obésité de classe III (IMC : 40.5 kg/m²). Son appréciation de la situation était la suivante :

« Subjectivement, [l'intéressée] relate des douleurs véritablement diffuses qui concernent toutes les parties de son corps et qui ne sont pas modulées tant par le taux d'activité que par le nycthémère. Les douleurs sont également rebelles à tous les traitements qu'elle a pu avoir sous forme d'antalgiques, d'anti-inflammatoires, d'opiacés et également sous forme de Lyrica. L'assurée est uniquement soulagée par les bains chauds qu'elle a reçus à [...] ainsi que par des douches chaudes. Elle n'annonce pas d'arthrite ou de ténosynovite, elle déclare des enflures diffuses des bras et des jambes, enfin elle indique ne plus être capable de ne rien faire à domicile notamment toutes les tâches sont réalisées par son mari. L'assurée passe ainsi ses journées à regarder la télévision d'après ses propres déclarations. Objectivement, l'assurée s'est montrée fort dolente, avec une expression théâtrale de ses douleurs diffuses. Elle se déplace également de manière caricaturale en utilisant une canne, moyen auxiliaire dont l'utilisation ne trouve pas de justification d'un point de vue rhumatologique, qui plus est, on n'objective cependant

pas de syndrome rachidien ni de syndrome radiculaire aux membres supérieurs et inférieurs. L'examen ostéo-articulaire périphérique peut quant à lui être considéré comme normal, sans déformations ou limitations articulaires objectives, ni synovites. Le status clinique est surtout caractérisé par la présence de nombreux signes d'amplification des symptômes avec une attitude oppositionnelle lorsque l'on veut mobiliser ses articulations et surtout l'allégation subjective de douleurs intenses lorsque l'on touche une quelconque partie de son corps, alors même que l'examen clinique rhumatologique réalisé lors de l'expertise paraît dans les limites de la norme. Selon les rapports d'interprétations du bilan radiologique et de la scintigraphie osseuse de 2013, les constatations pathologiques fort mineures décrites sous la forme d'une spondylose et d'une rhizarthrose compatibles avec l'âge de l'assurée, ne fournissent ainsi pas d'explication convaincante aux plaintes algiques ubiquitaires évoquées par l'assurée, ni bien entendu quant au retentissement fonctionnel majeur rapporté par l'assurée. Ces éléments ainsi que la mise en échec de toutes les mesures thérapeutiques, l'absence de stratégies visant à atténuer les symptômes sont caractéristiques de la fibromyalgie. Dans ces conditions, vu le diagnostic de fibromyalgie, pour des raisons de jurisprudence, il conviendra de s'enquérir des conclusions de l'expertise psychiatrique qui a été réalisée le 28 mars 2014.

Du point de vue rhumatologique, en effet, elle ne présente pas de limitations fonctionnelles qui découlent d'une atteinte à la santé objective rhumatologique, dans son activité habituelle comme dans toute autre activité ».

Quant au Dr S._____, il est parvenu aux conclusions suivantes dans son expertise psychiatrique du 15 mai 2014 :

« Au niveau psychopathologique, [l'assurée] présente un tableau dépressif relativement atypique. C'est une femme qui est très plaintive, démonstrative et qui se réfugie derrière ses plaintes somatiques, estimant que ses problèmes sont irréversibles et qu'elle ne pourra jamais reprendre une activité professionnelle. [L'assurée] est néanmoins marquée par les problèmes de santé de son fils qui a subi une rupture d'anévrisme en décembre 2013. Dans un même temps on sent chez elle un certain tonus et elle se ressaisit durant l'entretien. En tous les cas, la symptomatologie dépressive ne conduit pas à une anhédonie ou une aboulie totale. Elle semble avoir un fonctionnement personnel relativement limité mais au niveau psychiatrique sa capacité de travail est entière et ceci dans toute activité. On retient le diagnostic d'épisode dépressif majeur récurrent, de gravité légère, avec tendance à l'amplification des plaintes. Il existe un trouble somatoforme douloureux, chez une personnalité fruste d'intelligence limitée ».

Dans un avis du 5 septembre 2014, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a conclu à une capacité de travail de l'assurée de 100 % dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée.

Le 10 septembre 2014, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision lui refusant les prestations de l'assurance-invalidité.

En date du 17 septembre 2014, le Dr Z._____ a transmis à l'OAI un rapport établi le 30 juin 2014 par les Drs M._____ et P._____, médecins généralistes spécialisés en gériatrie, ainsi que de H._____, psychologue, aux termes duquel le diagnostic d'un trouble cognitif modéré dans le cadre d'une affection psychiatrique chronique est retenu. Un examen neuro-psychologique n'avait pas pu être entrepris en raison de la collaboration diminuée et de la fatigabilité importante de l'assurée, notamment sur le plan psychiatrique.

A l'appui de la prise de position qu'elle a déposée devant l'OAI, l'assurée a notamment produit un rapport du Dr C._____ du 25 juillet 2014 dans lequel il reprenait les diagnostics posés dans son précédent rapport, évoquant en outre un éventuel trouble somatoforme douloureux persistant et retenant, sur le plan psychique, un épisode dépressif majeur récurrent. Concernant la capacité de travail, il était bien évident selon ce médecin que l'intéressée n'avait pas une capacité de travail de 100 % ; l'atteinte à la santé liée aux troubles somatiques et psychiques entraînait des répercussions fonctionnelles défavorables limitant le rendement voire même l'autonomie. Les limitations fonctionnelles se manifestaient dans toutes les activités manuelles et de préhension, surtout en force et en charge, les déplacements et la marche. La capacité de porter, soulever et déplacer des charges était restreinte.

Les rapports médicaux nouvellement produits par l'assurée ont été soumis au SMR, qui a considéré le 24 novembre 2014 qu'ils n'apportaient pas d'éléments nouveaux, mais constituaient une appréciation différente de la même situation médicale.

Par décision rendue le 24 février 2015, motivée dans une lettre explicative du même jour, l'OAI a refusé à K._____ tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Selon l'OAI, l'assurée souffrait d'un

trouble somatoforme douloureux, type fibromyalgie, sans comorbidité psychiatrique incapacitante.

b) Le recours que l'assurée a interjeté contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a été admis par arrêt du 15 juin 2016 et la cause renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise à tout le moins psychiatrique et rhumatologique.

c) Suivant l'avis du SMR du 26 septembre 2016, l'OAI a finalement fait réaliser une expertise pluridisciplinaire, avec un volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne. Cet examen a été attribué par le biais de la plateforme SuisseMED@P au J._____ (ci-après : J._____). Dans leur rapport du 31 mars 2017, les Drs G._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail une personnalité dépendante (F60.7) depuis le début de l'âge adulte, décompensée depuis l'été 2013, et ont retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants :

- « Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00) premier épisode à l'âge de 24 ans, l'actuel épisode persiste depuis l'été 2013.
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2013.
- Fibromyalgie.
- Polyarthrose (principalement rachis lombaire et rhizarthrose gauche dès 2013, gonarthrose bilatérale débutante).
- Troubles statiques.
- Hypertension artérielle traitée (2013 environ).
- Hypercholestérolémie traitée (2013 environ).
- Obésité.
- Syndrome des apnées du sommeil appareillé par CPAP.
- Asthme anamnestique (1990 environ).
- Gastrite.
- Status post-hystérectomie en 2002. »

Les experts ont conclu à l'existence d'une pleine capacité de travail dans toute activité depuis avril 2014 avec une diminution de rendement de 20 % sur le plan psychique, soit une capacité résiduelle de travail de 80 %, et ont fixé comme limitations fonctionnelles une vulnérabilité au stress et un manque d'autonomie dans les activités

quotidiennes et dans les déplacements, ainsi qu'une apparition périodique de phases de décompensation. Leur appréciation comportait notamment les éléments suivants :

« Sur le plan de la médecine interne, il n'y a pas d'élément nouveau par exemple de décompensation respiratoire ou cardiaque. On retrouve les diagnostics énoncés ci-dessus. Les différentes pathologies n'entraînent pas d'incapacité de travail significative et durable.

Sur le plan rhumatologique, Madame K. _____ se plaint toujours de douleurs diffuses importantes qui entraîneraient selon elle des limitations fonctionnelles importantes, raison pour laquelle elle ne fait plus aucune tâche à la maison et se fait même aider pour couper sa nourriture. Elle ne décrit pas de signe inflammatoire des différentes articulations. Il n'y a pas de notion de psoriasis cutané. Pour rappel, un bilan rhumatologique en 2013 auprès du Dr M. C. _____ n'avait pas montré d'argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire. Le bilan radiologique avec IRM du rachis lombaire et des sacro-iliaques du 01.07.2015 et le scanner lombaire et des sacro-iliaques du 03.03.2016 montre des troubles dégénératifs sous forme d'arthrose, mais pas d'argument pour une sacro-iliite ou pour un rhumatisme axial inflammatoire. A notre sens, il n'y a donc pas de justification pour maintenir le traitement d'Otezla qui est indiqué pour le rhumatisme psoriasique, car l'expertisée ne souffre pas de cette pathologie. Madame K. _____ prend le traitement d'Otezla depuis plus d'un an et ne constate aucune amélioration, argument supplémentaire pour l'interrompre.

Il y a certes des troubles dégénératifs du rachis et des articulations périphériques comme démontré par les diverses investigations radiologiques. Les radiographies et IRM ont mis en évidence une rhizarthrose gauche, mais pas d'argument pour un rhumatisme inflammatoire.

Le bilan radiologique effectué par le médecin traitant le 27.02.2017 montre une gonarthrose bilatérale débutante sous forme de pincement fémoro-patellaire latéral et fémoro-tibial médial, sans ostéophytose ou sclérose osseuse. Le cliché du bassin ne montre pas de troubles dégénératifs des hanches ni des sacro-iliaques.

Les examens du rachis ont montré également des troubles dégénératifs sous forme de discopathie débutante lombaire et arthrose interapophysaire étagée. Ces constatations sont relativement banales et communes chez une personne de 56 ans. Radiologiquement l'importance est modérée à moyenne. D'un point de vue clinique, il n'y a pas de déformation majeure ou d'élément expliquant une perte de fonction significative. Par conséquent les plaintes de l'expertisée et son comportement ne peuvent s'expliquer par l'atteinte organique objective. En cela nous rejoignons l'appréciation du Dr D. _____ qui constatait déjà en 2014 que l'utilisation d'une canne ne pouvait s'expliquer par l'atteinte rhumatismale. Lors de la présente évaluation, il est noté aussi des discordances selon les moments où l'expertisée est observée et les autolimitations qui ne peuvent pas être attribuées à l'atteinte

rhumatismale. On retrouve un syndrome douloureux chronique avec les points douloureux à la palpation typiques d'une fibromyalgie, mais aussi de nombreux autres points qui vont au-delà de ceux que l'on rencontre habituellement dans ce diagnostic.

En conclusion, Madame K. _____ présente une polyarthrose avec notamment une arthrose lombaire étagée, une gonarthrose bilatérale débutante et une rhizarthrose gauche ainsi qu'une fibromyalgie. L'importance des plaintes et les limitations fonctionnelles qui en découleraient selon l'expertisée ne s'expliquent pas par l'atteinte organique objective. L'ensemble du tableau évoque un syndrome douloureux somatoforme.

Du point de vue somatique, il n'y a pas de pathologie qui entraîne des limitations fonctionnelles significatives et une diminution durable de la capacité de travail. En cela notre appréciation est concordante avec celle du Dr D. _____ lors de son expertise de 2014.

Sur le plan psychique, l'expertisée se plaint d'une symptomatologie dépressive depuis l'été 2013 (depuis l'âge de 24 ans elle a souffert de 7 épisodes dépressifs) et anxieuse. La symptomatologie psychique est liée au syndrome douloureux chronique, mais aussi à d'autres événements de vie.

Elle ressent une humeur dépressive, tristesse et pleurs, chaque jour, toute la journée, l'intensité fluctue entre 6 et 8/10 ; son sommeil est perturbé par les douleurs et le CPAP ; elle a une mauvaise estime d'elle-même, car elle se sent trop grosse et est diminuée physiquement ; elle a des difficultés parfois à se concentrer, oublie beaucoup de choses ; elle est pessimiste par rapport à l'évolution de ses problèmes physiques ; elle a des idées suicidaires régulièrement, car elle est désespérée par ses problèmes de santé physique et a fait dans sa vie 3 tentatives de suicide.

Il lui arrive deux fois par semaine de faire des crises d'angoisse d'intensité de 7/10 qui durent de quinze à trente minutes, lorsque les douleurs s'exacerbent ; elle souffre d'une claustrophobie et a très peur dans les avions et dans les ascenseurs ; elle est anxieuse lorsqu'elle est en voiture, elle a peur des accidents, elle a arrêté de conduire depuis quelques années à cause de cela.

L'expertisée présente de nombreux traits de personnalité dépendante. Ses épisodes dépressifs ont été souvent déclenchés par des situations de séparation avec son mari (qui s'absentait pour le travail). Elle se décrit comme une femme qui pouvait être joyeuse, mais également triste parfois, elle a toujours été dépendante de son mari, c'est lui qui a toujours pris les décisions importantes dans sa vie. Elle a toujours eu peur de la séparation et d'être abandonnée par lui. Elle a toujours évité les conflits et évité de s'affirmer de peur de perdre le soutien d'autrui. Elle se sent incapable de faire face seule. Elle a peur de se perdre et demande à son mari ou à sa fille de l'accompagner partout. Elle n'a pas d'habitudes toxiques.

La description des activités quotidiennes nous apprend qu'elle se promène avec son mari, part en vacances au Portugal régulièrement. Elle ne fait plus de crochet depuis deux ans, n'ose plus conduire depuis 3 ans. Elle se fait accompagner lorsqu'elle

prend les transports publics. Elle délègue toutes les tâches ménagères et administratives à son mari depuis environ 3 ans. Elle ne lit pas, regarde la télévision de temps à autre, fait quelques jeux sur son Ipad. Elle ne garde jamais ses petits-enfants. Elle n'est pas repliée socialement : rencontre des amis d'une à deux fois par semaine, voit ses enfants et ses petits-enfants quotidiennement, a des contacts avec sa fratrie et sa belle-famille.

L'examen psychiatrique montre une femme obèse, soignée dans son apparence et son hygiène. Elle est plaintive, démonstrative et majorante au niveau physique et psychique. Elle a tendance à donner beaucoup de détails sur sa vie et doit être recadrée de temps à autre. Elle n'est pas ralentie. L'expertisée comprend le français et peut y répondre dans un français approximatif, mais, surtout vers la fin de l'entretien, elle préfère s'appuyer sur les traductions de l'interprète et donner ses réponses en portugais. Il n'y a pas de déficit attentionnel durant notre entretien même si vers la fin elle montre des signes de fatigue, doit s'arrêter, réfléchir pour retrouver des dates. Le contenu de la pensée est fixé sur ses problèmes physiques et psychiques qui l'empêchent de travailler ou d'assumer son ménage et qu'elle se montre très dépendante vis-à-vis de son entourage familial. L'humeur est dépressive, elle se montre triste, pleure régulièrement, est très pessimiste, désespérée, évoque spontanément son désir de se suicider.

Le dosage plasmatique de l'amitriptyline montre un taux se situant dans l'intervalle de référence argument pour une bonne observance thérapeutique.

En conclusion, l'expertisée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), premier épisode à l'âge de 24 ans, a probablement fait jusqu'à 7 épisodes dépressifs dans sa vie jusqu'à présent, l'épisode actuel persiste depuis l'été 2013 et prend une allure chronique. Elle souffre également d'un trouble de personnalité dépendante (F60.7) depuis le début de l'âge adulte, qui est décompensée depuis l'été 2013. Le trouble de la personnalité est clairement un facteur de risque pour des rechutes dépressives.

Nous retenons également le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2013. En effet, l'expert rhumatologue retient le diagnostic de fibromyalgie, et chez cette assurée il existe des conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux suffisamment importants. Le syndrome douloureux assure à cette expertisée une *aide et une sollicitude accrue*, notamment de la part de son mari et sa fille, qui prennent en charge le ménage, les tâches administratives et l'accompagnent dans ses différentes démarches.

D'après la grille d'examen en cas de troubles somatoformes découlant de l'arrêt du Tribunal Fédéral du 3 juin 2015, nous retiendrons qu'il existe des troubles psychiques, sous la forme d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble de la personnalité dépendante.

L'expertisée a peu de ressources, elle n'a aucune formation, est très dépendante vis-à-vis de son entourage familial. Actuellement ses ressources sont limitées par le trouble de la personnalité

dépendante décompensé. Dans le passé, elle a pu apprendre raisonnablement bien le français, elle a pu travailler pendant quelques années en Suisse et peut compter sur le soutien de son entourage familial. Elle s'est mariée et a élevé deux enfants.

Des mesures de réadaptation sont exigibles du point de vue psychiatrique.

Concernant la cohérence : la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes. Le suivi psychique est peu important (une séance chaque deux mois environ). L'observance thérapeutique est bonne concernant l'antidépresseur. Elle a bien collaboré avec les experts.

Concernant le traitement, en théorie l'expertisée pourrait bénéficier d'une psychothérapie (cognitive ou psychodynamique) pour son trouble de la personnalité et pour la prévention des rechutes dépressives, visant une meilleure autonomie, une amélioration de son estime, de sa confiance et de son affirmation de soi. Mais ce traitement risque d'être difficile chez une personne qui semble s'être enfermée dans un rôle de malade et qui n'a vraisemblablement que peu de capacité d'introspection. Même si l'intensité de la symptomatologie dépressive est plutôt légère actuellement, le remplacement du Saroten avec une autre molécule antidépressive type SSRI serait judicieux dans l'optique de la prévention d'une nouvelle rechute dépressive.

Le cumul des troubles psychiatriques persistants dont Madame K._____ souffre, sont à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes depuis l'été 2013 : il existe une vulnérabilité au stress et un manque d'autonomie dans les activités quotidiennes et dans les déplacements, une apparition périodique de phases de décompensation. Ceci diminue son rendement au niveau psychique de 20% dans toute activité. »

Par courrier du 5 mai 2017, W._____ a transmis à l'OAI les rapports des expertises rhumatologiques et psychiatriques qu'elle avait fait réaliser.

Dans un rapport du 20 mars 2017, le Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie, a retenu les diagnostics de rhizarthrose (M18), gonarthrose primaire bilatérale (M17), spondylarthrose (M47) et arthropathies psoriasiques des métacarpes (M07.14) qui contre-indiquaient les gestes répétitifs des mains, le port de charges de plus de 5 kg, l'utilisation d'escaliers et d'échelles, le travail à genou ou accroupi, le travail debout prolongé (plus de deux heures à la suite), le travail penché en avant ou le tronc en extension, les mouvements de rotation du tronc. En respectant ces limitations fonctionnelles, l'assurée ne présentait

aucune diminution de sa capacité de travail sur le plan rhumatologique. Le Dr Q. _____ a en outre indiqué que la présence de l'arthrite psoriasique sine psoriasis expliquait une partie du tableau douloureux initialement attribué à la fibromyalgie, diagnostic qu'il abandonnait, et a relevé une exagération des signes et symptômes subjectifs de la part de l'assurée.

Dans un rapport du 21 mars 2017, le Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a conclu à une dépression atypique (F32.8) et un trouble somatisation (F45.0), diagnostics qu'il motive comme suit :

« • *Dépression atypique*

[...] Dans le cas présent, l'intéressée rapporte bel et bien une symptomatologie dépressive faite d'abaissement de l'humeur, de fatigue anormale et de perte de l'intérêt et du plaisir tout en sachant que la recherche de ces symptômes est inductible de ceux-ci.

Votre assurée rapporte aussi des antécédents de comportement suicidaire qui préoccupent ses proches au point qu'ils éviteraient le plus possible de la laisser seule.

Mme K. _____ rapporte des troubles du sommeil qui sont aussi liés aux douleurs.

Ces plaintes sont néanmoins en décalage important avec ce qui est cliniquement observé en consultation.

L'expertisée reste constamment vive et attentive en séance. S'il y a des larmes, elle peut aussi sourire et rire franchement lorsque la situation pouvait le justifier. Ce fut notamment le cas lorsque l'interprète a commencé à traduire machinalement au soussigné des phrases que l'assurée avait en fait dites en français.

Mme K. _____ reste vive, attentive et garde le focus de l'entretien. Elle ne s'est jamais montrée fatiguée et fatigable même si elle a affirmé l'être en fin de séance. L'intéressée n'est pas ralentie.

Au vu de cette discordance entre les plaintes et ce qui est objectivement constaté, l'expert est convaincu qu'il n'y a pas lieu de retenir ici de trouble dépressif récurrent. On est face à un *tableau clinique atypique* qui doit être qualifié comme tel. L'expert s'écarte dès lors des appréciations diagnostiques à ce sujet, même si ses collègues ont probablement observé un tableau clinique très proche de celui qu'il a lui-même observé.

· *Trouble somatisation*

[...]

L'intéressée se plaint de douleurs sur au moins quatre sites. Elle dit qu'elle a mal à la tête, au ventre et au rectum à la défécation et qu'elle a toujours eu des règles extrêmement douloureuses lorsqu'elle était réglée. Elle dit qu'elle a parfois des douleurs à la miction. Elle se plaint de douleurs de l'appareil locomoteur. Elle finit par dire qu'elle a des douleurs partout.

L'intéressée mentionne des nausées, parfois des vomissements, un ballonnement intestinal fréquent et une intolérance à certains aliments et au lait en particulier.

Sur le plan de la symptomatologie que le DSM-IV-TR qualifie de "sexuelle", l'intéressée dit qu'elle a toujours eu des règles excessivement abondantes. Elle rapporte des vomissements tout au long de ses grossesses.

L'expertisée rapporte enfin des symptômes psycho-neurologiques à savoir des problèmes d'équilibre (vertiges), de faiblesse musculaire localisée (membres inférieurs), de diplopie, de troubles de la sensibilité et de troubles mnésiques, entre autres choses.

A l'instar des sujets souffrant du trouble somatisation, votre assurée rapporte très mal son histoire médicale. Elle est impulsive et a eu des comportements suicidaires.

Ce tableau clinique dure depuis des années. S'il y a des pathologies organiques celles-ci n'expliquent pas l'importance et la durée des symptômes somatoformes rapportés par Mme K. _____.

Cette présentation va bien au-delà de ce que désigne un simple syndrome douloureux somatoforme persistant qui est retenu au dossier et dans l'expertise S. _____ en particulier, puisque l'intéressée ne se plaint pas que d'une douleur. Ce tableau clinique rejoint en fait le trouble somatisation tel qu'il est décrit dans les ouvrages diagnostiques de référence. »

Le Dr V. _____ a estimé que ce tableau clinique relevait davantage d'un problème social que médical et correspondait plus à un comportement anormal de malade qu'à une maladie stricto sensu. Il ne pouvait dès lors pas être corrélé à une quelconque incapacité de travail psychiatrique, de sorte que l'activité professionnelle antérieure était exigible en plein et ce au moins depuis le 1^{er} avril 2014.

Dans son avis médical du 16 mai 2017, le SMR a considéré qu'il n'avait pas de raisons de s'écarter des conclusions de l'expertise de J. _____.

Par projet de décision du 14 juin 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

L'assurée a présenté ses objections le 30 octobre 2017, invoquant que les quelques rares d'indices d'exagération mis en avant par les experts ne permettaient pas d'exclure l'existence d'une incapacité de travail totale. Au contraire, il fallait reconnaître qu'en raison de l'ensemble de ses atteintes, il n'était pas possible d'exiger d'elle de mobiliser ses ressources restantes pour exercer une activité, même légère.

Dans son avis du 20 décembre 2017, le SMR a fait l'analyse suivante de l'ensemble des expertises réalisées :

« Dans l'axe psychiatrique, nous relevons que les experts S._____, V._____, et R._____ décrivent une assurée extrêmement dolente, théâtrale et plaintive, qu'il faut recadrer dans son discours, d'aspect soigné, triste, très pessimiste, non ralentie, sans trouble cognitif relevant. Elle est très entourée par sa famille, peut se rendre plusieurs fois par année au Portugal durant 2-3 semaines, sort de chez elle et rencontre des amis plusieurs fois par semaine, fait des jeux sur l'iPad. Les 3 experts psychiatres retiennent un trouble dépressif léger, voire une dépression atypique. Malgré l'intensité des plaintes, l'assurée ne présente pas de ralentissement psychomoteur, elle garde le focus d'attention, la fatigabilité qu'elle rapporte avoir n'est pas observée par les experts. Le Dr V._____ analyse les ressources de l'assurée selon la mini CIF-APP, outil d'évaluation des ressources psychiques (p17 Expertise V._____ dossier Perte de gain 05.05.2017) ce qui permet d'objectiver les capacités adaptatives, sociales et professionnelles restantes de notre assurée.

Nous relevons que ces mêmes observations sont retrouvées dans les diverses expertises psychiatriques présentes dans ce dossier, elles sont particulièrement bien synthétisées dans cette évaluation selon la mini-CIF-APP.

Dans l'axe rhumatologique, nous relevons dans les constats cliniques des experts D._____, Q._____ et G._____ un examen clinique superposable dans les 3 expertises ; dans ces examens **aucune limitation fonctionnelle médicale objective** n'est retrouvée. Les experts relèvent ici également les nombreuses incohérences entre les plaintes et les affirmations de l'assurée à ne pas pouvoir faire certains gestes alors qu'ils sont effectués avec aisance lorsqu'elle n'y pense pas ou s'ils sont testés dans un contexte différent. Le Dr Q._____ retient dans les diagnostics incapacitants la rhizarthrose, la spondylarthrose et la gonarthrose alors qu'au cours de son examen, l'assurée n'a présenté aucune plainte des genoux (l'assurée affirme que c'est la fatigue qui limite la marche), ni des pouces et qu'aucune tuméfaction n'est objectivée à cette articulation, enfin les douleurs du rachis exprimée par l'expertisée sont incompatibles avec les douleurs que causeraient des troubles dégénératifs du rachis (p11+12 expertise Q._____, dossier Perte de gain 05.05.2017).

En conclusion : 3 expertises rhumatologiques ne permettent pas de retrouver de limitations fonctionnelles objectives ou d'explications médicales aux nombreuses plaintes et douleurs rapportées par une assurée décrite par l'ensemble des 6 experts comme très démonstrative.

De nombreuses incohérences sont retrouvées tout au long des trois expertises somatiques ; aucune atteinte psychiatrique n'incapacite réellement cette assurée, conclusions retenues par 3 experts psychiatres. Celle-ci dispose de ressources suffisantes et mobilisables pour reprendre une activité professionnelle. »

Par décision du 20 février 2018, l'OAI a refusé d'allouer des prestations AI à l'assurée au motif qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % dès le 1^{er} avril 2014.

Dans une lettre du même jour, l'OAI a précisé que le rapport d'expertise du J._____ avait pleine valeur probante et analysait les indicateurs de la jurisprudence relatifs aux troubles somatoformes douloureux et assimilés afin de se déterminer sur le caractère incapacitant des atteintes présentées par l'assurée, retenant tout au plus une diminution de rendement de 20 %. L'expertise du Dr V._____ corroborait en outre l'expertise pluridisciplinaire du J._____.

B. Par acte de sa mandataire du 27 mars 2018, K._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet dès le 1^{er} janvier 2014, subsidiairement, à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a également conclu à ce que soit ordonnée la prise en charge par l'OAI des honoraires du Dr N._____ pour la rédaction de son rapport du 22 mars 2018. La recourante a invoqué qu'elle avait peu de ressources, que ce n'était que sous l'impulsion et en présence de son mari qu'elle faisait des promenades, partait en vacances ou voyait des amis, et que ses affections psychiques étaient invalidantes au point de l'empêcher de réintégrer le monde du travail, qu'elle avait quitté sur ordre de son médecin traitant. Elle s'est référée au rapport médical du Dr N._____ qu'elle a produit en annexe, qui concluait à la

présence d'une arthrite psoriasique sine psoriasis, laquelle excluait le diagnostic de fibromyalgie. Elle en concluait que le rapport d'expertise du J._____ était incomplet, voire faux et devait par conséquent être écarté. Elle a soutenu que son état physique, couplé à son intelligence limitée, ne lui permettaient pas de travailler.

La recourante a produit un rapport médical établi le 22 mars 2018 par le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, ainsi que les rapports médicaux de celui-ci à l'intention du médecin traitant. Il y exposait que le diagnostic de trouble somatoforme ne pouvait être retenu dans le cas de la recourante puisqu'elle avait des troubles somatiques avérés, à savoir un rhumatisme inflammatoire, une polyarthrose motivant de multiples limitations, un syndrome des apnées du sommeil - connu pour être associé à une fatigue et des douleurs - et des troubles dépressifs. Il a reproché à l'expert rhumatologique du J._____ d'avoir exclu le diagnostic d'arthrite psoriasique du seul fait de l'absence de psoriasis cutané ou de signes inflammatoires le jour de l'examen, sans procéder à une anamnèse familiale plus poussée - qui lui aurait appris que la sœur de la recourante souffrait d'un rhumatisme psoriasique - ni tenir compte de l'IRM des mains effectuée, qui décrivait des érosions des articulations métacarpo-phalangiennes (MCP), dont l'origine était inflammatoire. Le Dr N._____ a précisé que le traitement d'Otezla avait été positif au niveau des synovites, mais pas des douleurs, qui étaient la cause de l'incapacité de travail et parlaient en faveur de la persistance de l'atteinte enthésitique. Il a reconnu que la patiente était difficile à évaluer et pouvait avoir une tendance à vouloir surexprimer sa douleur mais, citant de la littérature médicale, il a soutenu que les affirmations liées aux points de contrôle algiques typiques étaient sans fondement médical et que les signes de Waddell ne pouvaient témoigner d'une simulation ou de somatisation, comme l'affirmait l'expert. Le Dr N._____ a repris les limitations fonctionnelles retenues par le Dr Q._____, y ajoutant l'impossibilité pour la recourante de rester debout ou assise pendant plus de 30 minutes, ainsi que de travailler penchée en avant ou en rotation du tronc. Les environnements humides, froids ou avec changement de températures étaient contre-indiqués, de même que

les mouvements fins de la main. Il a estimé que la recourante présentait une incapacité de travail complète dans son ancien travail et dans une activité adaptée.

Dans sa réponse du 13 juin 2018, l'OAI a maintenu sa position et estimé que de nouvelles investigations ne se justifiaient pas, se référant à l'avis médical du SMR du 28 mai 2018 qu'il a produit en annexe. Le SMR a relevé que le Dr N. _____ n'était pas psychiatre et sortait dès lors de son domaine de compétence lorsqu'il contestait les diagnostics psychiatriques retenus par l'expert du J. _____. Dans l'axe somatique, il n'apportait aucun élément nouveau qui n'ait été pris en considération par les différents experts rhumatologues. Le rapport du Dr N. _____ ne contenait en outre pas de description clinique permettant d'objectiver des limitations fonctionnelles et parlait de douleurs ainsi que d'empatement des métacarpo-phalangiennes, mais ne décrivait pas un éventuel impact fonctionnel.

La recourante a répliqué en date du 30 août 2018 en invoquant que le Dr Q. _____ avait écarté le diagnostic de fibromyalgie ou trouble somatoforme douloureux en raison de la présence de l'arthrite psoriasique sine psoriasis et avait également observé des synovites métacarpo-phalangiennes. Ces éléments prouvaient que le rapport du J. _____ était incomplet et inexploitable.

Elle a versé en cause un nouveau rapport médical du Dr N. _____, établi le 29 juillet 2018. Celui-ci expliquait avoir exclu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant après avoir vérifié auprès d'un confrère psychiatre qu'un tel diagnostic ne pouvait être posé qu'en l'absence d'explication somatique ou psychiatrique pour les douleurs. Il avait observé et attesté à de multiples reprises d'une atteinte somatique sévère, persistante et chronique, expliquant parfaitement les plaintes douloureuses de la patiente avec un rhumatisme inflammatoire et des troubles dégénératifs importants, diagnostics somatiques également retenus par le Dr Q. _____ et suffisamment sévères pour qu'il reconnaisse de multiples limitations associées à ces derniers. Le Dr

N._____ a souligné que le SMR n'avait pas tenu compte de ces limitations et avait estimé que les expertises étaient superposables alors que les trois experts mandatés n'étaient d'accord ni sur les diagnostics ni sur les limitations fonctionnelles. Le Dr N._____ a précisé qu'il continuait de suivre la recourante pour sa maladie rhumatologique, qui était toujours active et avait un impact fonctionnel sévère.

Dans sa détermination du 20 septembre 2018, l'OAI a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le droit à une rente d'invalidité.

3. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de

réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40 % au moins, à une demi-rente pour un taux de 50 % au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60 % au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins.

Selon l'art. 8 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGGA, 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA, comme toute perte totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) Dans le cas présent, l'OAI avait refusé d'octroyer des prestations d'invalidité à la recourante par décision du 24 février 2015, décision annulée sur recours par la Cour de céans par arrêt du 15 juin 2016 compte tenu du changement de la jurisprudence relative à la fibromyalgie, aux troubles somatoformes douloureux et troubles comparables.

Au cours des dernières années, la jurisprudence a en effet dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et

3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2).

Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie

de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de cette procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

b) Dans le cadre de l'expertise de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie ordonnée par l'OAI, les médecins du J. _____ ont retenu comme seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, la présence d'une personnalité dépendante (F60.7) depuis le début de l'âge adulte, décompensée depuis l'été 2013. Ils ont également constaté un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans

syndrome somatique (F33.00), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2013, une fibromyalgie ainsi qu'une polyarthrose (principalement rachis lombaire et rhizarthrose gauche dès 2013, gonarthrose bilatérale débutante), mais ont estimé que ces diagnostics n'étaient pas incapacitants. Ils ont conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité, depuis avril 2014, avec une diminution de rendement de 20 % sur le plan psychique.

De son côté, W._____ a également fait réaliser des expertises, conformément à l'arrêt de la Cour de céans du 15 juin 2016 relatif au paiement des indemnités journalières maladie. Il ressort du rapport d'expertise du Dr Q._____ que la recourante présente une rhizarthrose (M18), une gonarthrose primaire bilatérale (M17), une spondylarthrose (M47) et des arthropathies psoriasiques des métacarpes (M07.14). Selon cet expert, la recourante conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, n'exigeant pas de gestes répétitifs des mains, ni de porter des charges de plus de 5 kg, d'utiliser des escaliers et des échelles, de travailler à genou ou accroupie, de travailler debout de manière prolongée (plus de deux heures à la suite), de travailler penchée en avant ou le tronc en extension, ni de faire des mouvements de rotation du tronc. Le Dr V._____ a quant à lui conclu à une dépression atypique (F32.8) et à un trouble somatisation (F45.0), qu'il n'a pas jugés incapacitants.

Le SMR a relevé qu'au niveau psychique, les experts concluaient tous à une dépression légère ou atypique qui n'était pas invalidante, puisque la recourante bénéficiait de ressources suffisantes. Sur le plan rhumatologique, le SMR a considéré que les expertises des Drs D._____, Q._____ et G._____ étaient superposables et ne permettaient pas de retrouver de limitations fonctionnelles objectives ou d'explications médicales aux nombreuses plaintes et douleurs rapportées par une assurée décrite par l'ensemble des six experts comme très démonstrative. Suivant l'avis du SMR, l'OAI a considéré que la recourante bénéficiait d'une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % dès le 1^{er} avril 2014.

La recourante conteste ce point de vue en s'appuyant sur les rapports médicaux du Dr N._____, qui estime que les douleurs s'expliquent par un rhumatisme inflammatoire, une polyarthrose, un syndrome des apnées du sommeil et des troubles dépressifs. Il conclut à une incapacité de travail totale dans toute activité.

c) Au niveau somatique, il n'est pas contesté que la recourante présente une polyarthrose, plus particulièrement une rizarthrose, une gonarthrose bilatérale et une spondylarthrose lombaire (cf. rapport du Dr D._____ p. 6-7, rapport du J._____ p. 24, rapport d'expertise du Dr Q._____ p. 12 ss et également rapport du Dr N._____ du 22 mars 2018). Le Dr G._____ considère que ces atteintes n'entraînent pas de limitations fonctionnelles significatives, ni de diminution notable de la capacité de travail, soulignant que l'importance des plaintes de la recourante ne s'explique pas par l'atteinte organique objective. Il rejoint sur ce point l'avis du Dr D._____ (cf. rapport du J._____ p. 24), qui avait estimé, en 2014, que les troubles dégénératifs ostéo-articulaires étaient compatibles avec l'âge et que la recourante ne présentait pas de limitations fonctionnelles découlant d'une atteinte à la santé. Le Dr Q._____ considère en revanche que ces atteintes rhumatologiques ont un impact sur les limitations fonctionnelles de la recourante et recommande l'exercice d'une activité sans gestes répétitifs des mains, ni port de charges de plus de 5 kg, sans utilisation d'escaliers ou échelles, ne demandant pas de travailler à genou, accroupi, debout de manière prolongée (plus de deux heures de suite), penché en avant, avec le tronc en extension ou encore d'exercer des mouvements de rotation du tronc. Cependant, il reconnaît également que seules une partie des douleurs actuelles est possiblement en relation avec les atteintes rhumatologiques (cf. rapport p. 12). Comme le SMR le relève dans son avis du 20 décembre 2017, le Dr Q._____ pose les limitations fonctionnelles précitées alors qu'au cours de son examen, l'assurée ne s'est pas plainte de ses genoux, ni des pouces, qu'aucune tuméfaction n'était objectivée à cette articulation et que les douleurs du rachis exprimées étaient incompatibles avec les douleurs que causeraient les troubles dégénératifs

du rachis existants (cf. rapport du Dr Q._____ p. 11-12). Il faut en conclure que le Dr Q._____ adopte une attitude particulièrement précautionneuse dans son évaluation des capacités fonctionnelles de la recourante.

Le Dr Q._____ retient en outre, à l'instar du Dr N._____, la présence d'arthropathies psoriasiques des métacarpes au motif que la recourante a présenté des synovites de plusieurs articulations métacarpophalangiennes. Ce diagnostic a en revanche été écarté par le Dr G._____ (cf. rapport du J._____ p. 24). Le Dr Q._____ indique que la médication d'Otezla a pu traiter efficacement les synovites, mais est restée sans effet sur les douleurs. Au vu de la disparition des synovites et en l'absence de signes objectifs d'une activité de la maladie, il conclut que cette atteinte est sans effet sur la capacité de travail de la recourante. Il précise qu'il n'est pas possible de déterminer rétrospectivement si les synovites décrites sur le plan clinique auraient représenté une maladie incapacitante, et souligne que d'autres possibilités de traitement auraient pu être envisagées (cf. rapport d'expertise p. 13-14).

De son côté, dans son rapport médical du 22 mars 2018, le Dr N._____ soutient que la maladie inflammatoire est active et insuffisamment contrôlée, avec principalement une atteinte enthésitique, qui empêche les mouvements fins de la main. Compte tenu également de la présence de l'atteinte dégénérative, il conclut à une totale incapacité de travail, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Il faut cependant constater que son appréciation est avant tout basée sur les douleurs de la recourante et sur une éventuelle apparition future de poussées du rhumatisme inflammatoire (cf. rapport p. 3-4), de sorte qu'elle n'apparaît pas convaincante. L'on ne saurait en outre attribuer la même valeur probante à son rapport médical qu'aux expertises réalisées dans la mesure où celui-ci ne contient pas d'anamnèse de la recourante, ni d'examen clinique détaillé.

En résumé, il faut constater que même si l'on retient le diagnostic d'arthrite psoriasique, celui-ci reste sans influence sur la

capacité de travail de la recourante. Celle-ci bénéficie, sur le plan somatique, d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, ou à tout le moins dans une activité adaptée si l'on suit l'avis prudent du Dr Q._____.

d) Au niveau psychiatrique, il faut constater que les experts psychiatres consultés s'accordent pour retenir un trouble dépressif récurrent (Drs S._____ et R._____), voire une dépression atypique (Dr V._____). Ils estiment tous que cet état dépressif n'entraîne pas d'incapacité de travail - du moins à lui seul - puisqu'ils le classent parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.

Le Dr R._____ estime que la recourante présente en outre un trouble de la personnalité dépendante, qui est décompensé depuis l'été 2013. A noter que le Dr V._____ a également constaté des traits de dépendance chez l'assurée - qui tend à s'appuyer exagérément sur autrui - mais a estimé que ces traits n'étaient pas assez sévères pour justifier un diagnostic de trouble de ce chapitre, tout en reconnaissant qu'ils jouaient un rôle dans la présentation générale de l'intéressée et contribuaient vraisemblablement à alimenter le comportement d'invalidé (cf. rapport p. 15).

Sur le plan psychosomatique, le Dr D._____ a retenu une fibromyalgie, le Dr S._____ un trouble somatoforme douloureux, les Drs G._____ et R._____ ont conclu à un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi qu'à une fibromyalgie et le Dr V._____ à un trouble de somatisation. Le Dr Q._____ a abandonné le diagnostic de fibromyalgie compte tenu de la présence de l'arthrite psoriasique et s'est rallié au diagnostic de trouble de somatisation posé par le Dr V._____ (cf. rapport d'expertise du Dr Q._____ p. 10-11). De son côté, le Dr N._____ nie toute atteinte psychosomatique au motif qu'il existe des troubles objectifs expliquant les douleurs présentées par la recourante.

A l'exception du Dr N._____, qui s'est prononcé dans un rapport médical ne contenant ni anamnèse, ni examen clinique, les

différents experts ont posé leur diagnostic dans les règles de l'art, sur la base d'une anamnèse complète, de l'ensemble des pièces du dossier, d'un examen clinique détaillé et en tenant compte des plaintes de la recourante. Dans leur appréciation, les Drs G._____, R._____ et V._____ ont en outre tenu compte des nouveaux critères posés par la jurisprudence en matière d'affections psychiques, de trouble somatoforme douloureux et troubles assimilés (consid. 4a). A noter que si les experts ont relevé chez la recourante une exagération des symptômes, ils n'ont pas pour autant utilisé cet élément comme critère d'exclusion pour conclure à l'absence d'atteinte à la santé invalidante, mais ont, au contraire, examiné le caractère invalidant des atteintes psychosomatique et psychique en appliquant la grille d'évaluation définie par la jurisprudence. Leurs rapports d'expertise respectifs contiennent ainsi une analyse des ressources et limitations de la recourante ainsi qu'un examen de la cohérence. Dans la mesure où les experts admettent tous la présence d'une atteinte psychosomatique chez la recourante et qu'ils se sont prononcés sur sa capacité de travail au moyen de la procédure probatoire structurée, il importe peu, dans le cadre du présent litige, de déterminer si la recourante présente plutôt une fibromyalgie, un trouble somatoforme douloureux ou un trouble somatisation. De surcroît, contrairement à ce qu'affirme le Dr N._____ dans son rapport du 22 mars 2018, la présence de troubles somatiques avérés n'exclut pas le diagnostic de trouble somatoforme ; en effet la CIM-10 retient que même s'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet.

A l'issue de leur expertise, tant les Drs G._____ et R._____ que le Dr V._____ arrivent à la conclusion que les troubles psychosomatiques présentés par la recourante ne l'empêchent pas d'exercer une activité à plein temps. Les Drs G._____ et R._____ précisent toutefois que les troubles psychiatriques persistants dont la recourante souffre entraînent une vulnérabilité au stress, un manque d'autonomie dans les activités quotidiennes et dans les déplacements, ainsi qu'une apparition périodique de phases de décompensation. Au vu

de l'ensemble des atteintes présentées par la recourante, ils concluent finalement à l'existence d'une diminution de rendement au niveau psychique de 20 % dans toute activité depuis l'été 2013. De son côté, le Dr V. _____ reconnaît, dans son examen des ressources et limitations de la recourante (cf. rapport p. 17), que celle-ci présente des difficultés adaptatives liées essentiellement à sa scolarisation minimale et aux traits de personnalité histrioniques, mais relève que ces limitations ne l'ont pas empêchée de fonctionner correctement dans le monde du travail pendant des années. Il note également une tendance à s'appuyer exagérément sur autrui. Au vu de ce qui précède, il paraît adéquat de retenir, à l'instar de l'OAI et du SMR, que la recourante présente une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % en raison des traits de personnalité dépendante qu'elle présente, constatés par les deux experts.

e) Au final, il se justifie de retenir que la recourante bénéficie, depuis avril 2014, d'une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % dans son activité habituelle, ou à tout le moins dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles posées par le Dr Q. _____.

Etant rappelé que le droit à une rente d'invalidité nécessite au minimum une invalidité de 40 % (art. 28 al. 1 let. c LAI), c'est par conséquent à juste titre que l'OAI a refusé de mettre la recourante au bénéfice d'une telle prestation. Au vu des revenus dégagés par la recourante dans sa dernière activité et de ceux qu'elle est désormais en mesure d'avoir par sa capacité de travail entière dans une activité adaptée, même moyennant une diminution de rendement de 20 %, il ne fait aucun doute que son taux d'invalidité reste largement inférieur à la limite des 40 %, ce qui exclut tout droit à une rente d'invalidité.

5. a) Dans un autre grief, la recourante requiert de l'OAI le remboursement des honoraires du Dr N. _____ pour la rédaction de son rapport du 22 mars 2018.

b) Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62). De même, selon la jurisprudence, les frais d'une expertise judiciaire seront mis à la charge de l'autorité administrative lorsque celle-ci a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 139 V 225 ; 137 V 210).

c) En l'occurrence, il faut constater que, conformément à l'arrêt de la Cour de céans du 15 juin 2016, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec un volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, qui a été réalisée par le J._____. Dans la mesure où l'on dispose également des deux rapports des expertises rhumatologique et psychiatrique ordonnées par W._____, il faut constater que l'état de fait médical a été établi de manière particulièrement détaillée et concluante. Le rapport médical rédigé le 22 mars 2018 par le Dr N._____ ne constitue qu'une nouvelle appréciation médicale et n'a pas contribué de manière décisive à la solution du litige. Il n'y a dès lors pas lieu de mettre les frais engendrés par la rédaction de ce rapport à la charge de l'OAI.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 février 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Laure Chappaz (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :