

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 février 2021

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Brélar Braillard, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

J.\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 LPGA ; 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, d'origine kosovare, sans formation professionnelle, mariée et mère de trois enfants nés en 1991, 1994 et 1996, a travaillé au sein de la Fromagerie Z.\_\_\_\_\_ dans le secteur de l'emballage du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 31 mars 2013. Selon son contrat de travail, l'horaire de travail était variable et son salaire horaire fixé à 16 francs.

Dès 2012, plusieurs certificats médicaux attestent de périodes d'incapacité totale ou partielle de l'assurée pour cause de maladie.

Le 10 juin 2013, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a attesté que sa patiente avait dû résilier son contrat de travail au 31 mars 2013 pour des « raisons médicales impératives ».

L'assurée s'est inscrite comme demandeuse d'emploi auprès de l'Office régional de placement (ci-après : ORP) de Morges et un délai-cadre d'indemnisation lui a été ouvert du 10 avril 2014 au 9 avril 2015. Plusieurs certificats de travail attestent de périodes d'incapacité totale ou partielle de travail de l'assurée entre avril 2014 et le 31 janvier 2015.

Figure au dossier un courrier du 2 février 2015 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecin chef auprès des établissements hospitaliers Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : Y.\_\_\_\_\_) et de la Dre U.\_\_\_\_\_, médecin assistante, adressé au Dr L.\_\_\_\_\_, dont il ressort notamment ce qui suit :

« Votre patiente a séjourné dans notre service d'UTR1 [...] en traitement et réadaptation du 12.01.2015 au 23.01.2015, date de son retour à domicile.

MOTIF(S) D'ADMISSION :

- Rééducation intensive à visée antalgique et adaptation du traitement

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

- Rachialgies chroniques, cervico-brachialgies et lombocruralgies gauches acutisées avec troubles somatoformes

DIAGNOSTIC(S) SECONDAIRE(S) :

- Carence en vitamine D
- Etat dépressif
- Status post-lombocruralgies droites et cervico-brachialgies gauches liées à une protrusion discale C5-C6 et une petite hernie discale L3-L4 non compressive avec troubles somatoformes associés en 2012
- Status post-hystérectomie pour utérus myomateux en octobre 2014

DISCUSSION ET EVOLUTION :

Madame J. \_\_\_\_\_ [...] est dépressive avec une limitation algique de sa mobilité cervico-lombaire, sans trouble neurovasculaire. Une IRM cervicale a été faite fin 2014 montrant une rectitude cervicale, des discopathies modérées de C4-C5 et de C5-C6 avec un rétrécissement des récessus plutôt du côté droit. Nous avons réalisé un bilan de laboratoire qui ne montrait pas d'anémie, une TSH et un B12 dans les normes avec une CRP en-dessous de 0.7. Un bilan phosphocalcique, des tests hépatiques et la créatinine sont dans les normes. La patiente prenait déjà du Tardyfron que nous continuons, la ferritine étant à 47 mcg/l., une carence en fer reste possible.

Nous notons que les douleurs fluctuent avec une composante psychologique. A l'échelle visuelle analogique des douleurs, elle les cote à 5-6/10 et à d'autres moments à 8-9/10. Nous adaptons son traitement gardant le Mydocalm et le Dafalgan. [...] La patiente a bénéficié de physiothérapie et d'ergothérapie 2x/j. lui permettant de gagner en mobilité et diminuer ses douleurs. Nous notons déjà à son examen d'entrée une mobilité complète et symétrique.

Madame J. \_\_\_\_\_ est connue pour un état dépressif, pour lequel elle est traitée par Saroten Retard. Elle n'a pas de suivi psychologie ambulatoire. Son entourage familial est sa ressource principale. A l'échelle d'anxiété et de dépression HAD, elle obtient 9/21 points pour les troubles anxieux et 8/21 pour les troubles dépressifs, ce qui donne un total de 17/42 parlant pour un état anxio-dépressif certain. Selon notre appréciation, il s'agit d'un trouble plus anxieux que dépressif. Elle a été vue par notre psychologue qui lui conseille de la musique à but de relaxation.

Pour rappel, la patiente a démissionné de son travail (ouvrière en fromagerie) en 2013 et est au chômage depuis. Elle est à l'arrêt de travail à 100 % dès le 05.09.2014, d'abord dans le contexte d'une hystérectomie pour un utérus myomateux, puis pour un syndrome douloureux chronique avec état dépressif. Après discussion avec le Dr W. \_\_\_\_\_, **sa capacité de travail est à 100 % dès le 01.02.2015**. Nous lui conseillons de se réannoncer au chômage et de voir pour une aide sociale si son droit au chômage est épuisé.

[...]. »

Le 3 février 2015, le médecin conseil du Service de l'emploi, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était définitive. Il a précisé ce qui suit : « Avec ce que l'assurée a montré lors de l'examen, la réalisation d'une capacité de travail est irréaliste. »

Le 19 février 2015, l'ORP a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce concernant l'assurée en indiquant que l'incapacité totale de l'intéressée avait débuté le 21 août 2014.

Dans un rapport du 25 mars 2015, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a indiqué avoir reçu l'assurée et l'un de ses fils pour un entretien le jour précédent. Il ressort notamment de ce rapport que l'atteinte à la santé que présente l'intéressée consiste en une hernie discale et des problèmes aux vertèbres supérieures. Selon l'assurée, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « ne pas lever les bras au-dessus des épaules, troubles de la mémoire et de la concentration, ne pas se pencher, migraines ».

L'assurée a déposé une demande de rente d'invalidité et de mesures professionnelles le 1<sup>er</sup> avril 2015, en indiquant comme atteinte à la santé une hernie discale.

Dans un rapport du 15 avril 2015 à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le mois de mars précédent à la suite d'une « longue histoire » de lombalgies sans déficit neurologique, avec des douleurs chroniques et une composante somatoforme marquée. Au titre des limitations fonctionnelles, il a indiqué une activité impliquant une alternance des postures, l'interdiction d'un port de charges supérieures à 10 kg ainsi qu'une activité avec les bras au-dessus de l'horizontale. Pour le surplus, le Dr W.\_\_\_\_\_ s'est référé au courrier qu'il avait adressé le 2 avril 2015 à l'assurance de protection juridique de l'assurée, duquel il ressort notamment ce qui suit :

« Je vous annexe mon rapport du 6 janvier 2015 où je rappelais que cette patiente présentait des diagnostics de :

- Lombocruralgies droites, éventuellement sur une petite hernie discale L3-L4
- De cervicobrachialgies gauches sur discopathies C5-C6
- De douleurs chroniques, d'aspect somatoforme, connues depuis le début des années 2010

L'hospitalisation au CTR [...] a été effectuée en janvier 2015 avec un succès très modeste de la rééducation.

A la fin du séjour hospitalier, j'avais signé, par le biais de mon assistant, une reprise potentielle de l'activité à 100%, en pensant que la patiente pourrait bénéficier de ses derniers mois de chômage avant d'être dirigée vers les services sociaux. Cette décision avait été partagée par son médecin-traitant.

Toutefois, il se trouve que le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin-conseil au service de l'emploi a conclu que la patiente devait être considérée en incapacité totale et définitive de travail.

J'ai téléphoné à Mme [...] du service juridique du chômage pour lui donner mon évaluation et nous avons conclu qu'une **démarche AI devait être effectuée** au vu de la décision du Dr P.\_\_\_\_\_.

Personnellement et avec le Dr L.\_\_\_\_\_, nous avons considéré que la composante somatoforme était largement prépondérante et que les atteintes organiques étaient finalement assez modestes sans limitation fonctionnelle sévère du rachis, des articulations périphériques et sans atteinte neurologique déficitaire.

La comorbidité psychiatrique en elle-même nous paraissait également modestement limitative. Dès lors, nous avons l'impression qu'une démarche AI n'aboutirait ni sur une prestation de type rente, ni sur une prestation de type reclassement professionnel chez cette patiente sans formation. Maintenant, ce sera au service médical de l'AI de prendre une décision.

Sur le plan personnel, je retiens que les limitations fonctionnelles décrites (essentiellement des rachialgies) sont essentiellement liées à un syndrome douloureux chronique ou somatoforme, sans restriction objective sur le plan articulaire ou rachidien et sans séquelle neurologique manifeste.

La patiente n'a jamais retrouvé un emploi depuis 2013, une période d'incapacité de travail à 100% a été justifiée entre octobre et décembre 2014 dans les suites d'une intervention. J'estimais personnellement qu'elle avait une capacité de travail potentiellement complète dans une activité adaptée, ce n'est pas l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_, les démarches AI sont en cours. »

Sur le questionnaire destiné à déterminer le statut de l'assurée, celle-ci a répondu, le 23 avril 2015, que, sans atteinte à sa santé, elle travaillerait à 100 % en qualité d'ouvrière (emballage) par nécessité financière. Elle a précisé qu'avant le 1<sup>er</sup> avril 2013, elle percevait un salaire mensuel moyen de 2'500 fr. et que son époux réalisait un salaire mensuel brut de 5'300 francs.

Le 12 juin 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a indiqué que l'assurée avait subi une intervention le 6 octobre 2014 en raison d'un utérus myomateux important, qu'elle avait été en incapacité totale de travail du 6 octobre au 2 novembre 2014 et que, d'un point de vue gynécologique, elle était en totale capacité de travail depuis le 3 novembre 2014.

Dans un rapport du 6 juillet 2015 à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des lombocruralgies droites, des cervicobrachialgies gauches et des douleurs chroniques d'aspect somatique depuis 2011. Il a également mentionné un état anxiodépressif, sans précision de la date. Au titre de l'anamnèse, il a précisé que sa patiente avait déjà été hospitalisée dans le service du Dr W.\_\_\_\_\_ du 30 octobre au 16 novembre 2012 en raison de ses problèmes de lombalgies, de cruralgies et de cervicobrachialgies et que celui-ci avait déjà noté à ce moment-là l'aspect somatoforme des symptômes. A la suite de l'hystérectomie et de la salpingectomie en octobre 2014, il avait dû, vu l'augmentation de la symptomatologie algique (nuque et lombe), remettre la patiente en incapacité totale de travail avant de l'adresser au Dr W.\_\_\_\_\_ en janvier 2015 pour une nouvelle hospitalisation. Se référant à la lettre de sortie du 2 février 2015, le Dr L.\_\_\_\_\_ estimait que le pronostic restait le même, l'importance des troubles somatoformes péjorant l'éventualité d'une reprise de travail.

Il ressort du questionnaire pour l'employeur établi par ce dernier le 23 juillet 2015 que l'assurée a travaillé à un horaire variable du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 9 avril 2013 en qualité d'emballeuse, réalisant des gains mensuels variables. C'est l'assurée qui a donné son congé, sans indiquer de motifs. Dans le descriptif du poste d'emballeuse de fromages à pâte molle, il a indiqué que la position debout était fréquente et qu'elle impliquait parfois le port de charges allant jusqu'à 10 kilos ; l'activité demandait peu de concentration et d'attention mais une endurance et un soin de moyenne importance.

Dans un avis du 12 janvier 2016, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a préconisé que l'assurée soit convoquée pour un examen rhumatologique et psychiatrique, en relevant que l'intéressée était encore jeune, présentait un tableau de rachialgies avec une suspicion de trouble somatoforme et que le rhumatologue, le médecin traitant et le médecin du Service de l'emploi avaient des appréciations différentes en ce qui concernait sa capacité de travail.

Dans un rapport du 6 septembre 2016, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas de changement de l'état de santé de sa patiente depuis son dernier rapport et qu'au vu des plaintes physiques et psychiques, la capacité de travail de l'intéressée dans une activité professionnelle avec un rendement effectif n'était plus possible.

Le 3 février 2017, l'OAI a mandaté le centre N.\_\_\_\_\_ pour une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

Le 6 juillet 2017, les Drs R.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, respectivement spécialistes en psychiatrie et en rhumatologie auprès du N.\_\_\_\_\_, ont produit leur rapport d'expertise. Celui-ci précise que les examens cliniques et les entretiens ont eu lieu en présence d'une interprète professionnelle. Il ressort de dit rapport notamment ce qui suit :

« **11.1**      **Contexte social selon consensus**

[...]

**11.1.b Description détaillée du quotidien et de l'environnement de la personne assurée**

La personne assurée a adopté un comportement d'invalidé. Elle a trois enfants à la maison, une fille de 20 ans et deux garçons de 22 ans et 25 ans qui font le ménage avec son mari. C'est le mari qui cuisine à la maison, la personne assurée lui donnerait uniquement des conseils. Elle est très dépendante de son mari, à tel point que ce dernier a obtenu de pouvoir modifier son horaire et travaille désormais de nuit afin de rester à la maison auprès de la personne assurée durant la journée. Il prend en charge le ménage et les courses. La personne assurée ne sort pratiquement pas et n'utilise pas les transports publics seule comme auparavant par crainte de rester bloquée sur place.

[...]

**11.1.d Indications détaillées sur les difficultés d'ordre social, par ex. chômage ou autres situations de vie précaires, directement à l'origine de problèmes fonctionnels**

Sur le plan social, la personne assurée est complètement désinvestie et semble totalement repliée sur elle-même. Aucune aide d'un quelconque groupement communautaire, aucune démarche d'intégration dans le canton où elle habite.

**11.1.e Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de la personne assurée par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie, etc.)**

Aucune. La personne assurée est complètement passive, se laisse servir de A à Z par sa famille, ne sort pas. Retrait social maximal. Elle n'a pas compris l'utilité de l'activité physique.

## **11.2 Atteinte à la santé selon consensus**

### **11.2.a Manifestation et gravité des constats objectifs**

#### **11.2.a.1 Examens spécialisés**

Les examens détaillés se trouvent dans les expertises spécialisées au chapitre III.3.a. et IV.3.a.

[...]

### **11.2.b Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé**

#### **11.2.b.1 Synthèse : observations et conclusions médicales interdisciplinaire**

La personne assurée, âgée 49 ans, souffre d'un syndrome cervico-vertébral chronique, d'un syndrome myofascial gauche ainsi que d'un hémisyndrome gauche subjectif. Elle montre de multiples signes de non-organicité au niveau de son épaule gauche et du membre supérieur gauche. Elle ne pratique aucune gymnastique, présentant une kinésiophobie importante. Elle présente depuis des années un important état de déconditionnement physique.

Dans le status rhumatologique, de multiples signes de non-organicité ont été trouvés. Au niveau des douleurs cervicobrachiales gauches, aucune atteinte significative de son épaule et aucun signe cervico-radiculaire n'a été observé. De plus, la personne assurée présente une hypoesthésie de tout le bras gauche qui ne correspond à aucune structure neurologique. Au niveau du membre inférieur droit, il y a une hypoesthésie également comme signe de non-organicité, les signes de Waddell sont 4 sur 5 positifs pour des lombalgies chroniques.

Lors de l'hospitalisation en janvier 2015 pour rééducation fonctionnelle auprès du Dr W. \_\_\_\_\_, il a été fait mention d'un état dépressif. La personne assurée n'a plus travaillé depuis avril 2013. Depuis qu'elle a été renvoyée de son dernier poste (résiliation du contrat le 23.07.2015), elle a développé une dépression majeure. Elle a également présenté une anxiété non spécifique après plusieurs traitements médicaux sans guérison possible.

Du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune incohérence de la personne assurée. Depuis qu'elle sait que sa maladie est chronique (depuis son arrêt de travail à la fromagerie), elle a sombré dans la dépression. La personne assurée n'a pas de loisirs. Elle n'est pas capable d'entretenir son ménage. Elle s'autolimite. Elle souffre également de problèmes au niveau de la concentration. Tout est cohérent.

Par conséquent, du point de vue interdisciplinaire, l'atteinte à la santé de la personne assurée est actuellement grave. Avec un traitement optimal (voir l'expertise psychiatrique), une amélioration est envisageable.

#### **11.2.c Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels)**

Des facteurs étrangers à l'invalidité n'ont pas été pris en compte pour l'évaluation de la capacité de travail. Seules les limitations fonctionnelles ci-dessous ont été considérées :

Du point de vue psychiatrique :

- Limitation 1 : manque d'intérêt, manque de motivation et désespoir.
- Limitation 2 : diminution de l'endurance sur le plan psychologique et mental. Attention et concentration limitées. Capacité de gestion du stress diminuée.
- Limitation 3 : peur de se retrouver coincée dans une situation, d'être bloquée sans obtenir de secours.

Du point de vue rhumatologique : il y a surtout des autolimitations, la personne assurée ne fait rien avec son bras gauche. Cliniquement, il n'y a pas d'atteinte significative de l'épaule.

- Limitation 1 : son état de déconditionnement physique majeur et le fait qu'elle ne fait rien physiquement par crainte d'avoir plus mal la rend vulnérable et avec une résistance physique très faible.

#### **II.2.d Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires et de leur ampleur**

La personne assurée signale de nombreux signes de non-organicité à l'examen rhumatologique. Ceci entre dans le cadre de la pathologie psychiatrique. Il n'y a pas d'exagération, ni de simulation.

[...]

#### **II.2.g Analyse détaillée de la personnalité actuelle de la personne assurée et de son évolution**

Trouble de la personnalité dépendante, peut-être à cause de la maladie. En s'en tenant aux antécédents, elle était autonome, mais la situation d'incapacité physique l'a rendue tellement dépendante de son mari qu'il a été dans l'obligation d'adapter ses horaires de travail pour l'assister.

Son comportement face à la maladie a été désastreux. Elle s'est effondrée le jour où elle a appris que sa maladie était chronique.

Son sens des réalités et sa capacité de jugement restent intacts. Elle sait reconnaître les bienfaits du soutien psychologique dont elle a bénéficié à l'hôpital et réalise que depuis sa sortie elle n'a jamais disposé d'un suivi psychiatrique, ni psychologique.

Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts qu'elle possédait ont disparu face à la maladie qui l'a diminuée physiquement et psychologiquement. Elle s'est mise en retrait.

La personne assurée gère ses affects. Elle ne déverse pas sa rage sur son entourage. Elle n'apparaît pas aigrie. Elle n'a aucune parole de ressentiment. Au contraire, elle prend tout sur elle et aimerait que sa peine soit comprise, qu'il soit reconnu qu'il s'agit d'une pathologie à tendance familiale.

Son estime de soi est nulle car elle sent qu'elle ne sert plus à rien. Elle est totalement réversive car elle dépend des autres au vu de sa condition physique et de son état psychique.

Son intentionnalité est actuellement bloquée, tout comme son dynamisme, car depuis qu'elle prend son traitement elle n'a pas eu de déclic sur le plan psychique.

Son système de défenses est également déficitaire car elle est dans l'incapacité d'utiliser son potentiel physique. Sur le plan psychique, elle a abandonné. Elle ne dispose d'aucun moyen de défense. Suite à ses essais infructueux pour être suivie par la même psychologue à l'hôpital, elle a sombré dans le désespoir.

#### **II.2.h Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente la personne assurée et sur les ressources personnelles dont il dispose**

La personne assurée dispose de ressources familiales importantes : son mari et ses enfants sont souteneurs. Il y a toujours quelqu'un à côté d'elle pour lui porter secours. Cependant, sur le plan social, psychosocial et en termes de réinsertion, les ressources sont inexistantes.

### **11.3 Diagnostics selon consensus**

#### **11.3.a Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail**

1. F32.2 Episode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, depuis 2013
  2. F41.9 Trouble anxieux non spécifié, depuis 2013
  3. Syndrome cervico-vertébral sur troubles dégénératifs modérés de C4 à C6 avec uncarthrose
  4. Syndrome myofascial avec triggerpoints dans les muscles, levator scapulae et trapezius (pars superior) à gauche
  5. Syndrome lombovertébral chronique sur troubles dégénératifs de L3 à L5 avec éventuellement un syndrome lombo-radiculaire L5 droit purement irritatif, sans déficit moteur ou des réflexes
  6. Etat de déconditionnement physique
  7. Importante kinésiophobie
- [...]

#### **11.3.c Interactions des diagnostics : Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de la personne assurée dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts**

Il n'y a pas de comorbidités de type trouble somatoforme, ni de phobie sociale. La personne assurée présente une complication psychiatrique face à un handicap qu'elle n'accepte pas facilement. Elle peine à faire le deuil de ce qu'elle était avant pour accepter ce qu'elle est devenue et ce qu'elle deviendra. Il s'agit d'une démarche difficile pour elle.

### **11.4 Traitement et réadaptation**

#### **11.4.a La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?**

Oui.

#### **11.4.b Indications détaillées relatives à la coopération de la personne assurée au cours des thérapies effectuées**

La personne assurée n'effectue aucune activité thérapeutique active. Elle va une à deux fois par semaine à la physiothérapie pour se faire masser. Les réponses aux questionnaires réalisés durant l'entretien clinique permettent d'affirmer qu'elle souffre d'une importante kinésiophobie.

#### **11.4.c Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de la personne assurée**

Les détails se trouvent dans les expertises spécialisées au chapitre III.5.b. et IV.5.b.

#### **11.4.d Indications détaillées relatives à la coopération de la personne assurée si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès**

Ses efforts de réadaptation sont nuls car elle n'a plus aucun espoir que la situation s'améliore.

Aucune mesure de réadaptation n'a été effectuée en raison de la demande d'expertise, dont l'Al attend les conclusions.

**II.4.e Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent-ils du tableau clinique de la personne assurée ? Dans quelle mesure ?**

Néant.

**II.4.f Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation**

L'exigibilité des mesures de réadaptation est soumise au respect du profil d'effort déterminé au chapitre II.6.a ci-dessous.

**11.5 Cohérence selon consensus**

**II.5.a Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de la personne assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialisations médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de la personne assurée**

**11.5.a.1 Commentaires sur le dossier médical reçu**

Les commentaires détaillés se trouvent dans les expertises spécialisées au chapitre III.5.f et IV.5.f.

**II.5.b Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales)**

Limitations dans le ménage, dans les activités récréatives, dans l'utilisation des moyens de transport, dans sa gestion de l'autorité. Toutes ces limitations sont fortement handicapantes, entre 7 et 8 sur une échelle de 0 à 10.

**II.5.c Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte de la santé**

Depuis 2013, la personne assurée n'a plus d'activité professionnelle. Selon ses dires, elle ne fait plus rien à domicile, même pas son lit, le ménage ou les repas sans l'aide de son mari, ce qui est en discordance avec les réelles possibilités.

**II.5.d Evaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques**

La personne assurée n'effectue aucune activité thérapeutique active. Elle va une à deux fois par semaine à la physiothérapie pour se faire masser. Les réponses aux questionnaires réalisés durant l'entretien clinique permettent d'affirmer qu'elle souffre d'une importante kinésiophobie.

**II.5.e Analyse permettant de voir si la personne assurée présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie**

Il n'existe pas d'inaptitude à suivre une thérapie en raison même de la maladie dont souffre la personne assurée.

**11.6 Capacité de travail selon consensus**

**II.6.a Profil d'effort interdisciplinaire**

**11.6.a.1 Actuel**

Du point de vue psychiatrique, le travail n'est possible que dans un cadre protégé - mesure/réinsertion de travail.

Du point de vue rhumatologique, un travail dans une activité en position assise ou en alternant les positions assise et debout, avec 10 minutes de pause toutes les heures, où elle ne porte pas de charges dépassant 2 kg et où elle ne fait pas de mouvements répétitifs et au-dessus de l'horizontale avec le bras gauche, est

possible. La personne assurée ne peut pas effectuer d'activités physiquement éprouvantes.

#### II.6.a.2 Evolutif / Pronostic

Du point de vue interdisciplinaire, un travail dans une activité en position assise ou en alternant les positions assise et debout, avec 10 minutes de pause toutes les heures, où elle ne porte pas de charges dépassant 2 kg et où elle ne fait pas de mouvements répétitifs et au-dessus de l'horizontale avec le bras gauche est possible. La personne assurée ne peut pas effectuer d'activités physiquement éprouvantes. Les horaires doivent être réguliers, d'une façon routinière.

### **II.6.b Capacité de travail interdisciplinaire dans l'activité exercée jusqu'ici**

#### 11.6.b.1 Rétrospectif

L'activité en fromagerie s'effectue en position debout toute la journée. Par conséquent, dans cette activité, la capacité de travail est de 0% depuis 2013.

#### 11.6.b.2 Actuel

La capacité de travail dans la dernière activité professionnelle exercée est de 0%.

#### II.6.b.3 Evolutif/Pronostic

Dans son ancienne activité professionnelle, sa capacité de travail est nulle (0%).

### **II.6.c Capacité de travail interdisciplinaire dans une activité correspondant aux aptitudes de la personne assurée**

#### II.6.c.1 Rétrospectif

La capacité de travail est de 0% depuis 2013.

#### II.6.c.2 Actuel

La capacité de travail **dans un milieu protégé/mesure de réadaptation, avec les limitations mentionnées ci-dessus**, est de 50%.

#### II.6.c.3 Evolutif/Pronostic

La capacité de travail **dans un milieu protégé/mesure de réadaptation** est de 50% pendant 3 mois (par conséquent, la capacité de travail sur le marché du travail libre est de 0% pendant ces 3 mois).

Avec une thérapie optimale, les capacités de travail suivantes sur le marché de travail libre sont envisagées :

- 1 mois 30%
- 1 mois 40%
- Par la suite 50%

Réévaluation dans une année.

### **11.7 Remarques**

Les différences dans les anamnèses des experts impliqués s'expliquent par les réponses subjectives de la personne assurée. Ces données sont sans importance pour définir la capacité de travail et n'ont pas fait l'objet de vérifications ultérieures.

[...]

### **Expertise psychiatrique**

#### **111.2 Anamnèses**

#### **III.2.a Indications subjectives de la personne assurée**

##### III.2.a.1 Problèmes de santé actuels, limitations dans les activités du Quotidien

Les limitations sur le plan psychique sont survenues suite au manque de motivation, selon les déclarations de la personne assurée. Elle affirme avoir eu des idées noires et des envies suicidaires car sa maladie a été déclarée incurable et elle sera

sujette aux médicaments durant toute sa vie. Ce pronostic a lourdement affecté sa motivation et son investissement vis-à-vis de la vie. Elle se sent constamment épuisée. La nuit, elle n'arrive pas à dormir et se réveille plusieurs fois, elle a mal partout. Le lendemain, elle est très fatiguée suite au manque de sommeil. Elle a pris du Saroten et de la cortisone sans succès. Elle présente des troubles de la concentration et de la mémoire, oubliant beaucoup de dates essentielles, des rendez-vous et ses propres préparations culinaires. Elle affirme qu'elle ne se rappelle de ce qu'elle a cuisiné qu'au moment où elle sent les odeurs de cuisson, voire de brûlé lorsqu'elle oublie les aliments au four.

#### 111.2.a.2 Description détaillée d'une journée ordinaire ainsi que des loisirs

Durant la journée, elle est occupée à regarder la télévision. Elle n'a aucune motivation pour entreprendre une quelconque activité. Elle ouvre la presse qu'elle reçoit dans la boîte aux lettres mais ne comprend pas grand-chose. Elle n'a pas de petits-enfants à la maison pour apporter un peu de gaieté. Son mari a obtenu de pouvoir modifier son horaire et travaille désormais de nuit afin de pouvoir rester à la maison auprès de la personne assurée durant la journée. Il a pris en charge le ménage et les courses. La personne assurée n'est plus à même d'utiliser les transports publics seule comme auparavant. Elle craint de rester bloquée sur place, d'être désorientée et de se perdre. Pour se rendre au centre d'expertises médicales, elle a demandé à son fils de l'accompagner en voiture. Ce dernier l'attend sur place. Après un long parcours en voiture, elle affirme avoir mal à la tête presque toute la journée. Pour elle, le trajet de Lausanne à Neuchâtel est trop long, cela l'épuise et génère des maux de tête.

#### III.2.a.3 Evolution de la maladie

La personne assurée situe le début de sa maladie en 2010, avec le diagnostic d'une hernie discale. Elle se sent très limitée et commence à perdre la motivation pour la vie. Elle sombre progressivement dans une dépression et ne comprend pas pourquoi elle ne retrouve pas ses capacités de fonctionnement antérieures. Progressivement, elle a perdu tout espoir car les choses se sont aggravées. La personne assurée rapporte qu'elle a été hospitalisée deux fois pendant trois semaines à l'hôpital [...]. A ces occasions, elle voyait une psychologue qui essayait de la consoler et de la motiver car elle était effondrée dans sa détresse psychique. Le travail journalier de cette psychologue était très apprécié car la thérapeute pensait à elle, l'aidait à appréhender son avenir, lui démontrait sa capacité de fonctionner autrement, en évitant de se focaliser sur sa maladie. Il s'agissait d'un soutien quotidien très apprécié et efficace. A sa sortie d'hôpital, la personne assurée a souhaité continuer à bénéficier de ces rendez-vous ambulatoires, mais cela ne lui a pas été accordé. Dès lors, elle n'a plus jamais vu d'autres psychologues.

L'évolution a été insidieuse, graduelle, la limitant sur le plan physique, ce qui a entraîné une diminution fonctionnelle active, un épuisement aussi bien dans le cadre professionnel que privé. Dans la fromagerie où elle travaillait, il lui a été demandé d'arrêter car elle n'était plus apte à exécuter les tâches normalement, selon les critères de vitesse requis. Sans motivation professionnelle, elle a sombré dans la tristesse.

#### III.2.a.4 Traitement actuel

Pendant les trois premières années, le traitement était composé de Saroten, associé à des antidouleurs. Ce traitement a été remplacé par des calmants en gouttes et des somnifères, mais elle affirme se réveiller la nuit à cause des douleurs lombaires, du dos, des épaules et au niveau des oreilles, ce qui entraîne des migraines.

#### III.2.a.5 Médication actuelle

Elle prend un traitement uniquement antalgique, à savoir : Dafalgan 1 g 3 à 4 fois par jour, Mydocalm 150 mg 3 cp par jour, Irfen 400 mg 3 cp par jour, Calcimagon D3 1 fois par jour, Talval et Voltarène dont elle a oublié la dose.

[...]

#### 111.2.e.3 Information subjective de la personne assurée sur les limitations dues à la maladie au dernier poste de travail

Dans son dernier poste de travail, elle se débrouillait tant bien que mal, compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Son médecin et son employeur ont demandé qu'elle arrête de travailler. Elle était en charge des paquets de fromages. Les cartons devaient être rangés dans des caisses, chargés sur un chariot, et il fallait les placer en hauteur. C'est précisément cette partie de son activité représentant une contrainte physique importante qu'elle n'arrivait plus à accomplir.

#### 111.2.e.4 Evaluation de la personne assurée sur la maladie, capacité de travail et son potentiel de réintégration

La personne assurée affirme qu'elle ne peut plus travailler du tout dans l'état actuel, autrement dit une incapacité de travail à 100%. Elle insiste sur le fait qu'elle ne peut plus rien faire, même à la maison.

[...]

[...]

### **111.4 Diagnostics selon la classification CIM-10**

#### **III.4.a Diagnostic avec incidence sur la capacité de travail**

1. F32.2 Episode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, depuis 2013
2. F41.9 Trouble anxieux non spécifié, depuis 2013

#### **III.4.b Diagnostic sans incidence sur la capacité de travail**

1. F60.7 Trouble de la personnalité dépendante, depuis l'adolescence

### **111.5 Epicrise et évaluation de la capacité de travail du point psychiatrique**

#### **III.5.a Observations et conclusions médicales**

Selon le dossier médical reçu : dans son rapport du 21.11.2012, le Dr [...] parle entre autres d'un trouble somatoforme associé. Dans son rapport du 02.02.2015 (hospitalisation du 12.01 au 23.01.2015), le

Dr W.\_\_\_\_\_ relate un état dépressif, traité par Saroten retard 50 mg, et que la personne assurée a été vue par un psychologue.

Depuis que la personne assurée a été renvoyée de son dernier poste (résiliation du contrat le 23.07.2015 : la personne assurée a travaillé jusqu'au 09.04.2013) parce qu'il a été estimé qu'elle n'était plus apte à travailler malgré ses efforts, et également depuis le verdict annoncé par ses médecins concernant sa maladie à vie, elle a présenté une dépression majeure.

Elle a présenté également une anxiété non spécifique après plusieurs traitements médicaux sans guérison possible. L'annonce

que ses os étaient fragiles et pouvaient se briser à tout moment a contribué à asseoir son état d'anxiété.

Il n'y a aucune incohérence de la personne assurée. Depuis le verdict de son diagnostic, depuis qu'elle a su que sa maladie était chronique, depuis son arrêt de travail à la fromagerie, elle a sombré dans la dépression. Elle n'a pas d'activité de loisir. Elle n'est pas capable d'entretenir son ménage. La personne assurée est limitée dans ses mouvements dans sa propre maison. Dans les activités de la vie quotidienne telles que se laver ou faire la cuisine, elle se fait assister. Elle souffre également de problèmes au niveau de la concentration. Tout est cohérent.

#### III.5.a.1 Limitations

- Limitation 1 : manque d'intérêt, manque de motivation et désespoir.
- Limitation 2: diminution de l'endurance sur le plan psychologie et mental. Attention et concentration limitées. Capacité de gestion du stress diminuée.
- Limitation 3: peur de se retrouver coincée dans une situation, d'être bloquée sans obtenir de secours.

#### III.5.a.2 Exagération / Simulation

Il n'y a pas d'exagération, ni de simulation.

#### 111.5.a.3 Indicateurs standards (TF arrêt du 3 juin 2015)

##### **A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »**

###### a. Complexe « atteinte à la santé »

###### *i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic*

La dépression est sévère, illustrée par le manque de motivation, le manque d'appétit, les idées suicidaires et la peur permanente de se voir bloquée, que ce soit dans sa salle de bain ou dans les transports en commun. Dès lors, elle reste constamment enfermée chez elle.

###### *ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard*

Le traitement psychiatrique n'a pas été suffisant sur le plan pharmacologique et psychologique. La personne assurée n'a jamais dépassé une dose de 50 mg de Saroten par jour, ce qui n'est pas justifiable. Sur le plan psychologique, la personne assurée rapporte qu'elle a juste bénéficié une fois d'une psychothérapie lors de son hospitalisation. Elle voulait poursuivre avec cette psychologue en ambulatoire, mais ce n'était pas possible. Selon le dossier médical, aucun traitement reconnu et recommandé pour ses troubles psychiatriques n'a été prescrit.

###### *iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard*

La personne assurée est ouverte à la réadaptation. Elle la souhaite. Elle aimerait pouvoir réaliser des activités à sa portée qui lui permettraient d'oublier sa situation. Elle aimerait s'en sortir. Aucune mesure de réadaptation n'a été effectuée en raison de la demande d'expertise, dont l'Al attend les conclusions.

###### *iv. Comorbidités*

Il n'y a pas de comorbidités de type trouble somatoforme, ni de phobie sociale. La personne assurée présente une complication psychiatrique face à un handicap qu'elle n'accepte pas facilement. Elle peine à faire le deuil de ce qu'elle était avant pour accepter ce qu'elle est devenue et ce qu'elle deviendra. Il s'agit d'une démarche difficile pour elle.

###### b. Complexe « personnalité » (*diagnostic de la personnalité, ressources personnelles*)

Son comportement face à la maladie a été désastreux. Elle s'est effondrée le jour où elle a appris que sa maladie était chronique.

Son sens des réalités et sa capacité de jugement restent intacts. Elle sait reconnaître les bienfaits du soutien psychologique dont elle a bénéficié à l'hôpital et réalise que depuis sa sortie, elle n'a jamais disposé d'un suivi psychiatrique, ni psychologique.

Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts qu'elle possédait ont disparu face à la maladie qui l'a diminuée physiquement et psychologiquement. Elle s'est mise en retrait.

La personne assurée gère ses affects. Elle ne déverse pas sa rage sur son entourage, n'apparaît pas aigrie, n'a aucune parole de ressentiment. Au contraire, elle prend tout sur elle et aimerait que sa peine soit comprise, qu'il soit reconnu qu'il s'agit d'une pathologie à tendance familiale.

Son estime de soi est nulle car elle sent qu'elle ne sert plus à rien. Elle est totalement réversive car elle dépend des autres, au vu de sa condition physique et de son état psychique.

Son intentionnalité est actuellement bloquée, tout comme son dynamisme, car depuis qu'elle prend le traitement elle n'a pas eu de déclic sur le plan psychique.

Son système de défenses est également déficitaire parce qu'elle est dans l'incapacité d'utiliser son potentiel physique. Sur le plan psychique, elle a abandonné. Elle ne dispose d'aucun moyen de défense. Suite à ses essais infructueux pour être suivie par la même psychologue à l'hôpital, elle a sombré dans le désespoir.

En termes de ressources, elle dispose de ressources familiales importantes : son mari et ses enfants sont souteneurs. Il y a toujours quelqu'un à côté d'elle pour lui porter secours. Cependant, sur le plan social psychosocial en termes de réinsertion, les ressources sont inexistantes.

a. Complexe « *contexte social* »

Sur le plan social, elle est complètement désinvestie et semble totalement repliée sur elle-même. Aucune aide d'un quelconque groupement communautaire, aucune démarche d'intégration dans le canton où elle habite.

### **B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)**

b. Limitation *uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie*

Limitation dans le ménage, dans les activités récréatives, dans l'utilisation des moyens de transport, dans sa gestion de l'autorité. Toutes ces limitations sont fortement handicapantes, ente 7 et 8 sur une échelle de 0 à 10.

c. Poids des souffrances *révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation*

Il n'a pas été question de réadaptation sur le plan physique, ni sur le plan psychologique de manière explicite. Cependant, la personne assurée est ouverte à toute forme d'aide lui permettant de se sentir utile.

Aucune mesure de réadaptation n'a été effectuée en raison de la demande d'expertise, dont l'AI attend les conclusions.

### **III.5.b Thérapie / Traitement**

Le pronostic sans un bon traitement psychiatrique pourrait devenir fatal.

1. Traitement pharmacologique adapté : Cymbalta 60 mg par jour pendant 2 à 3 mois, si pas d'amélioration passer à 120 mg par jour. Si la monothérapie n'arrive pas à bout de ce tableau anxieux dépressif sur fond de douleurs chroniques, effectuer une bithérapie en associant le Lyrica 20 mg par jour, avec une

augmentation progressive jusqu'à la dose maximale efficace en cas de besoin.

2. Traitement psychiatrique intégré : psychothérapie : associer à cette pharmacothérapie la psychothérapie cognitive et comportementale dans un centre de traitement de la douleur avec un psychothérapeute expérimenté, de préférence une psychologue, pour l'aider à retrouver la psychologue qu'elle pense avoir perdue après son court séjour à l'hôpital.

3. Ergothérapie : en milieu protégé avec l'insertion professionnelle.

4. La physiothérapie devrait faire partie de ce plan de traitement, toujours dans un centre spécialisé et multidisciplinaire. Avec cette conjonction de traitement et de thérapies, la personne assurée devrait pouvoir atteindre une qualité de vie acceptable.

[...]

#### **IV. Expertise rhumatologique**

[...]

##### **IV.4 Diagnostics**

###### **IV.4.a Diagnostic avec incidence sur la capacité de travail**

5. Syndrome cervico-vertébral sur troubles dégénératifs modérés de C4 à C6 avec uncarthrose.

6. Syndrome myofascial avec triggerpoints dans les muscles, levator scapulae et trapezius (pars superior) à gauche

7. Syndrome lombovertébral chronique sur troubles dégénératifs de L3 à L5 avec éventuellement un syndrome lombo-radiculaire L5 droit purement irritatif, sans déficit moteur ou des réflexes

8. Etat de déconditionnement physique

9. Importante kinésiophobie

###### **IV.4.b Diagnostic sans incidence sur la capacité de travail**

10. Syndrome de fibromyalgie, cliniquement

11. Status après hystérectomie totale le 06.02.2014

##### **IV.5 Epicrise et évaluation de la capacité de travail du point de vue rhumatologique**

###### **IV.5.a Observations et conclusions médicales**

Cette personne assurée de bientôt 50 ans, originaire du Kosovo, mère de 3 enfants adultes, a travaillé de septembre 2007 à fin mars 2013 comme employée de fromagerie à 100% où elle devait emballer des fromages, activité physiquement modérément lourde. Ses problèmes de santé ont commencé en 2011, où elle a bénéficié d'une infiltration épidurale L3-L4 sous scanner pour lombosciatique droite. L'évolution a été lentement favorable. En 2012, elle a été traitée de façon conservatrice pour des cervicobrachialgies gauches. Une IRM cervicale a montré un début de discopathie C4-05 avec sténose foraminale droite, mais sans compression au niveau gauche. Elle a été suivie par la suite par le Dr W. \_\_\_\_\_ rhumatologue et médecin-chef à l'Hôpital [...], qui a hospitalisé deux fois la personne assurée, du 30.10.2012 au 16.11.2012 puis du 12.01.2015 au 23.01.2015. Selon la personne assurée, les douleurs n'ont pas changé avec les cures stationnaires. À la sortie de chaque hospitalisation, le Dr W. \_\_\_\_\_ a reconnu une capacité de travail entière (=100% dans une activité adaptée). Elle n'a plus jamais repris son activité professionnelle et a donné son congé pour le 31.03.2013.

La personne assurée tient son épaule gauche avec la main gauche durant l'examen médical. L'anamnèse est effectuée avec une interprète. Elle peut rester plus d'une heure sans problème et sans bouger. À l'examen clinique, la personne est difficilement examinable, elle bloque les rotations au niveau cervical. Au niveau lombaire, tout lui fait mal, il n'y a pas de signe clinique d'une atteinte de l'épaule gauche, pas de signe de tendinite de la coiffe des rotateurs, ni de signe d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche. Elle ne présente pas d'atrophie du bras gauche ni du membre inférieur droit mesuré au niveau des mollets et 5 cm et 15 cm au-dessus des rotules. Au status neurologique, elle présente une hypoesthésie de tout le bras gauche et de toute la jambe droite, ce qui ne correspond pas à une atteinte neurologique d'une ou de plusieurs racines ou du plexus brachial. Ceci est à interpréter comme signe de non-organicité. Les signes de Waddell sont positifs à 4 sur 5 pour lombalgies chroniques, ce qui est également un indice pour une pathologie non organique. Il y a un petit doute quant à une atteinte radiculaire L5 droite avec Lasègue et Slump positifs en fin de course, sans déficit moteur ou des réflexes à la jambe droite. Cliniquement, elle remplit les critères anciens avec les tenderpoints pour une fibromyalgie (14 points sur 18) ainsi que les nouveaux critères ACR de la fibromyalgie. Les traitements de la personne assurée sont basiques, ils n'améliorent jamais la situation, c'est-à-dire qu'elle fait une à deux fois par semaine uniquement des massages, elle ne pratique aucune gymnastique car elle présente une kinésiophobie importante (voir sous IV.3.a questionnaire Tampa). Elle présente depuis des années un important état de déconditionnement physique.

La personne assurée ne fait rien à la maison, elle se laisse aider par toute la famille qui la surprotège.

Les limitations présentées par la personne assurée sont partiellement compréhensibles selon l'examen rhumatologique. Par contre, l'influence sur la capacité de travail n'est pas aussi grave que la personne assurée le dit.

#### IV.5.a.1 Limitations

Il y a surtout des autolimitations, la personne assurée ne fait rien avec son bras gauche. Cliniquement, il n'y a pas d'atteinte significative de l'épaule.

- Limitation 1 : son état de déconditionnement physique majeur et le fait qu'elle ne fait rien physiquement par crainte d'avoir plus mal la rend vulnérable et avec une résistance physique très faible.

#### IV.5.a.2 Exagération / Simulation

La personne assurée signale de nombreux signes de non-organicité. Du point de vue rhumatismal, ces troubles ne sont pas évidents.

### **IV.5.b Thérapie / Traitement**

La personne assurée a eu tous les traitements de médecine physique possibles avec deux hospitalisations incluses. Il n'y a aucun investissement de sa part, plutôt par crainte d'augmentation des douleurs à l'effort (kinésiophobie). Elle est complètement désespérée et a perdu tout espoir d'amélioration de sa situation.

Pour la douleur chronique, il y a les traitements cognitivo-comportementaux qui apportent quelque chose à la personne assurée dans le sens d'un coping, où elle apprend à comprendre

son mal et à faire avec. Ces traitements ne pourront probablement pas être appliqués chez elle, par manque de thérapeutes en approche cognitivo-comportementale et par manque de connaissances en français de la personne assurée.

#### **IV.5.c Profil d'effort**

##### **IV.5.c.1 Actuel**

Un travail dans une activité en position assise ou en alternant les positions assise et debout, avec 10 minutes de pause toutes les heures, où elle ne porte pas de charges dépassant 2 kg et où elle ne fait pas de mouvements répétitifs et au-dessus de l'horizontale avec le bras gauche est possible.

##### **IV.5.c.2 Evolutif / Pronostic**

Il n'y aura pas de changement sauf si elle bénéficie d'un traitement médical régulier et optimal pour la conditionner.

#### **IV.5.d La capacité de travail dans la dernière activité professionnelle exercée**

##### **IV.5.d.1 Rétrospectif**

En 2011, la personne assurée a présenté une lombosciatique droite, qui s'est améliorée après quelques semaines suite à une infiltration épidurale. Rechute avec cervicobrachialgies devenant chroniques à partir de septembre 2012. La personne assurée aurait pu reprendre le 01.01.2013 une activité professionnelle à 100% dans une activité adaptée, mais pas dans la fromagerie. Elle a ensuite donné son congé.

L'activité dans la fromagerie s'effectue en position debout toute la journée. Par conséquent, dans cette activité, la capacité de travail est de 0%.

[...]

#### **IV.5.e La capacité de travail dans une activité adaptée**

##### **IV.5.e.1 Rétrospectif**

À partir du 01.01.2013, la personne assurée aurait pu reprendre une activité adaptée à 100%, comme proposé par le Dr W. \_\_\_\_\_, rhumatologue et médecin-chef, ainsi que le Dr [...]. Le 01.01.2013, la personne assurée était stabilisée et apte à débiter une activité adaptée à 100% sans port de charges dépassant 5 kg et surtout pas répétitives, dans un travail semi-sédentaire, c'est-à-dire avec alternance de positions assise et debout.

##### **IV.5.e.2 Actuel**

À la date de l'expertise médicale, du point de vue rhumatismal, sa capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée, selon le profil d'effort ci-dessus.

##### **IV.5.e.3 Evolutif/Pronostic**

Avec un traitement, la personne assurée arrivera peut-être à accepter sa situation et deviendra plus active dans sa vie et dans la prise en charge de son syndrome douloureux chronique.

[...] »

Dans un avis SMR du 11 juillet 2017, le Dr H. \_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit :

[...]

#### **DISCUSSION**

**Sur la forme**, l'édition du consilium interdisciplinaire en ouverture du document nous a un peu déroutés.

**Sur le fond**, le volet rhumatologique est jugé convaincant par contre nous nous questionnons sur le volet psychiatrique :

Sur l'axe psychiatrique, notons que l'expert ne confronte pas les déclarations de l'assuré aux faits, il se limite à les retranscrire. Il ne détaille pas ni n'explore les critères cliniques majeures et mineures du diagnostic qu'il annonce : «*Épisode dépressif sévère, sans signes psychotiques (F32.2)* ».

L'assurée présente une kinésiophobie et un héli-syndrome sensitif gauche qui n'ont pas de support organique évident. Si l'expert psychiatre indique ni exagération ni simulation, il n'explique pas comment il intègre ces plaintes somatiques dans les différents diagnostics. L'expert doit se positionner sur le traitement psychiatrique exigible au titre de l'obligation de réduire le dommage. Enfin, l'expert évalue une capacité de travail prospective sous conditions d'un traitement et d'une réadaptation, mais il ne se prononce pas sur la capacité exigible à l'heure de son examen, ce qui ne correspond au mandat délivré.

**CONCLUSION : Nous remercions le gestionnaire de réinterroger les experts avec les questions ci-après :**

[...] »

Le 15 septembre 2017, les experts de N. \_\_\_\_\_ ont répondu comme suit aux questions du SMR :

**« I.2.a Questions pour l'expert psychiatre**

1. Pouvez-vous détailler les critères majeurs et mineurs selon la CIM 10 du diagnostic que vous annoncez soit « Episode dépressif sévère, sans signes psychotiques (F32.2) » ?

Selon le CIM-10 F32.2 au cours d'un épisode dépressif sévère des éléments suivants doivent être présents :

· Un état de détresse associée avec un ralentissement marqué : la personne assurée présente un certain ralentissement psychomoteur quand elle se déplace et dans ses mimiques également et dans l'affectivité elle présente une tristesse qui est congruente et un affect congruent à la situation qu'elle décrit et qu'elle traverse (« status psychiatrique », page 15).

· Une perte de l'estime de soi et des idées de dévalorisation : son estime de soi est nulle car elle sent qu'elle ne sert plus à rien (« complexe personnalité », page 17).

· Des idées de suicide manifeste : la personne assurée a fait état d'idées suicidaires. (« status psychiatrique », page 15).

Directives pour le diagnostic

Le diagnostic d'épisode dépressif sévère repose sur la présence des trois symptômes typiques suivants :

· Humeur dépressive : la personne assurée présente une tristesse qui est congruente et un affect congruent à la situation qu'elle décrit et qu'elle traverse (« status psychiatrique », page 15).

· Diminution de l'intérêt et du plaisir : elle reste ouverte à toute sorte d'aide pour être boostée sur le plan psychique. En effet, elle réalise qu'elle a perdu la motivation et l'intérêt pour la vie (« status psychiatrique », page 15).

· Augmentation de la fatigabilité : la personne assurée se sent constamment épuisée. La nuit, elle n'arrive pas à dormir et se

réveille plusieurs fois, elle a mal partout. Le lendemain, elle est très fatiguée suite au manque de sommeil (« anamnèse », page 12).

Associé à sept critères sur sept caractérisant l'état dépressif sévère, quatre seulement sont nécessaires :

- (a) Une diminution de la concentration : la personne assurée présente des troubles de la concentration et de la mémoire, oubliant beaucoup de dates essentielles, des rendez-vous et ses propres préparations culinaires (« anamnèse », page 12). Attention et concentration : elle ne se rappelle pas des dates essentielles de son suivi thérapeutique et de ses hospitalisations, n'arrive pas à garder l'attention pendant longtemps (« status psychiatrique », page 14).
- (b) Une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi : son estime de soi est nulle car elle sent qu'elle ne sert plus à rien (« complexe» personnalité », page 17).
- (c) Des idées de culpabilité ou de dévalorisation : elle sent qu'elle ne sert plus à rien (« complexe» personnalité », page 17).
- (d) Une attitude morose et pessimiste face à l'avenir.
- (e) Des idées ou acte auto-agressifs ou suicidaires : la personne assurée a fait état d'idées suicidaires. (« status psychiatrique », page 15).
- (f) Une perturbation du sommeil : la nuit, elle n'arrive pas à dormir et se réveille plusieurs fois, elle a mal partout. Le lendemain, elle est très fatiguée suite au manque de sommeil (« anamnèse », page 12).
- (g) Une diminution de l'appétit : son état général est altéré, elle dit avoir perdu 10 kg (« status psychiatrique », page 14).

Par conséquent tous les éléments selon CIM-10 sont rempli pour diagnostiquer chez la personne assurée un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

2. Vous excluez un trouble somatoforme (Page 17). Nous comprenons à la lecture de l'expertise rhumatologique que la kinésiophobie ou les plaintes somatiques comme l'hémi-syndrome sensitif gauche n'ont finalement pas de support organique évident, sont-ils à rattacher à une pathologie psychiatrique ? Si oui laquelle ?

Les plaintes somatiques, en dehors de support organique sont à rattacher à la dépression d'intensité sévère. Selon CIM-10 le syndrome somatique est presque toujours présent au cours d'un épisode dépressif sévère.

3. Vous évoquez que l'assurée ne présente « ni exagération ni simulation » (III.5.A.2), page 16), quels sont les éléments cliniques qui fondent cette appréciation ?

Comme discuté dans l'expertise : Il n'y a aucune incohérence de la personne assurée. Depuis le verdict de son diagnostic, depuis qu'elle a su que sa maladie était chronique, depuis son arrêt de travail à la fromagerie, elle a sombré dans la dépression. Elle n'a pas d'activité de loisir. Elle n'est pas capable d'entretenir son ménage. La personne assurée est limitée dans ses mouvements dans sa propre maison. Dans les activités de la vie quotidienne telles que se laver ou faire la cuisine, elle se fait assister. Elle souffre également de problèmes au niveau de la concentration. Tout est cohérent.

C'est ainsi qu'il y a congruence entre le recueil des signes hors de l'expertise et les éléments écrits dans le dossier. D'autre part il y a également adéquation entre la sémiologie et le descriptif de la vie quotidienne de la personne assurée avec ses limitations.

4. Est-ce que le traitement psychiatrique préconisé par l'expert est exigible au titre de l'obligation de réduire les dommages ?

L'expert rapporte les protocoles de prescription habituelle dans ce type d'état dépressif et il en a profité pour donner un exemple concret.

L'exigibilité se situe au niveau de la prescription selon les règles de l'art comme dans l'exemple (parmi d'autres).

5. Pouvez-vous déterminer les limitations fonctionnelles médicalement objectives ?

Limitation 1 : manque d'intérêt, manque de motivation et désespoir : il lui faut une activité bien structurée et définie, avec un encadrement bienveillant et étayant.

Limitation 2 : diminution de l'endurance sur le plan psychologie et mental. Attention et concentration limitées. Capacité de gestion du stress diminuée : il lui faut une activité avec de horaires strictement diurnes, de durée limitée et sans exigibilité de rendement.

Limitation 3 : peur de se retrouver coincée dans une situation, d'être bloquée sans obtenir de secours : la personne assurée est limitée par ses multiples phobies (claustrophobie, peur de ne pas obtenir de secours) qui induisent des comportements d'évitement et de réassurance. Si la réassurance (sous forme d'accompagnement d'un membre de sa famille, par exemple) n'est pas possible, la personne assurée se replie sur elle.

En conséquence seul un cadre protégé peut offrir un milieu prenant en compte ces limitations. (« Limitations », page 16).

6. Pouvez-vous vous prononcer sur une capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée exigibles à l'heure de l'expertise et non de façon prospective selon le traitement ou la réadaptation ?

A l'heure de l'expertise la capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée est de 0% (« La capacité de travail dans la dernière activité professionnelle exercée », page 18 et « La capacité de travail dans une activité adaptée », page 19 »).

**I.2.b Questions pour l'expert rhumatologue**

1. Quel est le bras dominant ? Si vous l'avez rapportée dans l'expertise, pouvez-vous me signaler la page merci.

La personne assurée est droitrière, ses symptômes sont au niveau du bras G (réd. : gauche).

2. Pouvez-vous nous expliquer, pourquoi, d'un point de vue strictement rhumatologique, l'assurée qui «aurait pu reprendre le 01.01.2013 une activité professionnelle adaptée à 100% dans une activité adaptée» (page 25) passe à une «capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée» à la date de l'expertise ?

Avec l'inactivité après le congé, la situation du point de vue rhumatologique de la personne assurée s'est aggravée jusqu'à maintenant. Actuellement, ses douleurs sont chronifiées et entretenues par sa dépression sévère, elle peut travailler à 50% dans une activité adaptée (du point de vue rhumatologique).

3. Comment doit-on apprécier les difficultés rencontrées lors de l'examen clinique, notamment lorsque l'assurée « bloque les rotations au niveau cervical » ?

Il y a eu manque de collaboration de la personne assurée lors de l'examen clinique, probablement la kinésiophobie joue un rôle, peur que l'expert lui fasse mal. »

Dans un avis SMR du 10 octobre 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_ a contesté la valeur probante de l'expertise du N.\_\_\_\_\_. S'agissant du volet rhumatologique, il a constaté que l'expert fixait la capacité de travail à 50 %, justifiant ce taux par les douleurs chronifiées entretenues par une dépression sévère, faisant appel ainsi à un diagnostic qui sortait de son champ de compétences.

Dans le domaine psychiatrique, le Dr H.\_\_\_\_\_ relève que l'expert fait référence à une maladie chronique sans dire laquelle ni quand cette maladie a été annoncée à l'assurée. Il remarque également des contradictions, par exemple dans la description de la vie quotidienne. Il soulève des imprécisions quant à la justification des diagnostics retenus.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ est également d'avis que l'expert psychiatre exclut un trouble somatoforme mais sans justifier cette exclusion et qu'il n'a pas évalué selon les critères en vigueur le caractère incapacitant du diagnostic de « syndrome de fibromyalgie » posé par l'expert rhumatologue. Il a donc préconisé une nouvelle expertise.

Le 3 janvier 2018, l'OAI a mandaté le centre d'expertises Q.\_\_\_\_\_ pour une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Le 16 août 2018, les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont rendu leur rapport. Il en ressort notamment ce qui suit :

**« 1. Evaluation consensuelle**

**4.1. Evaluation médicale interdisciplinaire**

[...]

Il s'agit donc d'une expertisée présentant une douleur cervico-dorsolombaire chronique sur discopathies lombaires basses et cervicales. Notre examen clinique a montré une raideur globale, en particulier de l'épaule gauche qui présente une arthropathie acromio-claviculaire. Il n'y a aucun signe neurologique et on ne peut qu'être frappé par la discordance majeure entre les éléments constatés objectivement (radiologie montrant des discopathies lombaires basses et cervicales) et l'extrême importance de la douleur dont se plaint l'expertisée, avec une immobilisation presque complète de son épaule gauche et une impossibilité quasi totale de mobiliser son rachis dans sa globalité. Il existe donc une majoration importante, associée à un état dépressif léger, ceci chez une

expertisée présentant des traits de personnalité dépendante (Z73.1).

#### **4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail**

Avec incidence sur la capacité de travail dans la dernière activité exercée :

- Discopathies dégénératives modérées, cervicales et lombaires basses.
- Arthrite érosive des articulations acromio-claviculaire.

Sans incidence sur la capacité de travail :

- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0),
- Etat dépressif léger à moyen (F32.01- F32.02)
- Hypotension artérielle connue depuis des années et traitée.

#### **4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles**

Les légères pathologies ostéoarticulaires susmentionnées ont une incidence sur la capacité de travail dans la dernière activité exercée.

#### **4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence**

L'accentuation de traits de personnalité dépendante (Z73.1) n'a pas d'incidence sur la capacité de travail ; d'ailleurs, la catégorie Z ne concerne pas des maladies. La majoration de symptômes physiques a pour but une reconnaissance sociale et financière de ce que l'expertisée appelle « sa souffrance ».

#### **4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge**

L'expertisée a des ressources et des mécanismes adaptatifs dont elle a fait preuve tout au long de son existence mais qui sont amoindries par la douleur, avec des bénéfices secondaires de la maladie dans le sens que, de par son côté de victimisation et dans une attitude régressive, elle se fait aider par toute sa famille.

#### **4.6. Contrôle de cohérence**

Les pertes de fonctionnalité exprimées par l'expertisée du point de vue psychiatrique ne sont ni cohérentes ni plausibles. Sur le plan rhumatologique, il y a une incohérence totale entre les constatations cliniques et radiologiques, et la grande difficulté que nous rencontrons pour examiner l'expertisée. Il n'y a pas de signes neurologiques ; les constatations objectives ne justifient absolument pas l'incapacité alléguée à mobiliser l'épaule gauche (arthropathie acromio-claviculaire gauche mais aussi droite), le coude, le poignet et les doigts, alors qu'il n'y a aucun signe de capsulite ou d'algodystrophie. Une discopathie lombaire ne justifie pas non plus de ne pas pouvoir mobiliser le rachis lombaire.

#### **4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

Nulle depuis novembre 2014.

#### **4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée**

100 % dans une activité correspondant aux limitations fonctionnelles mentionnées par l'expert rhumatologue, depuis le 01.02.2015 (avec quelques incapacités de quelques semaines maximum).

#### **4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)**

Les experts s'éloignent des conclusions de l'expertise bidisciplinaire effectué le 06.07.2017 au N. \_\_\_\_\_ de [...], dont les experts n'ont notamment pas tenu compte de la majoration des symptômes physiques par l'expertisée, qui est à notre avis le principal diagnostic

et ne justifie pas de limitations fonctionnelles empêchant l'expertisée de travailler.

#### **4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail**

Parmi les traitements qui pourraient être proposés, l'expert rhumatologue propose la stimulation transcutanée et une infiltration de l'épaule gauche avec un corticoïde en suspension.

#### **5. Informations sur l'obtention du consensus et signatures**

La conférence consensuelle a eu lieu la semaine du 2 au 6 juillet 2018, par téléphone entre les experts concernés.

[...]

#### **Expertise psychiatrique (Annexe 1)**

[...]

Du point de vue psychiatrique, l'expertisée n'est suivie ni par un psychologue ni par un psychiatre. Comme traitement des douleurs, elle prend uniquement du Saroten 50 mg.

[...]

En ce qui concerne le traitement, l'expertisée n'a pas de suivi psychiatrique.

Concernant sa perception de l'avenir, l'expertisée dit qu'elle ne peut pas travailler ni effectuer une réadaptation professionnelle à cause de ses douleurs.

Pendant l'entretien, Madame J.\_\_\_\_\_ s'est montrée assez démonstrative concernant ses douleurs ; tout en disant qu'elle a de la peine à se concentrer et des problèmes de mémoire, elle a été capable de nous donner des dates précises, notamment celles de son mariage, de la naissance de ses enfants ainsi que celles de ses frères. Il y a également des incohérences entre l'état décrit par l'expertisée et ce que l'expert ressent : il y a donc une part démonstrative très importante avec une majoration des symptômes ayant pour but une reconnaissance sociale et financière.

#### **Constatations**

##### **4.1 Observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure**

L'expertisée a eu une attitude démonstrative, se mettant dans un rôle de victime dans le sens qu'elle estime qu'aucun médecin et aucune assurance ne veut l'aider. Elle a été tendue tout au long de l'entretien, en lien direct avec ses douleurs.

##### **4.2 Compréhension linguistique**

Nous n'avons pas eu recours à un traducteur puisque l'expertisée a un niveau de compréhension tout à fait correct en français ; signalons que, lors de l'expertise au N.\_\_\_\_\_, un interprète était présent.

##### **4.3 Constatations lors de l'examen**

Il s'agit d'une expertisée faisant son âge, aux cheveux grisonnants et aux yeux bleus. C'est son fils qui l'a conduite en voiture, elle-même n'ayant pas le permis de conduire. Elle s'exprime en français avec un léger accent, dans un discours cohérent, en regardant l'expert dans les yeux. Elle est plaintive et a une attitude démonstrative.

L'expertisée est bien orientée dans le temps, l'espace et concernant la situation.

Pas de troubles cognitifs constatés pendant notre examen : pas de problème de concentration ni de mémoire, qu'il s'agisse de faits nouveaux ou anciens.

Aucun trouble du registre psychotique. Pas d'idées interprétatives, simples ou délirantes. Pas d'idées de concernement simples ou délirantes.

En ce qui concerne le registre dépressif, l'expert a objectivé une légère tristesse et une humeur légèrement dépressive. Pas de signes ou symptômes parlant pour un ralentissement psychomoteur. L'élan vital est relativement perturbé.

Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuites des idées.

En ce qui concerne le registre anxieux, l'expert a objectivé des tensions nerveuses et une irritabilité. Pas d'agoraphobie, de claustrophobie ou de phobie sociale. Pas de TOC.

Pas de signes d'état de stress posttraumatique (**PTSD**).

[...]

## **2. Diagnostics**

Au moment de l'entretien ainsi que du point de vue anamnestique, la douleur est la principale plainte de l'expertisée ; il existe les signes cliniques pour

- un état dépressif de degré léger (F32.01)
- une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0) - dans le but d'obtenir une compensation financière ;
- une accentuation de traits de personnalité dépendante (Z73.1).

## **Evaluation médicale et médico-assurantielle**

### **7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

L'expertisée présente une accentuation de traits de la personnalité dépendante (Z73.1) qui, selon la CIM-10, se caractérise par le fait *d'autoriser ou d'encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place; une subordination de ses propres besoins à ceux des personnes dont on dépend et une soumission exagérée à leur volonté; une réticence à faire des demandes, même justifiées, aux personnes dont on dépend; un sentiment d'impuissance lorsque la personne est seule en raison d'une peur excessive de ne pouvoir se prendre en charge seule*. Il n'existe donc pas tous les critères, selon la CIM-10, pour parler d'un trouble de la personnalité dépendante.

Quant à la majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, selon les critères de la CIM-10, il s'agit de *symptômes physiques compatibles avec — et initialement dus à — un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés et entretenus par l'état psychique du patient, qui adopte une attitude histrionique (recherche de l'attention d'autrui) comprenant parfois aussi des plaintes surajoutées, non spécifiques, sans substrat anatomique*.

Nous maintenons le diagnostic d'épisode dépressif retenu dans le rapport d'expertise bidisciplinaire du N. \_\_\_\_\_ en juillet 2017 mais estimons qu'il n'est que de degré léger. En revanche, nous nous éloignons des autres diagnostics, notamment de celui de trouble somatoforme, car bien que les symptômes n'aient aucune base organique, tous les critères de la CIM-10 ne sont pas réunis ; il manque notamment le sentiment profond de détresse. Nous estimons qu'il s'agit d'une majoration des symptômes (F68.0).

Madame J. \_\_\_\_\_ possède des ressources et de bons mécanismes adaptatifs, dont elle a fait preuve tout au long de son existence. Signalons qu'elle tire des bénéfices secondaires de sa maladie, dans

le sens que, par son côté de victime et son attitude régressive, elle se fait aider par toute sa famille.

### **7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison**

La prise en charge ne se fait pas dans les règles de l'art du point de vue psychiatrique, cette expertisée n'étant suivie ni par un psychologue, ni par un psychiatre et ne prenant que 50 mg de Saroten, ce qui est insuffisant pour un état dépressif.

### **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Il n'y a aucune limitation, du point de vue psychiatrique, pour toutes les activités de la vie de l'expertisée. Elle dit qu'elle ne peut rien faire, être dans une attitude régressive, mais peut tout de même regarder la télévision, se promener de temps en temps, et téléphoner à sa mère au moins 3 fois par semaine. Les pertes de fonctionnalité exprimées par Madame J.\_\_\_\_\_ du point de vue psychiatrique ne sont ni cohérentes, ni plausibles.

### **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

L'épisode dépressif - chez une personnalité à traits dépendants - est d'un degré plutôt léger, sans limitations fonctionnelles objectivables qui empêcheraient cette expertisée de travailler.

## **8. Réponses aux questions du mandant**

### **Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

La capacité de travail est nulle depuis novembre 2014, pour raison somatique. Il n'y a pas d'atteinte psychiatrique incapacitante.

### **Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré**

La capacité de travail dans une activité adaptée est de 100% depuis le 01.02.2015.

### **Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail**

Prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique et amélioration de la médication antidépressive.

### **Questions se rapportant au cas précis**

Aucune.

[...]

### **Expertise de médecine générale (Annexe 2)**

[...]

## **6. Diagnostics**

- Hypotension artérielle (depuis des années).
- Palpitations non spécifiques.

## **7. Evaluation médicale et médico-assurantielle**

### **7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

L'expertisée a toujours été en bonne santé jusqu'en 2011, date à laquelle elle a commencé à présenter des douleurs aux articulations et aux os. Du point de vue médecine interne, elle n'a jamais été gravement malade. Une hystérectomie et une salpingectomie ont été faites il y a 4 ans.

### **7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison**

Madame J.\_\_\_\_\_ n'a jamais eu de maladies autres que banales en ce qui concerne la médecine interne.

### **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

La cohérence et la plausibilité sont présentes.

#### **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

Concernant la médecine interne, la capacité de travail est complète, sans réduction de rendement. L'expertisée a des bonnes ressources parce qu'elle a une vie familiale active.

### **8. Réponses aux questions du mandant**

#### **Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

La capacité de travail est complète pour ce qui concerne la médecine interne.

#### **Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré**

Idem.

#### **Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail**

Sans objet.

#### **Questions se rapportant au cas précis**

Aucune.

[...]

#### **Expertise rhumatologique (Annexe 3)**

[...]

### **6. Diagnostics**

Diagnostics avec impact sur la capacité de travail :

- Discopathies dégénératives modérées cervicales et lombaires basses.
- Arthrite érosive de l'articulation acromio-claviculaire gauche et droite.

### **7. Evaluation médicale et médico-assurantielle**

#### **7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

Il s'agit d'une expertisée présentant une douleur cervico-dorsolombaire chronique sur discopathies lombaires basses et cervicales. L'examen clinique montre une raideur globale à l'examen clinique, en particulier de son épaule gauche qui présente une arthropathie acromio-claviculaire. Il n'y a aucun signe neurologique objectif et on ne peut qu'être frappé par la discordance majeure entre les éléments constatés objectivement (radiologie) et l'extrême importance de la douleur dont se plaint l'expertisée, avec une immobilisation quasi complète de son épaule gauche et une impossibilité quasi complète de mobiliser son rachis dans sa globalité. Il existe donc une majoration importante.

#### **7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison**

Parmi les traitements qui pourraient être proposés, nous citons la stimulation transcutanée et une infiltration de l'épaule gauche avec un corticoïde en suspension.

#### **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Il y a une incohérence totale entre les constatations objectives radiologiques et la grande difficulté que nous rencontrons pour examiner l'expertisée. Il n'y a pas de signes neurologiques ; les constatations objectives ne justifient absolument pas l'incapacité alléguée à mobiliser l'épaule gauche (arthropathie acromio-claviculaire gauche mais aussi droite) ainsi que le coude, le poignet et les doigts, alors qu'il n'y a aucun signe de capsulite ou

d'algodystrophie. Une discopathie lombaire ne justifie pas non plus de ne pas pouvoir mobiliser le rachis lombaire.  
Il y a donc une exagération des signes cliniques.

#### **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

Absence de formation professionnelle et absence du moindre désir de reprendre une activité de toute nature. L'expertisée ne fait rien chez elle.

##### **1. Réponses aux questions du mandant**

##### **Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

0 % de capacité travail dans l'activité exercée jusque-là, depuis novembre 2014.

##### **Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré**

Dans une activité ne nécessitant pas d'effort de soulèvement, de port de charges > 10 kilos, de piétinement, de position assise de plus d'une heure (correspondant à la durée de notre expertise), permettant les mouvements libres de l'épaule droite mais limités à 80° d'abduction et rotation coude au corps à 10° pour l'épaule gauche, l'absence d'effort au-dessus de la ligne des épaules, la capacité de travail est entière, depuis début 2013 (avec quelques incapacités de quelques semaines maximum).

A relever que l'expertisée est notamment capable de pousser/tirer des objets sur une surface plane, et que la position à genoux ou accroupie est possible.

##### **Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail**

Physiothérapie et antalgiques.

##### **Questions se rapportant au cas précis**

Néant.

[...] »

Dans un avis SMR du 30 août 2018, le Dr H. \_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit :

##### **« [...] DISCUSSION**

1-Cette expertise met en évidence une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques F68.

Ainsi, l'expert rhumatologue Q. \_\_\_\_\_ signale que les constatations objectives ne justifient pas l'incapacité alléguée à mobiliser l'épaule gauche, le coude, le poignet, et les doigts ou le rachis lombaire (p3). De son côté, l'expert psychiatre Q. \_\_\_\_\_ signale ressentir « des incohérences » entre l'état allégué par l'assuré et ce qu'il ressent à son contact. Il relève ainsi une discordance entre les doléances de l'assuré et ce qu'il constate objectivement, comme par exemple, son aptitude à donner des dates précises alors que l'assurée se plaint de graves troubles de la mémoire (p.8).

L'expert psychiatre constate aussi l'absence de signes objectifs de pathologies psychiatriques (p.9).

En conséquence, il souligne que les pertes de fonctionnalité exprimées par l'assurée ne sont ni cohérentes ni ne rendent plausibles une atteinte psychiatrique.

2- Par contre, l'expert psychiatre explique la situation actuelle en indiquant que l'assurée présente des traits de personnalité dépendante Z73.1.

C'est sur ce substrat psychologique que se développe une tendance à adopter une attitude régressive, à solliciter l'aide de sa famille et le besoin de reconnaissance de sa « douleur ».

Ces traits de personnalité existent, par définition, depuis l'âge adulte, mais ils n'ont pas valeur de maladie car ils n'ont ni la rigidité ni l'inflexibilité pathologique du Trouble de la personnalité comme le démontre les ressources adaptatives mises en lumière par la biographie de l'assuré (Emploi à temps plein...). De plus, ces traits ne sont pas assortis d'une demande de soins spécialisés.

3- Les experts Q.\_\_\_\_\_ indiquent que leurs appréciations divergent de celles de la précédente expertise au N.\_\_\_\_\_ car « la majoration des symptômes » n'était pas prise en compte par ces derniers. Contrairement au N.\_\_\_\_\_, l'expert psychiatre du Q.\_\_\_\_\_ ne retient pas d'épisode dépressif sévère mais seulement un épisode dépressif léger sans influence sur la capacité de travail (p.10).

4- Enfin nous relevons que le point de vue des experts du Q.\_\_\_\_\_ rejoint finalement l'appréciation formulée par le Dr W.\_\_\_\_\_, Rhumatologue FMH, qui, instruit des observations sur plusieurs jours en stationnaire en CTR, signalait, dès Janvier 2015, l'absence de restrictions somatiques objectives et « une comorbidité psychiatrique en elle-même peu limitative ». Ce constat le conduisait à estimer qu'une reprise à 100% était possible à cette date.

**CONCLUSION :** Nous retenons que l'expertise du Q.\_\_\_\_\_ présente tous les critères formels de qualité. Sur le fond, l'appréciation consensuelle des experts du Q.\_\_\_\_\_ est étayée par les faits objectifs et argumentée. Nous adoptons donc ses conclusions. »

Par communication du 25 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'elle remplissait les conditions d'une aide au placement et que, de ce fait, elle était considérée comme réadaptable, raison pour laquelle elle n'avait pas droit à une rente.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité pour le motif que selon les conclusions de la dernière expertise médicale , elle présentait à la date du 15 novembre 2015 (soit à l'échéance du délai de carence d'une année) certes une totale incapacité de travail dans son activité antérieure d'employée en fromagerie mais qu'elle avait récupéré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement ni de port de charge de plus de 10 kilos, pas de travaux

nécessitant le piétinement ni de position assise de plus d'une heure pas de mouvements répétés des membres supérieurs au-dessus du plan des épaules). Cela étant, l'OAI a retenu que « du point de vue médical, l'exercice d'une activité adaptée « à 50 % » était raisonnablement exigible, par exemple une activité dans l'industrie légère comme employée au contrôle qualité dans une chaîne de production, ouvrière de conditionnement de matériel léger (mise sous plis, emballage) ou dans le montage de petites pièces ». Considérant que le revenu sans invalidité de l'assurée ne pouvait être déterminé avec précision étant donné que sa dernière activité était exercée à des taux variables, l'OAI s'est référé aux données statistiques issues de l'ESS (activité simple et répétitive n'exigeant pas de qualification particulière), comme il l'a fait pour le revenu avec invalidité. Compte tenu d'un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidité, il est parvenu à la conclusion que le degré d'invalidité était de 5 %, soit un taux largement inférieur au seuil minimal de 40 % ouvrant le droit à une rente.

Par courrier du 24 octobre 2015, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI du 25 septembre précédent. Elle a indiqué qu'elle motiverait son opposition dès que le dossier complet serait en sa possession.

Le 26 octobre 2018, l'OAI a transmis à l'assurée son dossier.

Le 13 novembre 2018, Me Karim Hichri a informé l'OAI que l'assurée l'avait mandaté pour défendre ses intérêts et a requis la production de son dossier.

Par courrier du 29 novembre 2018, le conseil de l'assurée a indiqué à l'OAI que son projet de décision était contesté dès lors qu'il ne reflétait pas la situation actuelle de sa mandante, cette dernière présentant une incapacité totale de travail dans toute activité. Il a renouvelé sa demande concernant la transmission du dossier de l'assurée.

Le 3 décembre 2018, l'OAI a transmis au conseil de l'assurée une copie du dossier de sa mandante en lui impartissant un délai au 15 janvier 2019 pour lui faire parvenir ses déterminations.

Il ressort d'un rapport établi le 12 décembre 2018 par l'OAI que l'assurée a été convoquée à une séance d'information concernant la mesure d'aide au placement le 23 octobre 2018 et qu'à l'issue de cette séance, une charte de collaboration lui a été remise, à charge pour elle de la retourner, signée, dans un délai échéant le 6 novembre 2018. A la date du 12 décembre 2018, l'OAI n'avait pas reçu de réponse.

Le 4 janvier 2019, Me Hichri a produit une copie du rapport du médecin conseil du Service de l'emploi du 3 février 2015, selon lequel il considérait qu'avec ce que l'assurée avait montré lors de l'examen, la réalisation d'une capacité de travail était irréaliste.

Par décision du 21 janvier 2019, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité en reprenant les motifs de son projet de décision du 25 septembre 2018. Dans la lettre d'accompagnement de dite décision, l'OAI a précisé que le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 3 février 2015 concernait un avis rendu pour le service de l'assurance perte de gain maladie du Service de l'emploi, qu'il ne contenait pas de détail ni de justification à l'estimation de la capacité de travail de l'assurée. Il relevait au surplus qu'il était antérieur aux expertises qu'il avait mandatées en 2017 et 2018, de sorte qu'il n'apportait aucun élément susceptible de douter du bien-fondé de sa position.

**B.** Par acte de son conseil du 22 février 2019, J. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 21 janvier 2019 en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015. La recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, faisant valoir notamment les contradictions entre les expertises du N. \_\_\_\_\_ et du Q. \_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 3 juin 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant au rapport d'examen du 31 août 2018 du SMR.

Par réplique du 25 juin 2019, la recourante a confirmé ses conclusions en soutenant que la position de l'intimé ne saurait être suivie dès lors qu'elle ne voit pas ce qui l'aurait empêché de demander, éventuellement une nouvelle fois, des précisions aux experts du N.\_\_\_\_\_.

### **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.** Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité.

**3. 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 (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un

marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5. a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques

assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent 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'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi 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, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît

clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

**c)** 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 (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 physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le 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 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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 (inévitable) 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**6. a)** Aux termes de la décision attaquée, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Q.\_\_\_\_\_, établi par les Drs G.\_\_\_\_\_ spécialiste en psychiatrie, K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, le 16 août 2018 pour considérer que la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1<sup>er</sup> février 2015. A titre préliminaire, on peut relever que le projet, repris par la décision querellée, retient une capacité de travail de 50 %. Il s'agit manifestement d'une erreur, ainsi que cela ressort du corps du texte.

La recourante reproche à l'intimé un défaut d'instruction en faisant valoir que les conclusions de l'expertise du Q.\_\_\_\_\_ divergent totalement de celle préalablement confiée au N.\_\_\_\_\_, ce qui serait douteux. Elle estime que l'OAI aurait dû requérir un second complément d'instruction auprès du N.\_\_\_\_\_ s'il n'était pas satisfait des réponses fournies par les experts dans leur complément d'expertise du 15 septembre 2017. Au final, considérant que l'expertise du Q.\_\_\_\_\_ n'a pas de valeur probante dès lors qu'elle est en opposition, selon la

recourante, avec les avis de ses médecins traitants qui estiment qu'elle présente une affection psychiatrique invalidante, elle requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

**b)** Ces arguments ne sont pas pertinents. Il convient, en effet, de souligner que l'expertise du N. \_\_\_\_\_ et son complément souffrent d'imprécisions et d'incohérences importantes dans le volet psychiatrique, l'expert se contentant notamment de reprendre à son compte les plaintes et les déclarations de la recourante, sans les confronter aux données anamnestiques dont il disposait pour poser un diagnostic d'épisode dépressif sévère invalidant. Il ne justifie pas non plus son diagnostic selon les critères de la CIM (ou ICD-10) et n'explique pas comment les plaintes somatiques exprimées par la recourante s'inscrivent dans son diagnostic d'épisode dépressif sévère. Interpellé directement sur ce point dans la demande de complément d'expertise, il n'a pas donné d'explications, se contentant d'affirmer que de telles plaintes existent dans la plupart des épisodes dépressifs sévères. Par ailleurs, l'expert psychiatre du N. \_\_\_\_\_ estime que la recourante est cohérente. Or elle explique ne plus rien faire chez elle en particulier les repas alors qu'elle déclare aussi oublier ses préparations culinaires sur la plaque. De même, elle se souvient des dates d'anniversaire de sa fratrie, ce qui va à l'encontre des problèmes de concentration allégués. L'expert ne relève pas ces contradictions. En outre, il fait état d'une « maladie chronique » sans indiquer ce qu'il entend par là. Au surplus, on relève une absence de consensus réel entre les experts : ils n'ont pas confronté leurs points de vue, alors qu'il ressort clairement de leurs rapports distincts qu'ils disposaient d'indications subjectives contradictoires de la recourante (on pense notamment aux circonstances de la résiliation des rapports de travail, la recourante ayant indiqué à l'expert psychiatre que son moral avait été profondément affecté par son licenciement alors que l'on sait que c'est elle qui a résilié son contrat de travail, ce qu'elle a d'ailleurs indiqué à l'expert rhumatologue).

Au vu de ces éléments, et en particulier des avis critiques bien détaillés du SMR, c'est à juste titre que l'OAI a jugé l'expertise N. \_\_\_\_\_

non probante et a mandaté une seconde expertise pluridisciplinaire auprès du Q.\_\_\_\_\_. Reste à examiner si, comme le soutient la recourante, dite expertise n'aurait elle non plus pas de valeur probante, au seul motif que ses conclusions iraient à l'encontre des avis de ses médecins traitants qui lui reconnaîtraient une affection psychiatrique invalidante.

**c)** A titre liminaire, la Cour de céans relève qu'à l'appui de sa contestation devant l'OAI dont les conclusions - comme celles de son recours - tendaient à la reconnaissance d'une incapacité totale de travail en toute activité aboutissant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015, la recourante a produit uniquement l'avis du médecin conseil du Service de l'emploi du 3 février 2015, selon lequel au vu de ce qu'avait montré l'assurée durant son examen, toute capacité de travail était irréaliste. Cette appréciation, qui ne contient aucun diagnostic et n'est nullement motivée, a été rendue dans un contexte assécurologique très différent de celui de la présente procédure de recours puisqu'il s'agissait alors, dans le cadre de l'assurance-chômage, de déterminer si la recourante était apte au placement. Aucune valeur probante ne saurait lui être reconnue dans la présente cause. Par ailleurs, la recourante ne produit aucun rapport de ses médecins traitants qui se prononceraient sur la gravité de son atteinte psychiatrique.

En résumé, il ressort de leur rapport du 16 août 2018 que les experts du Q.\_\_\_\_\_ sont parvenus à l'issue de leur consilium à la conclusion commune que la recourante présente comme diagnostics ayant une incidence sur sa capacité de travail des discopathies dégénératives modérées, cervicales et lombaires basses ainsi qu'une arthrite érosive des articulations acromio-claviculaire et comme diagnostics sans incidence sur sa capacité de travail une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), un état dépressif léger à moyen (F32.01-F32.02) ainsi qu'une hypotension artérielle connue depuis des années et traitée, de sorte que si la recourante présente une incapacité totale de travail dans son ancienne activité d'employée de fromagerie depuis novembre 2014, elle dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'effort de

soulèvement, de port de charges supérieur à 10 kilos, de piétinement, de position assise de plus d'une heure, permettant les mouvements libres de l'épaule droite mais limités à 80° d'abduction et rotation coude au corps à 10° pour l'épaule gauche ainsi que l'absence d'effort au-dessus de la ligne des épaules) depuis le 1<sup>er</sup> février 2015.

Les diagnostics retenus ont été posés conformément aux règles de l'art. Plus particulièrement, en ce qui concerne les diagnostics sur le plan psychiatrique, ils répondent aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. ATF 141 V 281 consid. 2) : ils émanent d'un spécialiste en psychiatrie et s'appuient sur les critères d'un système de classification reconnu (CIM ou ICD-10). Les experts montrent qu'ils ont tenu compte de l'ensemble du dossier médical, notamment de la précédente expertise ; les anamnèses sont détaillées par chacun des experts et la recourante a pu exprimer ses plaintes lors des différents entretiens. Les diagnostics sont motivés et leur impact sur la capacité de travail de la recourante est argumenté. Les limitations fonctionnelles, les périodes d'incapacité de travail et la capacité de travail exigible sont également soigneusement exposés par chacun des experts. Enfin, les conclusions finales résultent d'une discussion consensuelle entre les trois experts, qui ont par ailleurs indiqué les éléments médicaux qui les conduisaient à écarter l'appréciation des experts du N.\_\_\_\_\_. Il ressort de cette discussion consensuelle que le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F.68.0) est retenu au vu de l'attitude démonstrative de la recourante, laquelle s'est mise dans un rôle de victime dans le sens qu'elle estime qu'aucun médecin ou aucune assurance ne veut l'aider. L'expert psychiatre a signalé qu'il relevait des incohérences entre l'état décrit par la recourante, notamment en ce qui concerne l'importance des douleurs, l'absence d'intérêt et les troubles mnésiques avec les faits tels qu'ils ressortent de l'anamnèse, de la description du quotidien de l'assurée et de ce qu'il a ressenti durant l'entretien. Ce diagnostic, qui constitue un motif d'exclusion du droit à des prestations d'invalidité (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2) s'avère justifié si l'on se réfère aux critères retenus par le Tribunal fédéral à ce sujet, à savoir l'existence, par exemple d'une discordance entre les

douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 141 V 281 précité, consid. 2.2.1). Tel est bien le cas en l'espèce, l'expert rhumatologue signalant lui aussi que les constatations objectives ne justifient pas l'incapacité alléguée à mobiliser l'épaule gauche, le poignet, les doigts ou le rachis lombaire. A cela s'ajoute le fait que la recourante, qui, outre ses douleurs, se décrit comme très déprimée et angoissée, n'a pas sollicité de traitement psychiatrique après le refus qui lui a été opposé de pouvoir consulter ambulatoirement la psychologue qui l'avait suivie lorsqu'elle avait été hospitalisée en janvier 2015. L'expert psychiatre explique la situation actuelle en indiquant que la recourante présente des traits de personnalité dépendante (Z73.1) et que c'est sur ce substrat que s'est développée une tendance à adopter une attitude régressive, à solliciter l'aide de toute sa famille et la reconnaissance de sa « douleur ». En ce qui concerne l'état dépressif, l'expert psychiatre le qualifie de léger à moyen, chez une personne à trait de personnalité dépendante, en relevant que la recourante dispose de bons mécanismes adaptatifs dont elle a fait preuve au cours de son existence. Il écarte le diagnostic de trouble somatoforme douloureux dès lors qu'il n'a pas trouvé de sentiment de profonde détresse, comme l'exige l'ICD-10. Ces deux derniers points sont corroborés par les avis médicaux que les médecins traitants de la recourante ont formulé en 2015, qui ressortent en particulier du courrier que le Dr W.\_\_\_\_\_ a envoyé à l'assurance de protection juridique de l'assurée le 2 avril 2015, selon lequel les aspects somatoforme et dépressif étaient au final jugés relativement légers.

**d)** Au vu de l'ensemble des éléments exposés ci-dessus, il y a lieu de considérer que l'expertise du Q.\_\_\_\_\_ du 16 août 2018 a pleine valeur probante. Ceci étant, l'intimé était justifié à se fonder sur ses conclusions pour retenir que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (dont il

a donné des exemples) depuis le 1<sup>er</sup> février 2015, à procéder au calcul du degré d'invalidité tel qu'il l'a fait – calcul non critiqué par la recourante, à juste titre – et, au vu du degré d'invalidité de 5 % en résultant, de nier le droit de la recourante à une rente d'invalidité (art. 28 LAI).

**7. a)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C\_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C\_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

**b)** En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir d'ordonner une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

**8. 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<sup>bis</sup> première

phrase LAI). En l'espèce, ils doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

N'obtenant pas gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 21 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Karim Hichri, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :