

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Paul-Arthur Treyvaud,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 8 al. 1 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1, 17 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mère de trois enfants nés en 199 [...], 199 [...] et 199 [...]. Arrivée en Suisse de [...] en 1994, elle a obtenu la nationalité suisse en 2007. Elle a notamment travaillé en qualité d'ouvrière d'usine dans le domaine alimentaire de 2001 à 2008, avant de se retrouver au chômage. Elle a également occupé un poste de conciergerie depuis 2007 à un très faible taux durant quelques mois. Depuis mai 2010, elle travaille deux heures par semaine en tant que femme de ménage chez une particulière.

Le 17 juillet 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en renvoyant à l'appréciation de son neurologue traitant, le Dr N. _____, pratiquant à [...].

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr N. _____ a établi deux rapports les 29 et 30 juillet 2013, auxquels il a joint un lot de cinq rapports adressés au Dr F. _____, généraliste traitant, entre le 8 mars et le 25 juin 2013. Il ressort de ces différents rapports que le Dr N. _____, consulté par l'assurée depuis le 8 mars 2013, a posé les diagnostics de douleurs généralisées dans tout le corps et les extrémités, de polyneuropathie sensitivomotrice, de dépression réactive, de troubles mnésiques, de céphalées tensionnelles, d'hypothyroïdisme, de carence en vitamines D et en fer, d'obésité et de rosacée oculaire. Le Dr N. _____ a attesté une incapacité de travail de 100% depuis 2008 et a précisé que prévalaient au premier plan un syndrome psycho-social ainsi que la conviction par la patiente d'être malade (« Krankheits-Ueberzeugung »), celle-ci évaluant en outre sa propre capacité en tant que femme au foyer à 50%.

Le 26 août 2013, l'assurée a indiqué à l'OAI que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% comme ouvrière, par intérêt personnel.

Dans un rapport du 6 janvier 2014 au Dr F._____, le Dr N._____ a évoqué, en sus des diagnostics déjà posés, une possible vasculite des membres supérieurs.

Le 28 mai 2014, le Dr Q._____, radiologue, a procédé à une IRM lombaire, dont il est ressorti les résultats suivants :

« Discopathie L4-L5 caractérisée par des altérations de signal du disque intervertébral, par une déchirure médiane du ligament annulaire et par un petit foyer de protrusion discale en regard susceptible d'entrer en contact avec les deux racines L5 à leur émergence du sac thécal. Hypertrophie des massifs articulaires interfacettaires bilatéralement de L2-L3 à L5-S1 associée à une prise de contraste des tissus mous adjacents traduisant une surcharge biomécanique postérieure active. Pas d'argument en faveur d'atteinte inflammatoire des corps vertébraux. »

L'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, dont elle a confié la réalisation aux Drs W._____, rhumatologue, et L._____, psychiatre.

Dans un rapport du 10 octobre 2014, le Dr W._____ a posé les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique avec diminution du seuil de déclenchement à la douleur, de syndrome lombovertébral et cervico-brachialgies récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathies, et d'omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie. L'expert a fait état d'un examen clinique et d'un bilan radiologique rassurants, l'assurée ne présentant notamment pas de signe parlant en faveur d'une polyneuropathie. Le Dr W._____ a attesté une pleine capacité de travail dans la dernière activité d'ouvrière en boulangerie industrielle, de même que dans toute autre activité adaptée. Constatant que l'assurée ne présentait pas de limitations à proprement parler, il a néanmoins préconisé de favoriser les activités permettant une alternance des positions et ne nécessitant pas le port de charges de plus de 5 à 10 kg en porte-à-faux de manière répétitive. Le Dr W._____ a observé une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée, l'impotence fonctionnelle qu'elle décrivait dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle, et les constatations ressortant des examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'au jour de l'expertise. Il a relevé à cet égard

que lorsqu'il était venu la chercher, l'assurée s'était levée d'un tenant, sans signaler de douleur, qu'elle l'avait suivi dans son cabinet sans boiterie, que durant l'anamnèse, elle était restée assise 2,5 heures sans se lever ni adopter une position antalgique ; elle s'était dévêtue, rhabillée, levée et recouchée de manière fluide, en exprimant la douleur de manière modérée, était descendue et avait remonté deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse et sans s'aider de la rampe.

Dans un rapport d'expertise du 6 novembre 2014, le Dr L._____ a constaté que l'assurée présentait un tableau de douleurs ubiquitaires mal systématisables et retenu le diagnostic de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, chronique. L'expert a conclu à l'absence de comorbidité psychiatrique, relevant en particulier que l'assurée ne présentait pas de symptomatologie anxiodépressive pouvant entrer dans le cadre d'un épisode dépressif majeur de gravité légère, moyenne ou sévère. Elle n'était pas non plus affectée de trouble anxieux spécifique, ni de symptômes psychotiques, de maladie de la dépendance. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Le Dr L._____ en a conclu qu'il n'existait aucun indice suggérant une diminution de la capacité de travail pour des motifs psychiatriques, ni au moment de l'expertise, ni précédemment. Des motifs sortant du champ médical étaient par contre susceptibles d'expliquer les revendications d'un statut de malade. Le Dr L._____ a encore observé que l'assurée n'avait paru ni dolente ni limitée dans ses mouvements lors de l'examen. A son sens, les problèmes algiques semblaient surtout interférer avec des activités « désagréables » ou « astreignantes », comme le travail, et peu dans ses loisirs et sa vie sociale. Ainsi, dans les faits, l'assurée réalisait toutes ses activités quotidiennes de mère au foyer sans grande limitation. En cas de beau temps, elle se promenait un peu, malgré des douleurs qu'elle qualifiait d'intolérable ; elle allait en ville à pied, mais rentrait souvent en bus, pour éviter d'être épuisée. L'assurée était bien entourée par sa famille et sa belle-famille. Elle bénéficiait d'un environnement social et familial tout à fait favorable et était bien intégrée en Suisse, dont elle avait acquis la nationalité en 2007.

Par projet de décision du 24 avril 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, dans la mesure où l'instruction médicale avait permis d'établir qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail.

Dorénavant représentée par Me Paul-Arthur Treyvaud, l'assurée a fait valoir ses objections au projet de décision précité le 27 mai 2015.

Par courrier du 4 janvier 2016, l'assurée a annoncé à l'OAI une détérioration de son état de santé. Elle a produit un rapport du 21 décembre 2015 du Dr N._____, dont il ressortait qu'elle avait connu une nette augmentation des douleurs depuis novembre 2014, cette aggravation étant objectivée au plan neurologique par une électroneurographie des jambes apportant la preuve d'une polyneuropathie. Le Dr N._____ a également précisé que l'assurée avait bénéficié d'une infiltration de cortisone en mai 2015 en raison d'une sacro-iliite.

Dans un avis du 11 février 2016, la Dre C._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a estimé qu'en l'absence d'examen cliniques détaillés et d'éléments médicaux objectifs, le rapport du 21 décembre 2015 du Dr N._____ n'était pas suffisamment probant pour établir l'existence d'une atteinte invalidante, respectivement d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée au plan neurologique. La Dre C._____ a relevé que plusieurs diagnostics retenus par le Dr N._____ ne relevaient pas de sa spécialisation. Elle a également observé que le diagnostic de polyneuropathie posé par le neurologue traitant n'avait pas été posé dans les règles de l'art, la simulation magnétique n'étant pas une méthode scientifiquement reconnue pour préciser une atteinte organique. Les constatations du Dr N._____ au plan neurologique étaient au demeurant contredites par l'expert W._____, dont l'examen avait conclu à l'absence de signe parlant en faveur d'une

polyneuropathie. Afin de préciser la capacité résiduelle de travail compte tenu de la possible nature évolutive de l'état de santé de l'assurée au plan neurologique, la Dre C._____ a suggéré la mise en œuvre d'une expertise, que l'OAI a confiée au Dr Z._____, spécialiste en neurologie.

Pour les besoins de l'expertise, le Dr Z._____ a procédé à un examen neurologique ainsi qu'à un bilan neuropsychologique, examens qu'il a qualifiés de difficiles, l'assurée étant extrêmement plaintive et gémissante à tous les tests et dans toutes les positions. Dans son rapport du 19 octobre 2016, il a conclu à l'absence d'atteinte neurologique incapacitante, l'assurée présentant tout au plus une discrète polyneuropathie sensitive documentée sur le plan électrophysiologique, toutefois dénuée de correspondance clinique significative. L'expert a attesté une capacité de travail de 100% au plan neurologique, précisant que l'ancienne activité de l'assurée était adaptée. Il a relevé que la collaboration de l'assurée n'avait pu être obtenue que de manière intermittente, uniquement sur forte stimulation, et que son discours spontané, peu élaboré, était limité à des plaintes de douleurs, tournant en boucle, mais qu'il n'était corroboré par aucune correspondance médicale neurologique. L'état de l'assurée lui semblait être la conséquence progressive d'un tableau douloureux et comportemental sans événement spécifique déclenchant, hormis l'interruption du travail il y a une dizaine d'année suivie de deux ans de chômage.

Poursuivant l'instruction de la demande de l'assurée, l'OAI a ordonné un complément d'expertise bi-disciplinaire auprès des Drs W._____ et L._____.

Dans un rapport d'expertise du 10 juillet 2017, le Dr W._____ a confirmé les diagnostics posés dans son rapport d'expertise du 10 octobre 2014, auxquels il a ajouté celui de gonalgies bilatérales prédominant à gauche, sans risque méniscaux ou tendineux. Le Dr W._____ a estimé que ces atteintes n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail, qui restait entière du point de vue rhumatologique, sans baisse de rendement, dans l'activité antérieure, de même que dans

toute autre activité ne nécessitant pas de mouvements en porte-à-faux ni le port de charge de plus de 10 kg. L'expert a relevé qu'il n'y avait pas eu de péjoration significative et objective depuis son dernier examen en 2014. Seul le vécu douloureux, devenu chronique, s'était étendu en tache d'huile. Le Dr W._____ a encore observé une importante divergence entre les symptômes décrits, l'examen clinique et les examens paracliniques et le comportement de la personne tant lors des examens que dans ses activités professionnelles et ménagères anamnestiques.

Dans un rapport du 10 juillet 2017, le Dr L._____ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif majeur de gravité légère, avec le diagnostic différentiel de dysthymie, et de trouble à symptomatologie somatique avec douleurs prédominantes chroniques, de gravité légère (F41), estimant que ceux-ci ne portaient pas atteinte à la capacité de travail de l'assurée, qui était et avait toujours été entière dans l'activité habituelle. La situation de l'assurée ne s'était pas globalement modifiée depuis son dernier examen clinique du 26 août 2014 ; l'intéressée n'avait en particulier toujours pas bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ni d'une prescription de psychotrope et le pronostic était toujours en grande partie conditionné par des facteurs sortant du champ médical. Lors de son examen clinique, l'expert a constaté un comportement parfois un peu dramatique, centré sur la douleur, qui était en discordance avec les constatations objectives de son fonctionnement quotidien. L'assurée semblait en effet toujours pouvoir assumer toutes ses tâches domestiques. L'après-midi, elle allait parfois se promener avec son mari, dorénavant au chômage, et prendre un verre à [...]. Les plaintes somatiques survenaient dans un contexte psychosocial favorable : les rapports au sein de sa famille, à l'exception de sa fille aînée qui avait récemment appris avoir été adoptée à la naissance par son oncle et sa tante, étaient relativement bons. S'il existait de récentes tensions au sein de son couple depuis que son mari était au chômage, l'assurée était très entourée par ses enfants et elle pouvait compter sur leur soutien ainsi que celui de sa belle-famille. Elle était également capable de communiquer, de solliciter ses médecins en cas de besoin, et adhérait aux traitements proposés. Le Dr L._____ a préconisé l'introduction par le médecin généraliste d'un inhibiteur sélectif

de la recapture de la sérotonine à faible dose, pouvant augmenter le seuil de tolérance à la douleur.

L'assurée a encore été examinée par le Dr R._____, neurologue, dans le cadre d'une expertise ordonnée par l'OAI et confiée au J._____. (J._____.). Dans un rapport d'expertise du 7 mars 2018, le Dr R._____ a retenu que l'assurée ne présentait pas de pathologies d'ordre neurologique, les éléments anamnestiques et cliniques objectifs évoquant plutôt un syndrome douloureux généralisé diffus de type fibromyalgique compliqué par des troubles sensitivomoteurs atypiques (phénomènes de lâchages et troubles sensitifs), sans substrat somatique objectivable. Il a estimé que le bilan neurologique auquel il avait procédé n'avait pas fait la preuve d'une atteinte neurologique clairement documentable, la description des troubles n'évoquant notamment pas une polyneuropathie. L'expert a estimé que l'assurée disposait depuis toujours d'une capacité de travail entière dans les activités réalisées antérieurement ainsi que dans l'activité de femme au foyer, sans limitations fonctionnelles ni baisse de rendement.

Dans un avis du 17 mai 2018, la Dre C._____ s'est ralliée aux conclusions des experts W._____, L._____, Z._____ et R._____, retenant qu'elles corroboraient l'avis du SMR du 17 décembre 2014, selon lequel l'assurée disposait d'une capacité de travail entière tant dans son activité habituelle que dans toute activité adaptée, des périodes d'incapacité de travail transitoires en cas d'acutisations n'étant pas exclues.

Par décision du 5 juin 2018, l'OAI a confirmé son projet du 24 avril 2015 et rejeté la demande de rente d'invalidité et de mesures professionnelles de l'assurée, au motif que ses atteintes à la santé ne justifiaient pas une incapacité de travail de longue durée et n'étaient donc pas invalidantes. Dans un courrier du même jour, l'OAI a précisé à l'assurée que les expertises mises en œuvre à la suite de ses objections au projet de décision n'avaient pas permis d'établir un changement de son état de santé depuis l'expertise réalisée en décembre 2014.

b) Le Dr N. _____ a transmis à l'OAI un rapport du 25 juin 2018 accompagné d'une liasse de rapports antérieurs déjà en possession de l'office.

Dans un avis du 3 juillet 2018, la Dre C. _____ a estimé que le rapport du Dr N. _____ du 25 juin 2018 n'apportait aucun élément clinique objectif suffisant pour justifier une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'avis du SMR du 17 mai 2018. Elle a en particulier relevé qu'en l'absence de description du status clinique et d'investigations complémentaires, les coxalgies nouvellement invoquées par le Dr N. _____ étaient fondées sur les plaintes de l'assurée. La Dre C. _____ a en outre noté que le Dr N. _____ n'avait pas contesté les conclusions de Dr R. _____ dans le sens de l'absence d'atteinte neurologique incapacitante durable et avait au contraire mentionné une « chronicisation d'une conviction de la patiente d'être malade ».

B. Par acte du 10 juillet 2018, A. _____, toujours représentée par Me Paul-Arthur Treyvaud, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 5 juin 2018, dont elle a conclu soit à l'annulation soit à la réforme, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. A l'appui de sa contestation, la recourante a remis en cause la valeur probante des rapports d'expertises sur lesquels l'intimé avait fondé la décision litigieuse, estimant qu'ils contenaient des contradictions et procédaient d'une appréciation erronée de son état de santé ainsi que de sa capacité de travail.

Dans une réponse du 21 août 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse.

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. a) Le présent litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité.

b) Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA).

b) 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

4. 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6. a) Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations de l'assurée, l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique auprès des Drs W._____ et L._____ en 2014, suivie d'un complément d'expertise auprès des mêmes médecins en juillet 2017 afin d'actualiser les renseignements médicaux au dossier. L'office a également diligenté deux expertises neurologiques en octobre 2016 et mars 2018, respectivement confiées au Dr Z._____ et au Dr R._____. Les experts se sont déterminés de manière unanime s'agissant de l'exigibilité et ont retenu que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière tant dans son activité antérieure que dans toute autre activité adaptée, sans baisse de rendement ni réelles limitations fonctionnelles.

aa) Au plan neurologique, les Drs Z._____ et R._____ ont tous deux conclu à l'absence d'atteinte neurologique justifiant une incapacité de travail, tant dans l'activité exercée préalablement que dans celle de femme au foyer, leurs examens n'ayant en particulier pas fait la preuve d'une atteinte polyneuropathique cliniquement significative. Le Dr

Z._____ a précisé que même à prendre en considération les quelques signes électroneuromyographiques mis en avant par le Dr N._____, tout au plus pouvait-on reconnaître une polyneuropathie *a minima*, sans répercussion clinique, dont il apparaissait invraisemblable qu'elle contribue au syndrome douloureux généralisé. A son sens, l'état de l'assurée semblait être la conséquence progressive d'un tableau douloureux et comportemental sans élément spécifique déclenchant. Pour le Dr R._____ également, la description des troubles et les résultats de l'examen clinique, dominé par des douleurs insertionnelles accompagnées de phénomènes de lâchages et de troubles sensitifs atypiques, évoquaient un tableau de syndrome douloureux généralisé, de type fibromyalgie ou trouble somatoforme douloureux, et non d'une affection neurologique.

Les deux experts ont en outre relevé des conditions d'examen rendues difficiles par le comportement de l'assurée. Le Dr Z._____ a observé à cet égard une tendance significative à l'autolimitation et au manque de motivation, avec parfois des résultats liés purement au hasard et associés à un effort très nettement suboptimal, sans qu'aucun autre déficit associé n'explique ce type de résultat. Ce constat s'était également imposé dans les examens physiques lors desquels la collaboration de l'assurée n'avait pu être obtenue que par intermittence, moyennant une forte incitation. Le Dr Z._____ a encore relevé de nombreuses divergences entre les résultats des tests objectifs et le discours de l'assurée, quasiment limité à l'expression de douleurs constantes et intolérables assorties de gémissements, ledit discours, peu élaboré, tournant en boucle et l'intéressée modifiant de surcroît de façon continue son comportement personnel et relationnel. De son côté, le Dr R._____ a fait état de phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire rendant une appréciation exacte de la force impossible, sans qu'il n'acquière la conviction d'un franc déficit moteur, l'assurée ne présentant au demeurant pas de nette altération de la trophicité musculaire ni des réflexes tendineux. Le Dr R._____ a également relevé que si les épreuves de coordination avaient été normalement exécutées aux membres supérieurs, ils avaient été instables aux membres inférieurs en raison de la provocation de douleurs apparemment

intolérables ; de même, la sensibilité posturale n'avait pas pu être appréciée en raison de réponses fantaisistes ou aléatoires. Les deux experts neurologues ont également décrit une assurée démonstrative, le Dr Z._____ évoquant à ce propos une véritable mise en scène de son syndrome dès son arrivée dans la salle d'attente, où il l'avait retrouvée couchée sur le canapé, face au mur, gémissant, l'assurée étant ensuite restée extrêmement plaintive durant l'examen, avec des gémissements à tous les tests et dans toutes les positions.

bb) Au plan rhumatologique, lors de la première expertise réalisée en 2014, le Dr W._____ a conclu à un examen clinique rassurant. Il a retenu un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgiforme avec diminution du seuil de déclenchement à la douleur, un syndrome lombovertébral et cervico-brachialgies récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie et des omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie. Son examen n'avait en particulier relevé aucun signe de synovite ou de ténosynovite ; les amplitudes articulaires toutes conservées, il n'y avait pas de signe de conflit ou de tendinopathie aux épaules ; l'examen des genoux n'avait pas mis en évidence de signe méniscaux ni tendineux. Le Dr W._____ a également qualifié de rassurant le bilan radiologique effectué jusqu'au jour de l'expertise, tant au niveau cervical que lombaire. Les IRM des sacro-iliaques et de la colonne lombaire effectuées en avril 2014 n'avait pas mis en évidence de discopathie significative ni de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire telle qu'une spondylarthropathie, qui avait pu être exclue après des investigations approfondies. Une ultrasonographie des épaules pratiquée en septembre 2014 n'avait pas non plus révélé de particularité significative. L'assurée ne présentait au demeurant pas d'amyotrophie ni de troubles sensitivomoteurs. Il n'y avait pas de signe parlant en faveur d'une polyneuropathie. Ses douleurs étaient ubiquitaires, non modulées par les activités ni la prise d'antiinflammatoires. Lors de son second examen en juillet 2017, l'expert a fait le constat d'une situation essentiellement superposable à celle prévalant en 2014, l'état de l'assurée n'ayant pas connu de péjoration significative et objective. Seul le vécu douloureux,

devenu chronique, s'était étendu en tache d'huile. Tout comme les experts neurologues, le Dr W. _____ a observé une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée, les constatations ressortant des examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'au jour de l'expertise et le comportement de l'assurée tant lors des examens que dans ses activités professionnelles et ménagères anamnestiques. A l'issue de ses deux examens, l'expert W. _____ a conclu une pleine capacité de travail dans la dernière activité d'ouvrière en boulangerie industrielle, de même que dans toute autre activité adaptée, sans baisse de rendement. Il a estimé que l'intéressée ne présentait pas de limitations à proprement parler, mais, compte tenu du contexte, il a néanmoins préconisé de favoriser les activités permettant une alternance des positions et ne nécessitant pas le port de charges de plus de 5 à 10 kg en porte-à-faux de manière répétitive.

On notera également que la Dre [...], spécialiste en neurologie consultée par l'assurée en octobre et décembre 2012, avait également constaté l'absence d'atteinte rhumatologique significative, l'assurée ne présentant qu'un affaissement débutant de la voûte plantaire à gauche, sans tendinopathie ni syndrome douloureux spécifique, dans un contexte fibromyalgique. A l'instar des experts, la Dre [...] avait déjà observé une importante discordance entre les plaintes évoquées par l'intéressée et l'examen clinique, finalement très pauvre.

cc) Enfin, au plan psychiatrique, le Dr L. _____ a retenu que l'assurée présentait un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale, chronique (ou trouble à symptomatologie somatique avec douleurs prédominantes chroniques de gravité légère, selon la nouvelle terminologie de la classification DSM-V), ainsi que, dès 2017, un épisode dépressif majeur, de gravité légère, avec le diagnostic différentiel de dysthymie, les critères constitutifs d'un épisode de gravité moyenne ou sévère n'étant pas réunis. Les constatations cliniques avaient permis d'exclure toute autre atteinte d'ordre psychiatrique, telle que symptomatologies anxieuses, maladies de la dépendance ou symptômes du registre psychotique, notamment, les

plaintes de l'assurée étant essentiellement physiques. L'expert a attesté une pleine capacité de travail au plan psychiatrique, sans baisse de rendement ni limitations fonctionnelles, tant au moment de ses expertises que précédemment. Il a constaté un comportement parfois un peu dramatique, centré sur la douleur, et en discordance avec les constatations objectives de son fonctionnement au quotidien. Le Dr L._____ a en particulier relevé que l'intéressée n'avait pas paru dolente ni limitée dans ses mouvements, prenant et remettant des documents avec une gestuelle souple et harmonieuse, se déplaçant sans aucune difficulté apparente et restant assise durant tout l'entretien, sans devoir se lever ou signifier son inconfort. Il a encore évoqué l'existence de motifs non médicaux susceptibles d'expliquer les revendications par l'assurée d'un statut de malade, remarquant que les problèmes algiques de l'assurée semblaient surtout interférer avec les activités « désagréables » ou « astreignantes » comme le travail, et peu dans ses loisirs et sa vie sociale. Dans les faits, l'assurée réalisait ses activités quotidiennes de mère au foyer sans grande limitation, se chargeant notamment d'une grande partie du ménage, de la lessive, de la préparation des repas. La bonne autonomie de l'assurée dans la gestion de son foyer a également été constatée par les autres experts W._____, Z._____ et R._____, ce dernier ayant spécifiquement exclu toute limitation fonctionnelle dans les activités de femme au foyer. Le Dr L._____ a encore retenu que les plaintes somatiques intervenaient dans un contexte psychosocial favorable. L'assurée n'avait notamment jamais été sous traitement antidépresseur ni mise au bénéfice d'un suivi au plan psychiatrique. Elle entretenait des relations relativement investies avec sa famille et était très entourée par ses enfants, lesquels devenaient petit à petit autonomes et ne connaissaient pas de problèmes au plan professionnel. Elle était capable de communiquer et de solliciter ses médecins en cas de besoin et d'adhérer aux traitements proposés. Si elle rencontrait de récentes tensions de couple depuis que son mari était au chômage, de même que des difficultés relationnelles avec sa première fille adoptée par son beau-frère, elle gardait le soutien de l'ensemble de sa famille et sa belle-famille. Elle était également bien intégrée en Suisse, dont elle avait obtenu la nationalité en 2007, constat partagé par le Dr W._____ qui évoquait un

bon tissu social et des relations nourries avec sa famille et des amis. Enfin, en cas de beau temps, il lui arrivait de sortir se promener, seule ou accompagnée de son mari, et de se rendre au centre commercial pour y prendre une collation.

b) Les rapports d'expertises des Drs Z._____, R._____, W._____ et L._____ revêtent une pleine valeur probante. Les experts se sont prononcés en pleine connaissance du dossier après avoir établi une anamnèse détaillée et rassemblé les rapports des médecins consultés par la recourante, dont les nombreux rapports du Dr N._____. Ils ont pris en considération les plaintes de l'assurée avant de procéder à un examen clinique complet. Ils ont également pleinement satisfait aux exigences jurisprudentielles relatives aux expertises menées dans le cadre de troubles psychosomatiques ou psychiatriques, en procédant à une analyse systématique des différents indicateurs posés par la jurisprudence. En particulier, ils ont établi de manière convaincante l'absence d'incapacité de travail, compte tenu notamment des discordances entre, d'une part, les plaintes de la recourante, et, d'autre part, les résultats des examens cliniques ainsi que les répercussions des atteintes présentées par l'intéressée sur sa vie quotidienne, de l'absence de perte d'intégration sociale ainsi que de l'absence de comorbidité somatique ou psychiatrique notable.

c) De son côté, la recourante n'apporte aucun élément de nature à remettre sérieusement en cause les conclusions des experts.

C'est sans fondement qu'elle fait grief au Dr R._____ d'avoir retenu une exigibilité de 100% alors que les examens par IRM et la radiographie pratiqués en 2014 et 2017 avaient mis en évidence une discopathie L4-L5 caractérisée par des altérations de signal du disque intervertébral, par une déchirure du ligament et par un foyer de protusion discale en regard, susceptible d'entrer en contact avec les deux racine à leur émergence du sac thécal. Ces constats d'imagerie ne permettent pas à eux seuls d'établir une incapacité totale de travail. Ils doivent au contraire être appréciés en regard des résultats des autres investigations,

notamment d'examens cliniques, raison pour laquelle l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'expertises somatiques. Le Dr R._____ a pris en considération ces atteintes dans son évaluation et les a mises en regard des résultats des autres investigations pratiquées, notamment lors de son examen clinique, pour aboutir à la conclusion qu'elles n'altéraient pas la capacité de travail de l'assurée. Il a expressément précisé à cet égard avoir revu les IRM lombaires pratiquées en 2014 et 2017, qui mettaient en évidence une discopathie L4-L5 se compliquant d'une protrusion discale médiane, sans évidence de conflit discoradiculaire, ni rétrécissement du diamètre du canal rachidien ni autre processus intrarachidien significatif, sans qu'une évolution significative entre 2014 et 2017 puisse être constatée. A l'issue de son examen clinique, le Dr R._____ a fait état de douleurs et d'une boiterie assez démonstrative. Il a certes observé des phénomènes de lâchage étagés au testing de la force musculaire mais a précisé à cet égard qu'il n'avait pas constaté d'altération nette de la trophicité musculaire ni des réflexes tendineux, et n'avait pas, au final, acquis la conviction d'un franc déficit moteur. Ses constatations relatives à l'absence de substrat organique objectivable susceptible d'expliquer les plaintes de l'assurée corroborent celles des autres experts mandatés.

C'est également en vain que la recourante entend se prévaloir du fait que le Dr R._____ a relevé qu'elle ne paraissait pas surcharger volontairement ses plaintes. Cet élément ne suffit pas à reconnaître un caractère incapacitant aux atteintes de type fibromyalgique qu'elle présente. Les constatations probantes posées à cet égard par les Drs W._____ et L._____, en correcte application de la jurisprudence relative à de tels troubles, ont valablement exclu toute incapacité de travail à ce titre.

La recourante ne convainc pas non plus lorsqu'elle conteste les conclusions du Dr L._____ au seul motif qu'il aurait fait preuve de contradiction d'une part en posant le diagnostic d'épisode dépressif majeur de gravité légère et, d'autre part, en niant l'existence d'une incapacité de travail tout en reconnaissant qu'un état dépressif sévère est dans la règle associé à une incapacité de travail. Ces griefs sont infondés.

L'état dépressif léger et sévère auxquels se réfère le Dr L. _____ sont en fait deux sous-catégories du trouble dépressif majeur, qui peut être de degré léger, moyen ou sévère selon l'importance des symptômes présentés par le patient (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition [DSM IV]). Il n'y a ainsi pas lieu de faire un amalgame, comme semble le faire la recourante, entre la notion d'épisode dépressif « majeur », et la gravité de l'atteinte, un tel épisode dépressif pouvant indifféremment être léger, moyen ou grave. L'expert oppose justement l'hypothèse de l'épisode sévère à celle de l'épisode léger et explique à cet égard que, s'il est habituel d'associer un état dépressif sévère à une incapacité de travail, au contraire, un épisode dépressif léger reste en général sans incidence sur la capacité de travail, singulièrement dans des activités simples et répétitives ne nécessitant pas d'autres stimulations intellectuelles. Il a au demeurant expliqué qu'en l'absence d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme au vrai sens du terme et de suicidalité, il n'avait trouvé aucun argument pour un épisode dépressif majeur de gravité moyenne ou sévère. L'expert était donc tout à fait fondé, sans se contredire, à constater un trouble dépressif majeur de degré léger, et à nier, compte tenu de ses constatations cliniques et des autres renseignements dont il disposait, que l'assurée présente une incapacité de travail en raison de cette atteinte.

Enfin, les rapports du Dr N. _____, particulièrement confus tant au niveau de la forme que du fond, et dénués de véritable motivation, ne revêtent qu'une valeur probante particulièrement faible et ne permettent pas de parvenir à une solution différente que celle retenue par l'intimé. Le neurologue retient au fil de ses nombreux rapports médicaux une multitude de diagnostics, dont bon nombre ne ressortent pas de sa spécialisation. S'agissant du diagnostic de polyneuropathie, la Dre C. _____ a relevé qu'il n'avait pas été posé dans les règles de l'art, la simulation magnétique utilisée par le neurologue traitant n'étant pas une méthode scientifiquement reconnue pour préciser une atteinte organique. Le Dr N. _____ ne paraît en outre pas avoir pris de distance critique par rapport aux déclarations de sa patiente. Il atteste ainsi notamment une incapacité de travail à 100% depuis 2008, alors qu'il ne suit l'assurée que

depuis 2013. Il évoque à ce propos une incapacité de travail « sociale », avec, au premier plan un syndrome psycho-social et la conviction par la patiente d'être malade. Il n'indique cependant pas ce qu'il en est précisément de la capacité de travail au plan professionnel compte tenu du contexte médical objectif. Il adopte à première vue une position contradictoire lorsqu'il retient à la fois que sa patiente est totalement incapable de travailler et qu'une activité dans « différentes positions » peut être exigée d'elle (cf. rapport du 29 juillet 2013). Le Dr N. _____ a également repris purement et simplement l'avis de sa patiente en indiquant qu'elle évaluait sa propre capacité en tant que femme au foyer à 50%, sans apprécier lui-même la capacité de l'intéressé. En procédant de la sorte, le Dr N. _____ ne s'est pas déterminé de manière probante sur la question de la capacité de travail dans un contexte de rapport d'assurance. Le Dr R. _____ a également évoqué le caractère difficilement interprétable des rapports du Dr N. _____, contenant de nombreuses répétitions et incohérences. Il a expliqué avoir dû se distancer des conclusions du neurologue traitant dès lors que son bilan neurologique n'avait pas objectivé des plaintes ou des anomalies. De son côté, le Dr Z. _____ s'est également montré critique, en soulignant un « apparent excès d'investigations cliniques et paracliniques dans le suivi effectué à [...] ». Au vu de ces différents éléments, les rapports de Dr N. _____ ne permettent pas de mettre en doute la valeur probante des expertises au dossier.

En définitive, les appréciations des Drs W. _____, L. _____, Z. _____ et R. _____ sont convaincantes et il ne se trouve au dossier aucun élément médical objectif qui justifie de s'en écarter. L'OAI était ainsi fondé à retenir que, malgré ses atteintes à la santé, la recourante conserve une capacité de travail entière dans son activité habituelle de même que dans toute autre activité adaptée et qu'elle ne subit ainsi aucun préjudice économique susceptible de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, 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. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

d) Par décision du juge instructeur du 24 août 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 juillet 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Paul-Arthur Treyvaud. Les opérations figurant sur la liste produite par l'avocat le 14 juin 2019 étant justifiées, l'indemnité de Me Treyvaud est arrêtée à 1'017 fr. 75, débours et TVA compris.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 5 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Paul-Arthur Treyvaud, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'017 fr. 75 (mille dix-sept francs et septante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** A._____, bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC, applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :