

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 mai 2018

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Dessaux, juge, et M. Küng, assesseur  
Greffier : M. Klay

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Yero Diagne,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 LAI ; 49 al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'un diplôme d'études commerciales (voie secrétariat), a déposé le 1<sup>er</sup> juin 2012 une demande de prestations AI, datée du 29 mai 2012, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant, quant au genre de l'atteinte à la santé, souffrir de fibromyalgie, de désordre thyroïdien, de contractions musculaires permanentes, d'état inflammatoire chronique, d'état dépressif et d'insomnie. Elle a précisé que ces atteintes étaient en dégradation depuis 2007 et en aggravation depuis octobre 2009, en relation avec une opération.

Le 12 juin 2012, la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a adressé à l'OAI un rapport du 24 août 2011 par lequel elle avait posé le diagnostic de dorsalgies chroniques non spécifiques. Elle avait indiqué que l'assurée, connue pour une hypothyroïdie dans le cadre d'un status post-thyroïdectomie en 2009, présentait depuis l'adolescence des dorsalgies de caractère mécanique, en augmentation depuis 2009. Ensuite d'un examen clinique, de radiographies, d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) dorsale et d'un bilan biologique, la Dresse D.\_\_\_\_\_ avait estimé que l'intéressée présentait des dorsalgies chroniques non spécifiques dans le cadre de troubles statiques et d'un déconditionnement musculaire. Les symptômes survenaient dans un contexte plus global de probable syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie. Ce médecin avait ajouté que, sur le plan thérapeutique, l'assurée était peu soulagée par un traitement d'anti-inflammatoires non stéroïdien (AINS) et de myorelaxants, de sorte qu'elle lui avait proposé de faire un essai avec un antidépresseur tricyclique afin d'augmenter le seuil de douleur et d'améliorer la qualité du sommeil.

Par rapport du 4 juillet 2012, le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant depuis 2006, a posé les diagnostics avec

effet sur la capacité de travail de troubles anxieux chroniques, de problème de concentration, de dépression, de contraction musculaire de l'omoplate droite et de lombalgie.

Par rapport du 17 juillet 2012, la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a posé les diagnostics de « Myalgic Encephalomyelitis ICD10 G3.3 » et de « Central sensitivy syndrome ».

Par rapport du 15 juillet 2013, la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante depuis janvier 2013, a indiqué que l'assurée présentait quelques éléments dépressifs liés à ses douleurs, un abattement ainsi que des pensées négatives. Sur le plan psychiatrique, elle pensait cependant que l'incapacité de l'intéressée était plutôt liée à son rapport à la réalité et à un trouble de la personnalité. Elle a requis de l'OAI la mise en œuvre d'un bilan psychologique.

Une expertise psychiatrique a été mise en œuvre par l'OAI auprès de la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en pathologie et en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné l'assurée le 11 novembre 2013. Dans son rapport d'expertise du 21 novembre 2013, ce médecin n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, retenant sans effet sur celle-ci le diagnostic de fibromyalgie selon données cliniques et de souffrance psychique, ressentie d'une manière secondaire aux sentiments douloureux. La Dresse C.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué ce qui suit (sic) :

« [...] »

### **1. ANAMNESE**

[...]

#### **Vie quotidienne**

L'assurée vit seule dans un appartement locatif sis à Lausanne ; son revenu est constitué par l'aide sociale.

Le matin, elle se lève aux environs de 10h ; elle déjeune et prend soin de sa toilette. Durant la matinée, l'intéressée profite de se rendre à ses rendez-vous à pied. De retour chez elle, elle se couche une heure pour se reposer, avant de cuisiner le repas de midi qu'elle

prend seule. L'après-midi, l'intéressée regarde la TV, appréciant les séries, les films et les documentaires. Elle n'allume pas la radio et n'écoute de la musique que lorsqu'elle sort ou le soir. Sur son ordinateur, elle échange des E-mails avec ses connaissances et vaque sur Internet, s'intéressant aux domaines de la santé et de la cuisine. L'assurée apprécie de lire, des magazines et des livres, essentiellement le soir. En fin de journée, l'expertisée cuisine un repas qu'elle prend seule. Elle ne parvient presque plus à se rendre au restaurant en raison de ses restrictions alimentaires. La soirée est passée à regarder la TV ; l'intéressée se couche aux environs de 23h.

Les week-ends sont occupés aux mêmes activités que les jours de la semaine.

Quant aux loisirs, Madame B. \_\_\_\_\_ se rend volontiers au cinéma, particulièrement lorsqu'elle rencontre quelqu'un pour l'y accompagner. Elle assume seule ses travaux du ménage et de la lessive, repassant lorsque nécessaire.

Quant aux activités sportives, Madame B. \_\_\_\_\_ prend des cours de danse orientale et de gymnastique pour le dos. Elle apprécie de marcher dans la nature. Elle n'a pas de hobby.

L'expertisée dit souffrir du caractère retiré de sa vie sociale : elle voit occasionnellement des amies dans des établissements publics ou pour se rendre au cinéma, rencontre ses compagnes aux cours de danse et de gymnastique, a des rendez-vous mensuels avec son assistante sociale et bi-mensuels avec sa psychologue, alors que les contacts avec les membres de sa famille sont limités aux fêtes. Quelques téléphones sont échangés avec des proches. L'expertisée n'a pas de vie associative et elle ne possède pas d'animaux.

Le dernier voyage a eu lieu en juin 2007 au Nord de l'Italie, en voiture. Il s'est bien passé, malgré que l'intéressée ait désiré marcher en montagne alors qu'il y avait encore de la neige.

[...]

## **5. APPRECIATION DU CAS**

Il s'agit d'une assurée âgée de [...] ans, née à [...], aînée d'une fratrie de trois enfants. Détentrice d'un diplôme d'employée de commerce en voie de secrétariat acquis après deux ans de formation en [...], elle mène un parcours professionnel essentiellement dans ses qualifications, exerçant principalement des mandats temporaires, qui alternent avec des périodes de chômage. Dans son dernier poste, elle a occupé une fonction de secrétaire à [...] à un taux de 80%, entre un engagement le 1<sup>er</sup> avril 2002 et un licenciement au 30 septembre 2008.

Sur le plan familial, l'anamnèse est grevée d'une notion de consommation d'alcool de la part de plusieurs membres masculins de la famille, alors que l'un des frères fumerait du cannabis et aurait tendance à s'isoler socialement. Un cousin paternel souffrirait de retard mental, identifié suite à une chute.

Sur le plan personnel, l'intéressée dit avoir mené une enfance difficile, n'étant satisfaite ni de ses parents, ni de son identité sexuelle. Il n'y a pas d'antécédent de traumatisme ni de maltraitance.

Divorcée, Madame B. \_\_\_\_\_ n'a pas d'enfant.

À l'examen de ce jour, il s'agit d'une femme orientée et collaborante, munie de bonnes capacités intellectuelles. Son discours, abondant, est centré sur les symptômes annoncés, d'une manière redondante et plaintive. Les capacités d'introspection sont restreintes chez cette femme qui s'estime beaucoup, avec des capacités d'empathie limitées. La recherche des signes dépressifs, au sens des classifications internationales, met en évidence quelques signes de souffrance mis en corrélation avec les plaintes douloureuses, insuffisants pour poser un diagnostic de dépression. Il n'y a pas d'autre signe d'atteinte psychiatrique à la santé qui pourrait porter préjudice à l'exigibilité professionnelle. Le tableau observé correspond au profil de fibromyalgie annoncé par les médecins spécialistes.

Face à ce diagnostic de fibromyalgie, il y a lieu d'observer les critères jurisprudentiels de gravité: l'expertisée n'a pas de comorbidité psychiatrique à caractère incapacitant. Les affections corporelles chroniques ne mettent pas en évidence, selon les rapports médicaux reçus, d'atteinte somatique pouvant justifier médicalement une incapacité de travail au long cours. Le processus maladif est décrit comme présent depuis l'adolescence, avec des signes de rémission annoncés depuis la mise en place d'un régime alimentaire strict. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, bien que les liens sociaux soient limités et que l'intéressée dise en souffrir. Le processus défectueux de résolution de conflit n'a pas été précisément établi, mais l'intéressée a annoncé se sentir à même d'exercer une activité professionnelle, par exemple à mi-temps les matins, tout en déplorant le fait qu'elle en perdrait une partie des prestations de l'aide sociale. Les traitements conformes aux règles de l'art semblent avoir été prescrits, sans clairement de notion d'échec puisqu'une amélioration est reconnue. Il n'y a pas de signe de non-coopération.

En conséquence, l'examen de ce jour ne met pas en évidence de comorbidité psychiatrique à la notion de fibromyalgie relevée dans les documents médicaux spécialisés.

Quant aux propositions thérapeutiques, au vu des douleurs annoncées et de la souffrance psychique secondaire alléguée, la mise en place d'un traitement antidépresseur à visée sérotoninergique et noradrénergique pourrait être à nouveau tenté, par exemple par la prise de Saroten® Retard à faibles doses (que l'intéressée pense ne jamais avoir pris).

Quant au pronostic, celui-ci est excellent sur le plan strictement psychiatrique ; la reprise d'une activité professionnelle dépendra de facteurs non médicaux.

Face à ces observations et avec l'autorisation de l'assurée, contact téléphonique a été pris avec la Dresse W. \_\_\_\_\_. Dans un aimable

entretien, cette psychiatre traitante a pris note des conclusions de cet examen.

## **QUANT AU POSITIONNEMENT FACE AUX RAPPORTS MEDICAUX ADRESSES :**

- Le rapport médical signé le 4 juillet 2012 par le médecin traitant, le Dr E. \_\_\_\_\_ met en évidence des diagnostics de troubles anxieux chroniques, de problèmes de concentration et de lombalgies chroniques. Il est possible que certains troubles anxieux ainsi que quelques problèmes de concentration soient présents d'une manière fluctuante, mais l'impact de ceux-ci ne justifie pas une incapacité de travail durable sur le plan psychiatrique.
- Face au rapport médical signé le 24 août 2011 par la Dresse D. \_\_\_\_\_, qui mentionne des dorsalgies chroniques non spécifiques dans le cadre de troubles statiques et d'un déconditionnement musculaire dans un contexte plus global de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, l'examen de ce jour s'accorde intégralement à cette observation.
- Quant aux trois rapports médicaux signés par la Dresse L. \_\_\_\_\_, le diagnostic posé de fibromyalgie adhère à l'appréciation de ce jour. Les diagnostics de syndrome de fatigue chronique, de « myalgic encephalomyelitis » et de « central sensitivity syndrome » étant apparentés au diagnostic de fibromyalgie, ils sont soumis à la même évaluation des critères jurisprudentiels de gravité.

## **QUANT AUX REPONSES AUX QUESTIONS POSEES DANS VOTRE DEMANDE D'EXPERTISE DU 28 AOUT 2013 :**

### **A. QUESTIONS CLINIQUES**

Cf. rapport d'expertise ci-dessus.

### **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL**

#### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés :**

##### ***Sur le plan physique***

Cf. rapports des médecins spécialistes.

##### ***Sur le plan psychique et mental***

Aucune limitation.

##### ***Sur le plan social***

Pas de limitation.

#### **2. influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :**

##### ***2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?***

Nullement sur le plan psychiatrique.

##### ***2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?***

Entière dans toute activité sur le plan psychiatrique.

##### ***2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui dans quelle mesure (heures par jour) ?***

Sur le plan strictement psychiatrique, oui ; à plein temps, par exemple 8h par jour.

##### ***2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?***

Non sur le plan psychiatrique.

**2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**

L'expertisée n'a plus exercé d'activité professionnelle lucrative depuis son dernier licenciement au 30 septembre 2008. Cette inactivité professionnelle n'est pas motivée par une atteinte psychiatrique à la santé.

**2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

Aucune atteinte psychiatrique à la santé à caractère incapacitant n'est apparue depuis lors ; l'exigibilité professionnelle est donc restée entière sur le plan psychiatrique.

**3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Oui totalement.

**C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

**1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?**

Oui ; au cas où son activité habituelle ne serait pas adaptée aux limitations somatiques, l'expertisée a la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, de s'intégrer dans le tissu social et de mobiliser des ressources existantes dans le cadre de mesures de réadaptation professionnelle.

**2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

Non puisqu'elle est entière dans toute activité sur le plan psychiatrique.

**3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?**

Oui

**3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?**

Aucun critère psychiatrique particulier n'est à satisfaire quant au lieu de travail.

**3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par exemple heures par jour) ?**

À plein temps, par exemple 8 heures par jour.

**3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?**

Non sur le plan psychiatrique.

**3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?**

Sur le plan psychiatrique depuis toujours, comme l'exercice de l'activité habituelle.

**3.5 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?**

Sans objet.

**D. REMARQUES :**

Nihil. »

Par rapport du 6 décembre 2013 à l'OAI, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fibromyalgie et de dysthymie. Au titre des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes dans le cadre de l'activité exercée, elle a estimé que l'assurée présentait une faible capacité à faire face au stress, une fatigue et des problèmes de concentration et d'adaptation. Elle a ajouté que ces restrictions se manifestaient au travail par un stress important, par des problèmes d'organisation et, parfois, relationnels et par le fait que l'intéressée pouvait se montrer agressive. L'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis 2008 dans l'activité exercée

Une expertise rhumatologique a été mise en œuvre par l'OAI auprès du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, qui a examiné l'assurée le 3 avril 2014. Dans son rapport d'expertise du 8 avril 2014, ce médecin a notamment relevé ce qui suit :

« [...]

## **A QUESTIONS CLINIQUES**

### **1. ANAMNESE**

[...]

#### **Activité de la vie quotidienne :**

L'assurée est capable, de manière autonome, d'aller aux toilettes, d'effectuer ses soins corporels, de s'habiller, de prendre un bus, de marcher ou de conduire pendant 1heure, de lacer ses chaussures, de porter des charges de plus de 1kg, de marcher pendant 60 minutes, de rester assise pendant ¼ heure, de faire les repas, de passer l'aspirateur, de prendre [sic] la poussière, de nettoyer les vitres et d'effectuer les commissions légères.

*Estimation de l'activité ménagère : 100%.*

[...]

### **4. DIAGNOSTICS**

#### **4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :**

- **Cervico-brachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire**
  - **discopathie C6-C7.**

#### **4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :**

- **Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent**
  - **diminution du seuil de tolérance à la douleur**
- **Lombopyalgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire**
  - **absence de discopathie significative**
- **Insuffisance pondérale (BMI [body mass index] : 17kg/m<sup>2</sup>)**
- **Omalgies bilatérales sans signes de conflit ou de tendinopathie.**

### **APPRECIATION DU CAS**

Nous sommes confrontés à une assurée de [...] ans, d'origine [...] ayant une formation professionnelle d'employée de commerce, ayant travaillé comme secrétaire jusqu'en 2008, date de son arrêt de travail prolongé. Elle est divorcée, n'a pas d'enfant et vit actuellement seule.

**Du point de vue médical**, elle est connue pour une thyroïdectomie en 2009, actuellement substituée. Elle signale depuis son enfance, des contractures musculaires de la région cervicale, qui s'exacerbent sans facteur traumatique déclenchant en 1979 puis en 2009 suite à l'opération. Actuellement, elle se plaint de cervicobrachialgies et de pygalgies G [gauche] d'allure mécanique, entraînant à ses dires, une impotence fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle. Un traitement physiothérapeutique n'apporte que partiellement un effet positif.

**Lors de l'examen de ce jour**, on met en évidence un syndrome cervicobrachial sans signe radiculaire irritatif déficitaire, cependant l'examen frappe par la présence de douleurs poly et périarticulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

**Du point de vue paraclinique**, le bilan radiographique de ce jour met en évidence une discopathie C5-C6 avec légère diminution du trou de conjugaison à ce niveau. Au niveau lombaire, il n'y a pas de discopathie significative.

**Du point de vue thérapeutique**, l'assurée devrait continuer à bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique sous forme de mobilisation et d'étirements des différents groupes musculaires de la région cervicale. Une médication antalgique et myorelaxante pourrait être introduite de même qu'une médication de type tricyclique dans le but de rehausser le seuil de déclenchement à la douleur. Il n'y a, à mon avis, pas d'indication à procéder à une infiltration en l'absence de signe radiculaire.

**Concernant son exigibilité**, dans son activité antérieure d'employée de bureau, estimant qu'elle devait avoir des positions [sic] la colonne cervicale immobile devant un écran de manière prolongée, sa capacité de travail peut être estimée à 90%.

Dans une activité adaptée, en alternant les positions assises ou debout et surtout lui permettant de bouger la nuque, sa capacité de travail est totale.

Cette appréciation s'apparente à celle de la Dresse D. \_\_\_\_\_ qui décrit la même symptomatologie et le même diagnostic, elle s'en différencie de celle de la Dresse L. \_\_\_\_\_ qui décrit une incapacité de travail résiduelle en raison des douleurs. A mon avis, le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout de l'impotence fonctionnelle qui en découlerait. Les limitations fonctionnelles sont partiellement respectées dans son ancienne activité.

Elle présente certes une insuffisance pondérale mais qui ne l'a cependant pas empêché d'avoir une activité professionnelle jusqu'en 2008. Il n'y a pas de trouble sensitivomoteur, elle est capable de rester assise durant l'entretien sans opter de position antalgique, elle se meut, s'habille et descend 2 étages d'escaliers sans allégation douloureuse.

## **REPONSES AUX QUESTIONS**

### **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

#### ***1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés.***

*Du point de vue qualitatif :*

L'assurée présente une limitation concernant les positions de la nuque immobile devant un écran.

*Du point de vue quantitatif :*

Sa capacité de travail, dans son ancienne activité d'employée de bureau devant un écran, est estimée à 90%.

#### ***2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :***

##### **2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?**

L'assurée stoppe son activité professionnelle et émarge à l'assurance sociale depuis 2008. Cependant, une reprise d'une activité professionnelle aurait raisonnablement pu être exigée.

##### **2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?**

Cf. B1.

##### **2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?**

Oui.

##### **2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?**

Non.

##### **2.5 Depuis quand au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?**

En décembre 2008, soit 6 mois après l'arrêt de travail prolongé, sa capacité de travail aurait raisonnablement pu être exigée.

## **2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

L'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle estimant que l'ampleur de la symptomatologie ne lui permettait pas de reprendre une activité.

## **C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

### **1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?**

Sa formation professionnelle lui permettrait de trouver un poste adapté, à savoir une alternance de positions en flexion-extension et en rotation de la nuque.

Une intelligence normale et la bonne maîtrise du français ainsi que son âge constituent des facteurs de bon pronostic.

La diminution du seuil de déclenchement à la douleur constitue un facteur de mauvais pronostic.

### **2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

#### **2.1 Si oui par quelles mesures ?**

Oui, [sic] lui proposant une alternance des positions assises ou debout et surtout de mobiliser la nuque de manière régulière.

#### **2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?**

Bonne.

### **3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?**

#### **3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?**

Tel que décrit dans l'appréciation du cas, en évitant les positions immobiles de la nuque devant un écran de manière prolongée.

#### **3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?**

A 100%.

#### **3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?**

Dans une activité professionnelle adaptée, du point de vue rhumatologique, l'assurée ne devrait pas présenter de diminution de rendement. »

Par rapport du 10 avril 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome de fatigue chronique, de lombalgies, de « Central sensitivy syndrome », de dépression, de trouble anxieux chronique et de problème de concentration. Il a précisé qu'un épuisement physique et psychique avait une influence sur la capacité de travail de l'assurée, étant précisé qu'il fallait « juste bien évaluer l'activité professionnelle afin d'éviter les répercussions possibles (physique et/ou psychique) ».

Par rapport du 12 janvier 2015 à l'OAI, la Dresse N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante depuis mars 2014, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble bipolaire type 1, de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'anorexie atypique, existant depuis longtemps de façon insidieuse. Elle a apprécié le cas de l'assurée de la manière suivante :

« [...]

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

[...]

Depuis de nombreuses années madame B. \_\_\_\_\_ souffre de troubles du comportement qui ont été attribués à un mauvais caractère car trop discrets pour évoquer une pathologie psychiatrique franche. Cependant son comportement a toujours été cause de perturbations professionnelles et de perturbations relationnelles avec les collègues, sans qu'il soit possible de comprendre ce qui lui arrivait. Elle avait de brusques accès de colère incontrôlables, d'irritabilité, hyper sensibilité au bruit et à la présence des autres. Une hyperréactivité générale. Très tendue et anxieuse, de longues périodes, elle souffrait de troubles du sommeil avec des épisodes d'agrypnie. Peu à peu se sont installées des douleurs chroniques multifocales, je pense en rapport avec les tensions et le manque de sommeil. Elle souffrait aussi de troubles de la concentration qui augmentaient son intolérance à être dérangée au travail. Ainsi elle a été renvoyée de nombreux emplois. Ces troubles évoquent pour moi une pathologie de type manie chronique.

Le problème est qu'avec son intelligence, qui semble de très bon niveau, elle a toujours pu faire face. A [...] ans, en 2008, les premiers signes ménopausiques associés à la symptomatologie d'un goitre thyroïdien ont participé à l'aggravation de ses troubles du comportement au travail (crises de colère non maîtrisable, irritabilité majeure). Elle a perdu son emploi suite à un renvoi et depuis est dans l'incapacité de se réinsérer professionnellement et ce qui est plus socialement. Elle fait la tournée des médecins pour essayer de s'en sortir car elle aime être occupée et travailler. Elle veut à tout prix guérir.

#### Constat médical

Au premier abord, il semble qu'on ait à faire à une femme très immature, et son comportement est vite agaçant car elle fuit systématiquement les précisions qu'on tente d'obtenir d'elle. C'est là qu'il faut faire attention. En effet, Madame B. \_\_\_\_\_ est très habituée à masquer ses troubles par cette attitude agaçante. Pour de nombreuses personnes, mieux vaut être perçue agaçante que malade psychiatrique. J'ai mis longtemps à me faire une idée de la souffrance qui habite Madame B. \_\_\_\_\_.

Quand elle est en présence d'un interlocuteur, elle peut tout à fait se concentrer et garder le focus et cela trompe.

En fait, seule, elle est envahie par une agitation mentale et des pensées obsédantes qui l'empêchent de se concentrer. Sa pensée se désorganise et elle n'arrive pas à effectuer ses tâches ménagères.

Elle arrive aux consultations le plus souvent d'humeur joviale, semble-t-il. En réalité elle est très agitée et excitée, sa pensée est désorganisée. Par moments, elle traverse de courtes périodes dépressives.

Elle décrit une absence de sommeil chronique : un examen par le centre du sommeil du [...] a été demandé.

Maigreur importante.

Elle oscille assez rapidement entre dépression et manie. Les états maniaques ne sont pas si forts qu'ils la conduisent à l'hôpital mais sont suffisamment handicapants pour l'empêcher de structurer sa journée seule et d'effectuer des tâches de base. Ces états l'empêchent de dormir et se manifestent par une grande irritabilité et donc un retrait social.

Un essai thérapeutique avec du Zyprexa a été très mal toléré.

Y-a-t-il une grande méfiance à l'égard des médicaments ?

#### Pronostic

Je vois mal une réinsertion professionnelle possible même si c'est ce que la patiente souhaite. Il faudrait pouvoir d'abord trouver une thérapie pour les troubles psychiatriques. »

La Dresse N. \_\_\_\_\_ a ajouté que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans une activité d'employée de commerce depuis son renvoi de son précédent emploi en 2008. Elle a indiqué que l'intéressée pourrait reprendre une activité adaptée dans une structure peu exigeante et peu stressante et qu'il serait même favorable que celle-ci puisse exercer un peu son métier, soit quelques heures par jour pour un taux de l'ordre de 30 % au début, dans la mesure où elle devrait tout réapprendre.

Par avis médical du 26 janvier 2015, le Dr S. \_\_\_\_\_ du Service médical régional assurance-invalidité (ci-après : SMR) a relevé, concernant le rapport de la Dresse N. \_\_\_\_\_, d'une part, que l'atteinte à la santé et les diagnostics retenus n'étaient que très partiellement décrits

et, d'autre part, que la thérapeute n'avait décrit aucune aggravation de l'état de santé. Il a dès lors considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'expertise psychiatrique détaillée et convaincante de la Dresse C.\_\_\_\_\_ et qu'il en découlait qu'une nouvelle expertise n'était pas nécessaire.

Par projet de décision du 11 février 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il a indiqué qu'il ressortait du rapport d'expertise psychiatrique mise en œuvre que l'intéressée ne présentait pas d'incapacité de travail pour des raisons d'ordre psychiatrique. Il résultait en outre du rapport d'expertise rhumatologique que l'assurée disposait d'une capacité de travail exigible de 90 % dans son activité habituelle de secrétaire, ceci en lien avec une limitation dans le maintien de positions statiques de la nuque devant un ordinateur qui justifiait une incapacité de travail de 10 %. En revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance des positions assise et debout, mobilisation régulière de la nuque), sa capacité de travail et de gain avait été estimée à 100 %. Compte tenu de ces éléments, un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente d'invalidité, ni droit à des mesures de réadaptation.

L'assurée, désormais représentée par Me Yero Diagne, a fait part le 11 mars 2015 de son désaccord avec le projet de décision, faisant valoir que le rapport de la Dresse N.\_\_\_\_\_ du 12 janvier 2015, ainsi que son rapport complémentaire du 7 mars 2015 qu'elle a produit avec ses observations, devaient conduire l'OAI à mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. Selon le rapport du 7 mars 2015 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, l'assurée souffrait d'un trouble bipolaire de type II présent depuis l'enfance. Ce médecin a décrit des idéations suicidaires récurrentes depuis l'enfance, des phases dépressives marquées avec notamment des troubles du sommeil, une apathie, une anhédonie, une démotivation, une perte d'estime de soi, un ralentissement idéomoteur et une perte de concentration. Ces phases étaient majoritaires en vieillissant mais alternaient avec des phases hypomaniaques avec notamment une

hyper excitabilité, une euphorie, une agitation motrice et une impression d'un cerveau qui tourne à fond.

Par avis médical du 23 mars 2015, la Dresse K. \_\_\_\_\_ et le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR ont estimé que le rapport de la Dresse N. \_\_\_\_\_ du 7 mars 2015 était bien documenté et décrivait une situation psychiatrique bien différente de celle de l'expertise de 2013. Ces médecins ont indiqué que, devant une telle divergence d'avis entre deux spécialistes, ils ne pouvaient pas prendre parti, si bien que l'instruction devait être reprise avec la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Ils ont ajouté que l'expert devrait déterminer le diagnostic psychiatrique incapacitant, s'il existait, et se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité de secrétaire et dans une activité adaptée, depuis quelles dates et avec quelles limitations fonctionnelles, ainsi que sur l'aptitude à des mesures d'orientation professionnelle.

L'OAI a mis en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique auprès de la Dresse M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 17 août 2016, elle a notamment indiqué ce qui suit :

« Suite à votre mandat du 23.11.2015, je vous fais parvenir mon rapport d'expertise psychiatrique de la personne précitée. Mon travail se base sur :

- L'examen de l'expertisée en date du 11.04, 19.04 et 09.05.2016.

Les extraits du dossier que vous avez choisi de m'adresser avec notamment :

- L'expertise médicale du Dr T. \_\_\_\_\_ (FMH rhumatologie-médecine interne) du 08.04.2014
- L'expertise médicale de la Dre C. \_\_\_\_\_ (FMH psychiatrie-psychothérapie) du 21.11.2013
- Le rapport médical de la Dre N. \_\_\_\_\_ (FMH psychiatrie-psychothérapie) du 12.01.2015 ainsi que le rapport médical complémentaire du 07.03.2015

[...]

## **I. Contexte social**

[...]

### **Déroulement d'une journée type**

L'expertisée vit seule dans un appartement de 2 pièces et demi à Lausanne, appartement qu'elle occupe depuis environ 30 ans. En raison d'insomnies qu'elle décrit parfois comme totales, elle ne parvient pas à sortir du lit avant midi. Elle prépare ses repas sans beaucoup d'entrain, en tenant compte de diverses restrictions alimentaires (sans gluten, sans lactose et sans sucre) conseillées par divers intervenants dans le but de soulager ses douleurs. Elle sort essentiellement pour faire ses courses, et se plaint de ne plus avoir les moyens financiers pour les quelques activités qui étaient encore source de plaisir. Les douleurs souvent invalidantes ne lui permettent pas non plus de participer à des activités physiques ce que l'intéressée regrette. Elle regarde la télévision et consulte internet. Elle sort rarement, une à deux fois par mois avec les quelques amis qui lui restent. Lorsqu'elle sort, elle apprécie d'aller au restaurant. Elle voit sa famille deux à trois fois par an.

## **II. Atteinte à la santé**

[...]

### **Status psychiatrique**

L'assurée se présente à chaque rendez-vous de manière ponctuelle, la tenue est correcte, elle est légèrement maquillée, habillée d'une tenue sombre légèrement rehaussée de touches fleuries et elle paraît maigre. Le contact est bon. Les propos sont d'abord méfiants et dénigrants avant de s'assouplir au cours des entretiens. L'activité motrice est sans particularité et il n'y a pas notamment de gestes ou des postures anti-algiques.

L'expertisée s'exprime dans un bon français, le débit et le volume du discours sont sans particularité et ne sont pas modifiés par la durée de l'entretien. Le discours est cohérent avec souvent des réponses circonstanciées. Le contenu du discours est centré sur des préoccupations anxieuses et douloureuses. L'expertisée souhaite disposer de suffisamment de temps pour exposer les détails de son parcours de santé et l'évolution de ses douleurs. Elle peut cependant se montrer souriante et aborder certains thèmes de manière légère. L'expertisée est correctement orientée [sic] ne souffre pas de trouble mnésique. Elle se plaint de troubles de la concentration et de fatigue, que nous n'avons pas observés lors des entretiens. Nous n'avons pas objectivé de trouble perceptif ou d'autre symptôme psychotique.

Lors des entretiens la tonalité affective est globalement neutre avec parfois une labilité émotionnelle. L'expertisée rapporte avoir la plupart du temps une thymie abaissée et ceci depuis l'adolescence. L'expertisée peut également décrire des périodes de pertes d'intérêts sans anhédonie. Il apparaît que les phénomènes douloureux influencent négativement son humeur. Lorsque les douleurs sont importantes elle décrit un repli sur soi et l'émergence d'idées suicidaires. Ces idées déjà présentes lors de l'enfance prennent la forme de différents scénarii : précipitation ou prises médicamenteuses. La vision de l'avenir est alors sombre avec une perte d'espoir.

Au décours de ces phases de thymie abaissée souvent très longue (plusieurs semaines voire mois), l'expertisée relate des moments de bonne humeur des périodes « soleil », avec même un sentiment de bien-être, une reprise des activités sociales (repas au restaurant avec ses amis) et un intérêt pour des rencontres sentimentales. Ces épisodes correspondent plus à un « retour à la normale », à une euthymie et ne peuvent être qualifiés d'épisodes hypomanes encore moins d'épisodes maniaques.

Par ailleurs, l'expertisée insiste sur des achats qu'elle qualifie de compulsifs. L'expertisée nous décrit des périodes où elle achète de grandes quantités d'accessoires comme des vernis à ongles. Elle rajoute qu'elle les collectionne et qu'elle en a acquis bien plus qu'elle pourrait en utiliser. Ses achats en grand nombre n'ont pas entraîné de conséquences financières préjudiciables pour l'expertisée. Ils semblent essentiellement avoir vocation à remplir un sentiment envahissant de vide.

Au niveau alimentaire nous notons une tendance à la restriction. Le sommeil est marqué par des difficultés importantes d'endormissement avec parfois des insomnies totales. Sur le plan de la sexualité, l'expertisée décrit une baisse de la libido.

L'inscription temporelle et l'intensité de ces différents symptômes thymiques ne permettent pas de diagnostiquer un épisode dépressif.

Nous notons chez l'expertisée une sensibilité excessive aux échecs, un sentiment important de préjudice et une tendance rancunière. Elle présente également un sens tenace et combatif de ses droits légitimes. Nous notons également une faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de déclenchement de l'agressivité, avec des réactions coléreuses à stimulations mineures ; ce qui semble avoir impacté ses relations professionnelles et personnelles. L'expertisée dit avoir souvent des idées hétéro-agressives qu'elle ne met pas forcément en acte. Ces derniers éléments sont en faveur de l'existence, chez l'expertisée, de traits de personnalité paranoïaque. Il existe également un sentiment envahissant et chronique de vide et une angoisse importante qui peut parfois s'exprimer de manière paroxystique et qui s'accompagne d'un sentiment de désespoir et d'impuissance. Nous notons également la tendance de l'expertisée par le passé de s'investir dans des relations instables et intenses. L'expertisée se retrouve actuellement essentiellement seule avec un isolement important, source de difficultés. Ces états qui perturbent l'expertisée ne présentent pas, au vu de notre examen, toutes les caractéristiques du trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, mais lui empruntent des traits. Ces différents éléments nous amènent à considérer l'existence de troubles de la personnalité de type mixte (F61 selon la CIM 10 [Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) ; 10<sup>e</sup> édition]).

### **III. Diagnostics**

Sur le plan psychiatrique, nous retenons une dysthymie (F34.0 selon la CIM 10) en raison de l'abaissement chronique de l'humeur

survenue avant le début de l'âge adulte et de l'absence de tous les critères requis pour un épisode dépressif caractérisé. Les critères pour un trouble bipolaire de type I ou II ne sont pas réunis. Un diagnostic de trouble de la personnalité mixte (F61 selon la CIM 10) pourrait également être retenu et mériterait d'être confirmé.

Non traitées, ces pathologies peuvent sur le long terme impacter la capacité de travail, la mise en place d'un traitement psychothérapeutique et/ou pharmacologique adéquat, en plus du suivi psychiatrique, devrait permettre une récupération de la capacité de travail à 100%, même si le rendement pourrait dans un premier temps être affecté.

Sur le plan physique, se reporter aux rapports des médecins des spécialités somatiques.

#### **IV. Traitement et réadaptation**

Le suivi actuel avec la Dresse N. \_\_\_\_\_ est régulier ce qui est positif. L'expertisée mentionne avoir déjà effectué un « travail important » sur elle-même, mais n'a pour l'instant jamais bénéficié d'une psychothérapie de durée suffisante ciblée sur les symptômes dépressifs et/ou les traits de personnalité qu'elle présente. La chronicisation des symptômes dépressifs et la longue période sans suivi psychiatrique est en revanche un facteur de mauvais pronostic.

Concernant le traitement pharmacologique, il convient toutefois de rappeler que les effets secondaires inhérents aux antidépresseurs de dernières générations sont plus importants lors des deux premières semaines et qu'idéalement il faudrait attendre trois semaines avant de se prononcer sur l'efficacité et la tolérance globale du traitement.

Dans la situation de l'expertisée, une psychothérapie ad hoc dont la fréquence devrait être discutée avec le thérapeute mais de toute manière soutenue ; semble être la meilleure option thérapeutique. Cette psychothérapie pourrait être d'inspiration psychodynamique ou une psychothérapie dialectique (ciblant la gestion des émotions, la tolérance au stress et les relations interpersonnelles) ou tout autre type de psychothérapie reconnue pour la prise en charge des symptômes dépressifs et des éléments relationnels des troubles de la personnalité. L'absence de dépendance associée est un facteur de bon pronostic.

A noter que la participation à une activité régulière professionnelle ou non, est à recommander, pour favoriser le rétablissement.

#### **V. Cohérence**

L'expertisée semble motivée à trouver une solution pour être soulagée de cet état dysthymique. Il est à regretter qu'elle n'ait pas été orientée plus tôt dans sa vie vers un suivi spécialisé. L'incertitude quant à la qualification de sa souffrance psychique et physique n'a pas favorisé une prise en charge adéquate et ainsi la possibilité pour l'expertisée d'assumer une partie de ses difficultés.

#### **VI. Capacité de travail**

Les troubles psychiatriques dont souffre l'expertisée sont anciens et chroniques. Ils étaient vraisemblablement présents au début de sa carrière professionnelle.

Sur le plan psychiatrique uniquement, la capacité de travail est préservée, sous réserve d'un traitement adéquat, même si le rendement serait probablement, les premières années en tout cas, affecté.

Sur le plan psychiatrique, des mesures de réadaptation pourraient être envisagées. »

Par avis médical du 30 août 2016, le Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR a apprécié la situation de l'assurée de la manière suivante (sic) :

« Nous avons pris connaissance de l'expertise psychiatrique conduite les 11, 19 avril et 9.5.2016 et éditée le 17.8.2016. Cette expertise est donc encore actuelle et ses conclusions si elles ne rejoignent pas celles de la Drss. C. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, dans le sens qu'une dysthymie chronique est avancée, n'ont pas de conséquence sur l'évaluation de la CT [capacité de travail], cette dernière affection n'étant pas incapacitante. Cependant l'existence d'un syndrome polyinsertionnel douloureux décrit par le Dr T. \_\_\_\_\_, nous devons examiner le cas à l'aune des critères du 6 juin 2015 établis par le TF [Tribunal fédéral].

Nous admettons qu'il s'agit bien d'un SPECDO [syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique] et procédons à l'examen de la grille d'analyse structurée et normative.

Examen de la gravité fonctionnelle : les troubles que représentent les cervicobrachialgies chroniques sans signe radiculaires ou irritatifs sur discopathie C6-C7, s'ils sont définis avoir un impact sur la CT, le sont de manière légère, la CT étant possible à un taux d'activité de 90 % et de 100 % dans une activité adaptée. Aucune procédure invasive telle que des infiltrations n'ont été requises et une médication antalgique et relaxante serait susceptible d'aider l'assurée dans le contrôle de ses douleurs. Une dysthymie représente une variation de l'humeur que l'expert lui reconnaît avant le début de l'âge adulte et qui ne l'a pas empêché de travailler jusqu'alors. Il n'existe pas de trouble de la personnalité mais seulement des traits de personnalité émotionnellement labiles sont mis en évidence et ne sont pas, en tant que traits, susceptibles d'altérer la CT.

Examen de la cohérence des troubles : il est admis selon l'expert qu'une dysthymie peut impacter sur la CT. On admet par ailleurs que cette affection peut déboucher sur un véritable épisode dépressif. Cependant l'appréciation de la CT dans l'activité adaptée n'est que minime et est même susceptible, avec un traitement adéquat, de permettre une CT de 100% en place des 90% actuellement évalués. Il s'agirait de mettre en place une psychothérapie centrée sur la dépression et les traits de personnalité et qui permettrait de pallier à une évolution négative dans le futur. La participation à une activité professionnelle régulière

est susceptible de favoriser le rétablissement. Le retrait social actuel n'a donc pas à être considéré comme limitatif, et l'absence de toxicomanie est de bon pronostic pour mettre en valeur les ressources de l'assurée, qui « *semble motivée à trouver une solution* ». L'ajout prudent d'une thérapeutique antidépressive devrait être introduit en avertissant l'assurée des effets secondaires qui, en ce qui concerne les effets digestifs, sont présents surtout les 3 premières semaines et peuvent être prévenus par l'administration durant ce laps de temps d'antiémétiques, au cas où ils se manifesteraient. En résumé tant l'appréciation de la CT par rapport aux diagnostics posés que les propositions de traitement nous paraissent cohérentes en rapport avec la souffrance de l'expertisée, sur le plan somatique et psychiatrique. Il serait judicieux, avec l'accord de l'assurée, de transmettre une copie de l'expertise au psychiatre traitant.

En conclusion, force est de reconnaître qu'ayant examiné le cas selon l'arrêt du 3 juin 2015, nous ne pouvons modifier les termes du rapport SMR du 7.5.2014 »

Dans un rapport du 10 octobre 2016, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a formulé quelques remarques concernant l'expertise de la Dresse M.\_\_\_\_\_, estimant que la confrontation entre les éléments contenus dans les sections définies par l'experte, à savoir anamnèse professionnelle, diagnostics, traitement et capacité de travail, mettait en évidence des incohérences. Elle s'est également étonnée de la méthodologie utilisée par la Dresse M.\_\_\_\_\_ et a estimé que cette dernière n'avait fait qu'esquisser la problématique des troubles somatoformes douloureux.

Par avis médical du 21 octobre 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_ du SMR a répondu aux griefs formulés par la Dresse N.\_\_\_\_\_ et est arrivé à la conclusion que ceux-ci ne justifiaient pas de « revenir sur les conclusions précédemment émises ».

Le 20 mars 2017, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité identique à son projet du 11 février 2015. Parallèlement, il a adressé une lettre d'accompagnement par laquelle il a indiqué, en substance, que l'expertise de la Dresse M.\_\_\_\_\_ se basait sur des examens complets, prenait en compte les plaintes exprimées, décrivait clairement le contexte médical et contenait des conclusions claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Une pleine valeur

probante devait dès lors être reconnue à l'expertise et il y avait lieu de se rallier aux conclusions de l'experte. La contestation de l'assurée du 11 mars 2015 n'apportant aucun élément susceptible de modifier la position de l'OAI exprimée dans son projet de décision du 11 février 2015, celui-ci devait être entièrement confirmé.

**B.** Par acte du 8 mai 2017, B.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Diagne, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir que l'expertise de la Dresse M.\_\_\_\_\_ n'était pas probante, compte tenu du peu de clarté et des contradictions contenues en son sein, faute pour l'experte d'avoir établi son rapport en pleine connaissance du dossier médical complet, ainsi que faute d'étude des points litigieux importants et d'étude circonstanciée fondée sur des examens complets et prenant en considération les plaintes de l'intéressée. Elle a par ailleurs estimé que la Dresse M.\_\_\_\_\_ n'avait pas examiné en profondeur la problématique des troubles somatoformes douloureux et que son rapport d'expertise n'offrait pas tous les éléments permettant un examen du cas sous l'angle des exigences posées à l'ATF 141 V 281. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bi-disciplinaire, comportant un volet psychiatrique et rhumatologique. A l'appui de ses dires, la recourante a produit un lot de pièces sous bordereau, contenant en particulier un rapport du 12 janvier 2017 destiné au Dr E.\_\_\_\_\_, par lequel le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a rappelé qu'il s'agissait d'une patiente de [...] ans présentant un syndrome douloureux chronique diffus associé à un syndrome de fatigue chronique. Il a précisé notamment que les symptômes présentés par la recourante étaient « compatibles avec une fibromyalgie (questionnaire FIRST 6/6), critères diagnostics ACR 2010 (WPI 10/19) et sévérité des symptômes 9/12 » et que « la sévérité de la fibromyalgie mesurée par le questionnaire d'impact de la fibromyalgie (FIQ) donn[ait] un score de 52/80 ». Il a par ailleurs évoqué différentes options thérapeutiques proposées à l'intéressée.

Par réponse du 8 juin 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, notamment en précisant qu'il transmettait « aux experts tous les documents en [sa] possession qui sont pertinents à la détermination du spécialiste quant à l'aptitude au travail de l'examinée » et en renvoyant aux avis médicaux des 30 août et 21 octobre 2016 du Dr R.\_\_\_\_\_ du SMR.

En réplique du 16 août 2017, la recourante a maintenu sa position. Elle a par ailleurs produit un rapport du 14 août 2017 destiné à son conseil, par lequel le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et nouveau psychiatre traitant, a apprécié le cas de l'intéressée de la manière suivante :

« Madame B.\_\_\_\_\_ est une patiente âgée de [...] ans qui me consulte depuis le 20 avril 2017 afin de demander un avis spécialisé pour se prononcer sur son état de santé psychique et sur sa capacité de travail potentielle. Depuis le début de sa prise en charge, je l'ai vue à six reprises.

Dans ce cadre, elle bénéficie d'une investigation clinique psychopathologique qui est en faveur du diagnostic d'un trouble cyclothymique (CIM 10 - F34.0) en se basant sur des éléments de l'anamnèse d'un auto-questionnaire spécifique concernant ce trouble révélant la présence chez Madame B.\_\_\_\_\_ d'un fréquent état de fatigue sans raison, de changements brutaux de son humeur et de son énergie, de sentiments subjectifs d'avoir une énergie dans les deux excès « trop haut » ou « trop bas », d'une fluctuation permanente dans ses relations avec les personnes en y trouvant du plaisir puis en s'y désintéressant. Elle a par ailleurs une tendance à être explosive puis de se sentir coupable, de commencer des projets puis de totalement les interrompre, en outre elle rapporte de fréquents changements de son humeur sans raison. Elle confirme parfois s'endormir abattue puis se réveiller de bonne humeur. Elle décrit des remarques de son entourage lui rapportant qu'elle donnait pendant une période l'image d'une personne pessimiste qui oublie ses moments d'optimisme et d'enthousiasme. Sa confiance en elle varie d'un extrême à l'autre. Elle avoue avoir parfois envie d'avoir des comportements risqués ou scandaleux.

Sur le plan des critères diagnostiques selon le DSM [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] IV, elle remplit les exigences pour le diagnostic mentionné ci-dessus, par la présence depuis plus de deux ans de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques sont présents et de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes dépressifs sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode dépressif majeur. Au cours de cette longue période, Madame B.\_\_\_\_\_ n'a pas connu de période de plus de deux mois consécutifs sans les symptômes décrits ci-dessus. En outre, aucun épisode dépressif

majeur ni maniaque n'est survenu durant les deux premières années de ce trouble.

Au vu de ce qui précède, même si Madame B. \_\_\_\_\_ peut avoir un bon fonctionnement au cours de certaines périodes hypomaniaques, la perturbation de l'humeur est à l'origine chez elle d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération de son fonctionnement social et professionnel, étant la conséquence des périodes prolongées de changements cycliques et souvent imprévisibles de son humeur. Par conséquent, elle présente depuis longue date et encore à ce jour une incapacité de travail à 100% pour toute activité professionnelle même adaptée et ce pour une durée indéterminée. »

En annexe de sa réplique, la recourante a également produit un rapport du 8 juin 2017 destiné au Dr E. \_\_\_\_\_, par lequel la Dresse P. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a estimé ce qui suit :

« J'ai vu Madame **B.** \_\_\_\_\_, née le [...], en consultation le 6 juin, pour faire le point de ses douleurs multiples.

Elle décrit une sensation d'écrasement le matin, au lever, diffuse, au point qu'elle ne supporte plus le port de pantalons serrés et une sensation « d'acidité qui ronge les chairs ».

On retrouve des douleurs à la palpation de la face interne des genoux, sur les coudes, qui sont hyper-sensibles, ou la face externe des chevilles. Il est très difficile d'examiner ses creux sus-claviculaire avec une hyper-sensibilité à la palpation. Il n'y a pas d'hyper-laxité, pas de troubles dentaires.

[...]

Ce syndrome douloureux chronique diffus a été rapporté à une fibromyalgie depuis 2011.

[...]

D'autre part, la patiente présente plusieurs types de douleurs, dont certaines ne paraissent pas expliquées par sa fibromyalgie :

- Elle décrit, depuis l'âge de 23 ans, une sensation de « tétanisation violente » sous-costale droite, avec apparition d'une déformation, l'aile iliaque droite s'étant approchée de la dernière côte expliquée par une scoliose dorsale à convexité droite.
- Elle a présenté en 2009 dans les suites d'une thyroïdectomie avec ablation d'un lipome du creux axillaire gauche, des dorsalgies avec irradiation à l'omoplate gauche, qui l'ont beaucoup invalidée pendant 2 ans, qu'elle arrive à gérer maintenant mais qui restent présentes.
- Elle décrit ses douleurs rachidiennes comme des « lignes de tension », tout le long du rachis pouvant la gêner pour marcher, avec parfois irradiation dans la cuisse et derrière la jambe. Elle a l'impression d'avoir « une araignée métallique » dans le dos.

A l'examen clinique, on retrouve une scoliose dorsale à convexité droite avec une petite gibbosité de 5mm à droite, mais la scoliose est équilibrée. Il n'y a pas d'hyper-laxité, les réflexes sont présents et symétriques, aucun déficit moteur ou sensitif.

Il existe des séquelles de maladie de Scheuermann dorsales, en D10-D11-D12 et une scoliose dorsale avec discarthrose, une discopathie C6-C7, sans myélopathie associée expliquant sans aucun doute ses douleurs rachidiennes.

Il n'y a pas d'argument pour une spondylarthropathie cliniquement et la patiente a eu une IRM rachidienne et sacro-iliaques en décembre 2016, qui a éliminé ce diagnostic.

Elle a bénéficié d'une rééducation en 2010 à l'unité rachis de l'hôpital [...], fait depuis de la danse orientale et de gymnastique quotidienne.

Il existe donc indiscutablement une fibromyalgie clairement décrite par le Dr Q.\_\_\_\_\_. Il s'y associe des rachialgies en rapport avec sa scoliose dorsale, des séquelles de maladie de Scheuermann et des discopathies cervicales pouvant expliquer ses blocages itératifs. Il n'y a pas d'argument pour une maladie rhumatologique chronique ni neurologique.

L'importance des douleurs chroniques en rapport avec sa fibromyalgie et les douleurs plus aiguës souvent musculaires en rapport avec cette discarthrose étagée dorsale et cervicale sur troubles statiques sont difficilement compatibles avec un travail à temps plein.

On pourrait éventuellement envisager un emploi de bureau à temps partiel (50%) sans maintien d'une position assise immobile prolongée, avec adaptation du poste de travail pour éviter les sollicitations du rachis cervical en particulier, sans port de charges. Mais le temps nécessaire à la gestion de la douleur chronique dans la journée de la patiente et le risque de crise plus aiguë rachidienne en cas de travail régulier rend la perspective d'une reprise de travail extrêmement délicate. »

Par duplique du 28 septembre 2017, l'intimé a maintenu sa position, en se référant à un avis médical du 19 septembre 2017 produit en annexe, par lequel le Dr R.\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que la recourante opérant une confusion entre ce qui est actuel, à savoir traiter une dysthymie et des traits de personnalité, et les effets ultérieurs à craindre en s'abstenant de les traiter. La Dresse M.\_\_\_\_\_ s'était clairement exprimée sur l'état actuel en jugeant la capacité de travail préservée et en proposant seulement des mesures de réinsertion, qualifiées de réadaptation. Il a ajouté que l'experte n'avait fait que suggérer le diagnostic de trouble de la personnalité et préciser que les traits de personnalité n'étaient, dans la norme, pas considérés comme incapacitants, étant relevé en outre qu'un trouble de la personnalité se manifestait depuis le début de l'âge adulte et que la recourante n'avait pas été empêchée de travailler en tant que secrétaire. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a par ailleurs considéré que les appréciations des deux expertes

psychiatres, les Dresses M.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, concordent en ce sens qu'il fallait reconnaître l'absence de pathologie psychiatrique qui puisse avoir des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée. Ce médecin a encore ajouté ce qui suit (sic) :

« Nous avons ensuite pris connaissance de deux récents rapports :

- Celui sur le plan rhumatologique du 8.6.2017 de la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH : nous remarquons que le diagnostic de syndrome polyinsertionnel douloureux, équivalent de la fibromyalgie, a été retenu par le Dr T.\_\_\_\_\_, bien que le Dr P.\_\_\_\_\_ n'en fasse mention que par son appréciation d'absence de répercussion sur la capacité de travail. Elle-même estime qu'une IT [incapacité de travail] de 50 % serait maintenant d'actualité. Par rapport à l'expertise T.\_\_\_\_\_, il s'agit d'une appréciation d'une même situation, celle du MT [médecin traitant] étant plus empreinte d'empathie. Quant au reste des pathologies énumérées associées à la fibromyalgie (page 2 du rapport), elles ont été prises en compte par l'expertise T.\_\_\_\_\_ et l'IRM de 2016 n'a pas révélé de pathologie inflammatoire. Il n'y a donc pas de fait nouveau après investigations récentes.

- Celui sur le plan psychiatrique du 14.8.2017 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH : [...] Le diagnostic de trouble cyclothymique est maintenant porté au premier plan (F34.0) : la définition de la CIM est une instabilité persistante de l'humeur avec de nombreuses périodes de dépression ou d'exaltation légère, mais dont aucune n'est suffisamment sévère pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire, ou de trouble dépressif récurrent. L'appréciation d'une IT de 100% se baserait sur les conséquences d'une souffrance cliniquement significative d'une part et d'une altération du fonctionnement social et professionnel, secondaires à la cyclothymie au long cours. Tant le status de la Drss. C.\_\_\_\_\_ que celui de la Drss. M.\_\_\_\_\_ n'évoquent pas une telle évolution. En effet, « ces épisodes correspondent plus à un retour à la normale, à une euthymie et ne peuvent être qualifiés d'épisodes hypomanes, encore moins d'épisodes maniaques ». L'éventualité d'une « exaltation légère » ou, nous ajoutons apparentée, a donc été considérée dans l'expertise M.\_\_\_\_\_ (page 4/6). Nous avons vu ces rebondissements, présenté la problématique psychiatrique à un psychiatre au SMR.

En plus de notre analyse développée dans l'avis du 30.8.2016 destiné à prendre en compte l'arrêt du 6.6.2015 du TF, les ressources de l'assurée restent présentes, telles qu'en témoigne une lecture attentive de l'expertise M.\_\_\_\_\_, en se référant notamment au déroulement d'une journée type (page 3/6). L'absence de toute addictologie, de psychopharmacologie déclarée lors de l'expertise M.\_\_\_\_\_, de prise en charge psychiatrique suivie sont des facteurs de bon pronostic et « la participation à une activité régulière professionnelle ou non est à recommander ». Enfin le diagnostic de cyclothymie avancé par le récent psychiatre traitant n'est pas un diagnostic incapacitant, comme du reste la dysthymie. L'avis mis en avant du Professeur [...] FMH en psychiatrie se base

non sur un contact avec l'assurée mais avec des entretiens à son sujet avec la Drss. N.\_\_\_\_\_, premier psychiatre traitant. Il ne peut être opposé à l'évaluation de la CT totale unanime, non seulement de 2 experts, mais également au premier psychiatre traitant, la Drss. W.\_\_\_\_\_ ayant porté le diagnostic de dysthymie dans son rapport du 6.12.2013.

En conséquence, il n'y a pas de fait nouveau qui puisse être pris en considération par rapport aux avis antérieurs. »

Par déterminations du 8 novembre 2017, la recourante a maintenu sa position, en précisant notamment que la Dresse P.\_\_\_\_\_ n'était pas sa médecin traitante.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des Offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1, 58 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**b)** Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références citées ; TF 9C\_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1).

**b)** En l'occurrence, la question litigieuse est celle de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi de prestations de l'intimé, en particulier à une rente.

**3.** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins en moyenne durant une année sans interruption notable ; 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 (art. 28 LAI).

**4.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut

en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p.106 consid.3b/bb et cc ; TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid.4.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion différente et contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 3.4.1).

**5. a)** La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) ou la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4).

**b)** Selon la jurisprudence applicable à l'époque où les expertises de la Dresse C.\_\_\_\_\_ et du Dr T.\_\_\_\_\_ ont été réalisées, une telle atteinte était présumée ne pas entraîner d'incapacité de travail durable (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait en effet une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8). Notre Haute Cour avait toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et avait établi des critères permettant d'apprécier le

caractère invalidant de ces syndromes (« critères de Foerster »). Parmi ces critères, on devait retenir, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2 ; 130 V 352 consid. 3.3.1). Au sein des autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinent, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupaient pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituaient généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne faisaient pas l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine*), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/06 du 31 janvier 2007 consid. 3.3 et références citées).

**c/aa)** Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, 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 (consid. 4.2 de l'arrêt cité et référence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). 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 (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

**bb)** La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. 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, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (art. 7 al. 2 LPGA). 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).

**cc)** Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il sera également tenu compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et référence citée).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en

matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et référence citée).

**dd)** Dans la mesure où les experts ont retenu, sur la base des anciens critères, que la fibromyalgie/le trouble somatoforme douloureux affectant la personne assurée ne présentait aucun caractère incapacitant, il convient d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 et référence citée).

**6. a)** En l'espèce, afin de déterminer si la recourante pouvait prétendre à des prestations de l'intimé, en particulier si celle-ci présentait une incapacité de travail, l'intéressée a été soumise à une expertise psychiatrique auprès de la Dresse C.\_\_\_\_\_, qui a estimé que la capacité de travail était totale, ainsi qu'à une expertise rhumatologique auprès du Dr T.\_\_\_\_\_, lequel a indiqué que la capacité de travail de la recourante était de 90 % dans son ancienne activité d'employée de bureau et de 100 % dans une activité adaptée. Compte tenu en particulier du diagnostic de trouble bipolaire posé par la Dresse N.\_\_\_\_\_, une nouvelle expertise psychiatrique a été mise œuvre auprès de la Dresse M.\_\_\_\_\_.

**b/aa)** Sur le plan psychiatrique, la Dresse N.\_\_\_\_\_ est la seule à avoir posé le diagnostic de trouble bipolaire. En effet, ce trouble n'a jamais été évoqué par la Dresse W.\_\_\_\_\_, qui a pourtant suivi la

recourante pendant des mois, ou par la Dresse C.\_\_\_\_\_, qui a expertisé l'intéressée en 2013. Afin toutefois de déterminer si un tel diagnostic avait été omis, et ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail de la recourante, une nouvelle expertise psychiatrique a été mise œuvre. Dans le cadre de celle-ci et après avoir reçu l'intéressée à trois reprises les 11 et 19 avril ainsi que le 19 mai 2016, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a également exclu l'existence d'un trouble bipolaire, estimant que les critères idoines n'étaient pas réunis. En effet, aux termes d'un status psychiatrique détaillé, l'experte a expliqué que les épisodes, décrits par la recourante comme « des moments de bonne humeur », correspondaient plutôt à un « retour à la normale », à une euthymie, mais ne pouvaient être qualifiés d'épisodes hypomanes, et encore moins d'épisodes maniaques. En outre, l'inscription temporelle et l'intensité des différents symptômes thymiques de l'intéressée ne permettaient pas de diagnostiquer un épisode dépressif. Les éléments qui précèdent ont ainsi amené l'experte à poser uniquement le diagnostic de dysthymie. Par ailleurs, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a également relevé l'existence chez la recourante de traits des personnalités paranoïaque et émotionnellement labile de type borderline, sans présenter pour autant les caractéristiques des troubles de personnalité correspondants. Ces traits de personnalité ont conduit l'experte à « considérer l'existence de troubles de la personnalité de type mixte ». L'experte a cependant précisé que les troubles psychiatriques dont souffrait l'intéressée étaient chroniques et anciens, vraisemblablement présents au début de sa carrière professionnelle. Elle a ajouté que, non traitées, ces pathologies pouvaient, sur le long terme, impacter la capacité de travail. Toutefois et en définitive, en mettant en place un traitement psychothérapeutique et/ou pharmacologique adéquat, en plus d'un suivi psychiatrique, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a relevé que la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique serait totale, avec un rendement probablement affecté les premières années.

**bb)** Par son recours et ses écritures ultérieures, la recourante a dirigé l'essentiel de ses griefs à l'encontre du rapport d'expertise susmentionné de la Dresse M.\_\_\_\_\_, estimant qu'il conviendrait de lui nier toute valeur probante.

Or on ne saurait suivre l'intéressée lorsqu'elle soutient que la Dresse M.\_\_\_\_\_, pour effectuer son expertise, n'aurait pas eu connaissance de l'ensemble de la documentation médicale figurant au dossier de l'intimé. A ce sujet, l'experte a indiqué au début de son rapport s'être basée sur les extraits du dossier que l'intimé a choisis de lui adresser, soit « notamment » l'expertise rhumatologique du 8 avril 2014 du Dr T.\_\_\_\_\_, l'expertise psychiatrique du 21 novembre 2013 de la Dresse C.\_\_\_\_\_ et les rapports des 12 janvier et 7 mars 2015 de la Dresse N.\_\_\_\_\_. Il ressort de l'utilisation du terme « notamment » que l'experte n'a aucunement fait une liste exhaustive, mais uniquement exemplative des documents mis à sa disposition. Elle a ainsi mentionné les principaux documents, à savoir les deux expertises déjà effectuées et les rapports de la Dresse N.\_\_\_\_\_. Au surplus, l'intimé a confirmé dans sa réponse du 8 juin 2017 qu'il transmettait « aux experts tous les documents en [sa] possession qui sont pertinents à la détermination du spécialiste quant à l'aptitude au travail de l'examiné ».

La recourante a également estimé que le rapport d'expertise était peu clair ou lacunaire. Or le Dr R.\_\_\_\_\_ du SMR a répondu de manière convaincante à ces griefs dans son avis médical du 19 septembre 2017. Il ressort ainsi en particulier du rapport d'expertise de la Dresse M.\_\_\_\_\_ que l'intéressée présente, outre une dysthymie, des traits de personnalité paranoïaque et émotionnellement labile de type borderline, qui ne réunissent toutefois pas les caractéristiques pour être qualifiés de troubles de ce type de personnalité. Compte tenu de ces éléments, l'experte a en revanche envisagé l'existence de troubles de la personnalité de type mixte, l'évoquant de manière conditionnelle. La Dresse M.\_\_\_\_\_ s'est cependant définitivement déterminée sur la question l'ayant amenée à être mandatée, soit s'il existait un diagnostic psychiatrique incapacitant. A ce sujet, la lecture du rapport d'expertise de la Dresse M.\_\_\_\_\_ permet de constater que cette spécialiste s'est prononcée sur la capacité de travail dans l'éventualité où l'on retiendrait non seulement la dysthymie, mais également les troubles de la personnalité de type mixte ; le deuxième paragraphe de la partie « III.

« Diagnostics » évoque en effet « ces pathologies », ce qui ne peut renvoyer qu'aux pathologies de dysthymie et de troubles de la personnalité de type mixte compte tenu de la teneur du paragraphe précédent. L'experte a conclu en définitive que, au moment de l'expertise, « ces pathologies » ou « troubles psychiatriques » (cf. « VI. Capacité de travail » du rapport d'expertise) n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée, sous réserve d'un traitement adéquat, étant précisé que le rendement serait probablement affecté les premières années. Sur ce dernier passage, la recourante se méprend en croyant y déceler une incohérence. Les termes de capacité de travail et de rendement ne renvoient en effet pas aux mêmes notions. On comprend du rapport d'expertise que, dans les premiers temps, l'intéressée pourrait ainsi travailler à temps plein, mais que son rendement, soit son efficacité durant ce temps plein, pourrait être un peu diminuée. Cet impact découle de l'éloignement de la recourante du marché du travail durant de nombreuses années. Il n'y a également pas d'incohérence lorsque l'experte indique que, non traitées, ces pathologies pourraient sur le long terme impacter la capacité de travail. On comprend que cet impact n'est pas d'actualité mais pourrait avoir lieu dans le futur si la recourante ne se soumettait pas à son obligation de réduire le dommage en suivant tout traitement adéquat. En outre, la capacité de travail totale de l'intéressée est confirmée par le fait que, selon la Dresse M.\_\_\_\_\_, ses troubles psychiatriques étaient vraisemblablement déjà présents au début de sa carrière professionnelle, ce qui ne l'a pourtant pas empêchée de travailler, notamment dans son dernier emploi, au taux de 80 %, de 2002 à son licenciement en 2008, soit pendant six ans. Il y a lieu de préciser que le fait que ses traits de personnalité aient éventuellement un impact sur ses relations professionnelles, rendant par hypothèse son parcours professionnel plus « compliqué », ne signifie pas pour autant que l'intéressée présente une incapacité de travail. Les conclusions de l'experte sont ainsi claires et ne souffrent d'aucune contradiction.

La recourante a encore critiqué la méthodologie de l'experte en lui faisant grief de ne pas avoir voulu voir les « feuilles d'humeur qu'elle remplissait depuis plus d'une année » et de ne pas l'avoir soumise

à des tests psychologiques reconnus. Sur ce dernier point, on relèvera que les diagnostics posés par la Dresse M. \_\_\_\_\_ sont fondés sur les critères d'un système de classification reconnu (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS [10ème édition; CIM-10] ; voir ATF 130 V 396), de sorte que le grief de la recourante apparaît en grande partie injustifié, si tant est que l'on sache ce qu'elle entend en déduire. Au demeurant, c'est à l'expert lui-même, et non à la personne expertisée, de déterminer quelle sont les méthodes d'investigation les plus opportunes dans le cadre du mandat d'expertise qui lui est confié. La jurisprudence considère en outre que les tests psychologiques ne sont à considérer que comme un complément d'examen (TF 8C\_659/2013 du 4 juin 2014 consid. 4.3 et les références citées). La recourante ne soulève en l'occurrence aucun argument susceptible de jeter le doute sur la méthodologie employée par la Dresse M. \_\_\_\_\_. Ainsi que retenu ci-dessus, l'expertise repose sur une démarche bien décrite.

Partant, les griefs de la recourante à l'encontre du rapport d'expertise de la Dresse M. \_\_\_\_\_ doivent être rejetés. En effet, force est de constater que, en sus des éléments pertinents de l'anamnèse de l'intéressée et d'une analyse des pièces du dossier, l'experte a fait part de ses conclusions et a procédé à une discussion étayée du cas d'espèce, après avoir examiné cliniquement la recourante et pris en compte ses plaintes. Elle s'est en outre déterminée sur la question qui lui était posée, à savoir celle de la capacité de travail de l'intéressée au plan psychiatrique. Compte tenu de ce qui précède, on retiendra que le rapport d'expertise du 17 août 2016 de la Dresse M. \_\_\_\_\_ remplit tous les critères requis par la jurisprudence fédérale pour se voir accorder pleine valeur probante.

Au demeurant, la recourante ne semble pas réellement critiquer le rapport d'expertise psychiatrique du 21 novembre 2013 de la Dresse C. \_\_\_\_\_, ni remettre en cause sa valeur probante, sauf à estimer que les conclusions de cette dernière et celle de la Dresse M. \_\_\_\_\_ sont incohérentes entre elles, critiquant par-là

essentiellement l'expertise de la Dresse M.\_\_\_\_\_, comme on l'a vu ci-dessus. Cela étant, il convient de relever que la Dresse C.\_\_\_\_\_ est, en définitive et comme la Dresse M.\_\_\_\_\_, arrivée à la conclusion que la recourante ne présentait pas de diagnostic psychiatrique incapacitant. Les deux expertises psychiatriques sont ainsi unanimes sur ce point.

**cc)** Les rapports psychiatriques subséquents à l'expertise de la Dresse M.\_\_\_\_\_, soit le rapport de la Dresse N.\_\_\_\_\_ du 10 octobre 2016 et celui de du Dr V.\_\_\_\_\_ du 14 août 2017, ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions de l'experte. En effet, par son rapport du 10 octobre 2016, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a uniquement formulé des griefs à l'encontre de l'expertise du 17 août 2016. Ces griefs ayant été repris par la recourante, il y a déjà été répondu ci-dessus (cf. consid. 6b/bb *supra*), à l'exception de celui portant sur le fait que l'experte n'aurait pas traité la problématique des troubles somatoformes douloureux et dont il sera question ci-dessous (cf. consid. 6c/bb *infra*). S'agissant du Dr V.\_\_\_\_\_, celui-ci a posé le diagnostic de trouble cyclothymique. A ce sujet et comme l'a relevé le Dr R.\_\_\_\_\_ dans son avis médical du 19 septembre 2017, un tel diagnostic est posé lorsque l'intensité des périodes de dépression ou d'exaltation est trop légère pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire ou de trouble dépressif récurrent. Ainsi, même si ce diagnostic de trouble cyclothymique était justifié, sa répercussion sur la capacité de travail de la recourante serait sujette à caution. Quoi qu'il en soit, cette question peut être laissée ouverte dans la mesure où il ressort du rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ que celui-ci, en posant un diagnostic différent de celui de dysthymie posé par la Dresse M.\_\_\_\_\_, a apprécié en réalité différemment un même état de fait. Il ne ressort en effet pas de son rapport que celui-ci ait apporté de nouveaux éléments objectifs et médicalement attestés ayant été ignorés par l'experte et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions. Le Dr V.\_\_\_\_\_ fonde ainsi son diagnostic notamment sur des changements brutaux de l'humeur de l'intéressée, des périodes pendant lesquelles celle-ci présenterait des symptômes dépressifs et d'autres périodes pendant lesquelles elle présenterait des symptômes hypomaniaques. Or, tant la Dresse M.\_\_\_\_\_ que la Dresse C.\_\_\_\_\_

n'ont pas fait état d'une telle intensité symptomatologique. A cet égard et comme l'a rappelé le Dr R. \_\_\_\_\_ dans son avis médical du 19 septembre 2017, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a précisément estimé que les épisodes de « bonne humeur » relatés par l'intéressée « correspond[ai]ent plus à un « retour à la normale », à une euthymie et ne p[ou]v[ai]ent être qualifiés d'épisodes hypomanes encore moins d'épisodes maniaques ». Elle a en outre posé le diagnostic de dysthymie, compte tenu de « l'absence de tous les critères requis pour un épisode dépressif caractérisé ». Partant, force est de constater que l'appréciation du Dr V. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, se différencie de celle de la Dresse M. \_\_\_\_\_ uniquement dans la détermination de l'intensité des symptômes existants, différence d'appréciation qui ne se justifie pas par des éléments objectifs et médicalement attestés.

Ainsi, aucun document au dossier n'est de nature à remettre en question les conclusions des experts psychiatres, en ce sens que la recourante ne présente pas de diagnostic psychiatrique incapacitant.

**c/aa)** Sur le plan rhumatologique, une expertise a été menée par le Dr T. \_\_\_\_\_. Dans son rapport d'expertise du 8 avril 2014, celui-ci n'a posé qu'un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, soit celui de cervico-brachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sur discopathie C6-C7. En découlait une limitation pour l'intéressée concernant les positions de la nuque immobile devant un écran, entraînant ainsi une capacité de travail de 90 % dans son ancienne activité d'employée de bureau et de 100 % dans une activité adaptée. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a également posé d'autres diagnostics, soit ceux de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec diminution du seuil de tolérance à la douleur, de lombopygalgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire avec absence de discopathie significative, d'insuffisance pondérale et d'omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, estimant cependant que ceux-ci étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée.

Par son acte du 8 mai 2017 et ses écritures ultérieures, la recourante n'a pas remis en cause la valeur probante de l'expertise rhumatologique susmentionnée en s'attaquant à sa teneur, mais, en définitive, en produisant les rapports du 12 janvier 2017 du Dr Q. \_\_\_\_\_ et du 8 juin 2017 de la Dresse P. \_\_\_\_\_, censés démontrer qu'elle souffre d'une fibromyalgie incapacitante.

Tout d'abord, on constatera que l'expertise rhumatologique remplit, pour elle-même, les critères déjà évoqués et requis par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante, dès lors qu'elle contient les éléments pertinents de l'anamnèse de la recourante, une analyse des pièces au dossier, des conclusions non sans que l'expert ait procédé à une discussion étayée du cas d'espèce après avoir examiné cliniquement l'intéressée et pris en compte ses plaintes.

Reste à confronter cette expertise aux deux rapports susmentionnés. D'un point de vue purement somatique, il convient déjà de relever que ces deux rapports ainsi que l'expertise ne diffèrent pas quant à l'existence d'un diagnostic de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux. Ce qui les sépare néanmoins est le caractère incapacitant de ce diagnostic, sur lequel on reviendra ci-dessous. Toujours au plan somatique, le Dr Q. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu d'autres pathologies. Quant à la Dresse P. \_\_\_\_\_, outre une fibromyalgie, celle-ci a estimé que s'y associaient des rachialgies en rapport avec une scoliose dorsale, des séquelles de maladie de Scheuermann et des discopathies cervicales. A cet égard et à l'instar de ce qu'a observé le Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR dans son avis médical du 19 septembre 2017, il y a lieu de relever que les pathologies susmentionnées mises en exergue par la Dresse P. \_\_\_\_\_ ont été prises en compte par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans son expertise. Compte tenu de ces éléments, il est ainsi arrivé à la conclusion que la recourante présentait une capacité de travail de 90 % dans son ancienne activité d'employée de bureau et de 100 % dans une activité adaptée. Or, force est de constater que la Dresse P. \_\_\_\_\_ a opéré une appréciation différente des mêmes éléments, mais n'a pas apporté de nouveaux

éléments objectifs et médicalement attestés ayant été ignorés par l'experte et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions. Partant, au niveau purement somatique, rien ne justifie de s'écarter des conclusions du Dr T.\_\_\_\_\_, de sorte qu'il convient de s'y rallier.

**bb)** Demeure encore la question du caractère incapacitant du diagnostic de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux, les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent du Dr T.\_\_\_\_\_ et de fibromyalgie de la Dresse P.\_\_\_\_\_ étant équivalents. Face à un tel diagnostic, il convient d'appliquer la nouvelle jurisprudence précitée du Tribunal fédéral en matière de syndrome douloureux somatoforme (cf. consid. 5 *supra*).

A cet égard, on relèvera que les expertises psychiatrique de la Dresse C.\_\_\_\_\_ et rhumatologique du Dr T.\_\_\_\_\_ ont été rendues sous l'ancienne jurisprudence, soit à l'aune de la présomption et des critères applicables à cette époque. En application de celle-ci, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a ainsi relevé que la recourante n'avait pas de comorbidité psychiatrique à caractère incapacitant. Les affections corporelles chroniques ne mettaient pas en évidence, au sens de la documentation médicale reçue, d'atteinte somatique pouvant justifier médicalement une incapacité de travail au long cours. Le processus maladif était décrit comme présent depuis l'adolescence, avec des signes de rémission annoncés depuis la mise en place d'un régime alimentaire strict. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, bien que les liens sociaux fussent limités et que l'intéressée dise en souffrir. Le processus défectueux de résolution de conflit n'avait pas précisément été établi, mais la recourante avait annoncé se sentir à même d'exercer une activité professionnelle, par exemple à mi-temps les matins, tout en déplorant le fait qu'elle perdrait alors une partie des prestations de l'aide sociale. Les traitements conformes aux règles de l'art semblaient avoir été prescrits, sans clairement de notion d'échec puisqu'une amélioration était reconnue. Il n'y avait pas de signe de non-coopération. Compte tenu de ce qui

précède, la Dresse C.\_\_\_\_\_ avait estimé que l'intéressée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique à la notion de fibromyalgie. Elle n'avait ainsi pas constaté d'incapacité de travail en découlant.

On rappellera que, comme relevé précédemment (cf. consid. 6b/bb *in fine supra*), la recourante ne semble pas réellement critiquer le rapport d'expertise psychiatrique précité, de sorte qu'il lui a été reconnu pleine valeur probante. En effet, il y a lieu de constater qu'à l'aune de l'ancienne jurisprudence en matière de syndrome douloureux somatoforme, le raisonnement de la Dresse C.\_\_\_\_\_ est pleinement convaincant, de sorte qu'il y aurait eu lieu de s'y rallier sans examen complémentaire. Cependant, et comme l'a relevé le Dr R.\_\_\_\_\_ dans son avis médical du 30 août 2016, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence par un arrêt du 3 juin 2015 (cf. consid. 5c *supra*). Avec la recourante, on constatera que la Dresse M.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcée directement sur l'application de cette nouvelle jurisprudence quant à son diagnostic de syndrome douloureux somatoforme. Cependant, et en application de la jurisprudence précitée idoine (consid. 5c/dd *supra*), la conclusion d'experts fondée sur les anciens critères, selon laquelle la fibromyalgie présentée n'affectait pas la capacité de travail, peut être confirmée par la Cour de céans si les éléments ressortant des expertises permettent d'arriver à la même appréciation à l'aune des nouveaux indicateurs jurisprudentiels.

C'est exactement le raisonnement qu'a opéré le Dr R.\_\_\_\_\_ par son avis médical du 30 août 2016, complété par celui du 19 septembre 2017 *in fine*. Il a ainsi notamment relevé qu'il convenait de mettre en place une psychothérapie centrée sur la dépression et les traits de personnalité, qui permettrait de pallier à une évolution négative dans le futur. La participation de la recourante à une activité professionnelle régulière était en outre susceptible de favoriser le rétablissement. Le retrait social actuel de l'intéressée n'avait pas à être considéré comme limitatif, et l'absence de toxicomanie était de bon pronostic pour mettre en valeur les ressources de l'assurée, qui « sembl[ait] motivée à trouver une solution ». Une thérapeutique antidépressive devrait également être

introduite. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a également indiqué que les ressources de la recourante restaient présentes, telles qu'en témoignait une lecture attentive de l'expertise de la Dresse M.\_\_\_\_\_, se référant notamment au déroulement d'une journée type. Sur la base de ce qui précède, le Dr R.\_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions des experts, soit que les diagnostics posés, y compris le syndrome douloureux somatoforme, ne justifiaient pas de reconnaître à l'intéressée une incapacité de travail justifiant une rente de la part de l'intimé.

Force est de constater que l'on ne saurait s'écarter de l'appréciation du Dr R.\_\_\_\_\_. On notera encore que le Dr T.\_\_\_\_\_ a rapporté que la recourante « [était] capable de rester assise durant l'entretien sans opter de position antalgique, elle se m[ouvai]t, s'habill[ait] et descend[ait] 2 étages d'escaliers sans allégation douloureuse » et que la Dresse M.\_\_\_\_\_ a indiqué que « l'activité motrice [était] sans particularité et il n'y a[vait] pas notamment de gestes ou des postures anti-algiques », laissant ainsi supposer un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence (cf. consid. 5c/bb *supra*) sous la forme d'une exagération des plaintes compte tenu d'une discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé. Quoi qu'il en soit, l'application de la grille du Tribunal fédéral (cf. consid. 5c/cc *supra*) convainc qu'aucune incapacité de travail découlant du syndrome douloureux somatoforme ne saurait être reconnue à la recourante. A cet égard, outre les éléments rapportés par la Dresse C.\_\_\_\_\_ et le Dr R.\_\_\_\_\_ et mentionnés ci-dessus, on ajoutera que le diagnostic de dysthymie posé par la Dresse M.\_\_\_\_\_ confirme l'absence de comorbidité psychiatrique à caractère incapacitant. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a en outre fait état d'une capacité de 100 % dans l'activité ménagère.

Aucun document médical au dossier n'amène d'éléments objectifs et médicalement attestés susceptibles de remettre en cause ce qui précède, étant précisé que la plupart des médecins attestant une incapacité de travail se contentent de rapporter les plaintes de l'intéressée quant à ses douleurs, qui par essence sont subjectives.

**d)** Partant, force est de constater que l'on ne saurait s'écarter des conclusions des experts selon lesquelles la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Compte tenu de ce qui précède, l'intimé était dès lors légitimé à refuser à la recourante le versement d'une rente.

**7.** 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 alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bi-disciplinaire en psychiatrie et en rhumatologie, telle que requise par la recourante.

**8. a)** Au vu de ce qui précède, les conclusions de la recourante sont mal fondées et c'est à juste titre que l'intimé a refusé de lui allouer une rente d'invalidité. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 ; 91 et 99 LPA-VD). Toutefois,

dès lors qu'elle est exonérée des frais judiciaires au titre de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est cependant tenue de rembourser, dès qu'elle est en mesure de le faire, les frais de justice mis à la charge de l'Etat (art. 123 al. 1 CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1, 91 et 99 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Yero Diagne (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).

Le greffier :