

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 août 2020

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Bonard et Küng, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en [...], est en Suisse depuis [...]. Elle travaillait depuis le 1<sup>er</sup> mai 2012 comme cuisinière auprès du « Restaurante Z.\_\_\_\_\_ » à [...]. Du 28 février 2013 au 30 avril 2014, elle a œuvré, à concurrence de dix heures par semaine, en tant qu'agente de propreté pour le compte d'A.\_\_\_\_\_ SA à [...]. Elle a présenté les incapacités de travail suivantes :

- 100 %, du 12 juillet 2013 au 28 juillet 2013 ;
- 50 %, du 15 octobre 2013 au 31 octobre 2013, puis à nouveau ;
- 100 % depuis le 2 décembre 2013.

Le 3 mars 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente) en raison de lombalgies chroniques multifactorielles survenant dans un contexte d'arthrose et légère sténose du canal lombaire (rapport du 19 février 2014 de la Dre B.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et dans le traitement interventionnel de la douleur).

Les 6 mars et 10 septembre 2014, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) s'est vu communiquer le dossier constitué par l'assureur perte de gain M.\_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA. Dans un rapport d'expertise médicale du 27 août 2014, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics incapacitants de cervicalgies communes en relation avec des troubles dégénératifs modérés, d'omalgie droite en relation avec un syndrome de la coiffe des rotateurs débutant (sus-épineux) et de lombalgies communes en relation avec des troubles dégénératifs modérés. Sans répercussion sur la capacité de travail, sont diagnostiqués un canal carpien gauche (peu symptomatique), une surcharge pondérale et des troubles douloureux chroniques avec éléments de non-organicité selon Wadell compatibles avec une fibromyalgie. Préconisant la réalisation

d'un bilan psychiatrique de l'assurée, l'expert a retenu une pleine capacité de travail depuis le 13 août 2014 dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir, une activité à charge moyenne permettant les variations de position de préférence à la guise de l'assurée, pas de port de charge répétitif supérieur à 7.5 kg et occasionnelle au-delà de 12 kg. Pas d'activité en hauteur au-delà de 90° contre résistance à répétition).

Après avoir requis le point de vue du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) sur les renseignements médicaux recueillis et versés à son dossier (avis du 5 novembre 2014), l'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a établi son rapport le 25 avril 2016. Il a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif de degré moyen avec des symptômes somatiques (F32.11) évoluant depuis février 2016. Il a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 19 février 2016. Il a toutefois estimé que, moyennant le suivi d'un traitement approprié, l'expertisée disposait des ressources pour lui permettre de retrouver une capacité de travail entière au plus tard dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016.

De son côté, l'assurée avait repris une activité de nettoyeuse à 20 % le 1<sup>er</sup> décembre 2014 pour le compte de D.\_\_\_\_\_ SA à [...], puis également à 50 % (nettoyeuse et lingère) auprès de l'E.\_\_\_\_\_ à [...] à partir de septembre 2015 jusqu'au 19 février 2016, date à laquelle elle était à nouveau à l'arrêt en raison des lombalgies.

Les 26 août et 6 septembre 2016, l'OAI s'est vu communiquer le dossier constitué par l'assureur perte de gain P.\_\_\_\_\_ Assurance SA, contenant un rapport d'expertise médicale établi le 29 août 2016 par le Dr L.\_\_\_\_\_. Ce spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie a posé les diagnostics incapacitants d'omalgies bilatérales persistantes d'origine mixte, de cervico-brachialgies et syndrome lombo-vertébral persistant sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Sans répercussion sur la capacité de travail, ont été diagnostiqués un syndrome poly-

insertionnel douloureux, un status post-hypovitaminose D (en mars 2016), un status post-syndrome du tunnel carpien (en mars 2013), et un syndrome anxio-dépressif traité depuis mai 2016. Au jour de l'examen, l'expert a retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, avec une amélioration possible après infiltration de l'épaule droite. Dans une activité adaptée (à savoir, une activité de vente de nourriture légère dans des bureaux ou fast food, voire dans l'accueil), il a estimé la capacité de travail à 80 % depuis le 24 août 2016, puis à 100 % dans le délai d'un mois.

Dans un rapport du 12 septembre 2016 à l'OAI, la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie suivant l'assurée depuis le 17 mai 2016, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'état dépressif, épisode actuel modéré (F32.1) et de troubles types somatisations (F45.1). Elle attestait une totale incapacité de travail de sa patiente depuis le 19 février 2016 dans toute activité.

Se fiant à l'avis du SMR (rapport du 18 octobre 2016), l'OAI a, par projet de décision du 10 novembre 2016, fait part à l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente de l'assurance-invalidité. Ses constatations étaient les suivantes :

“Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de cuisinière auprès du Restaurant «Z.\_\_\_\_\_» dès le 1<sup>er</sup> mai 2013 [recte : 2012]. Accessoirement, vous avez travaillé du 28 février 2013 au 30 avril 2014 en qualité d'agente de nettoyage auprès d'A.\_\_\_\_\_ à raison de 10 heures par semaine.

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail totale du 12 au 28 juillet 2013, à 50% du 15 au 31 octobre 2013 et 100% dès le 2 décembre 2013.

Des pièces médicales qui figurent au dossier, nous constatons que votre état de santé allant en s'améliorant, vous permet ainsi de reprendre l'exercice d'une activité adaptée à compter du 13 août 2014. Vous avez ensuite été au bénéfice de l'assurance-chômage. En 2015, vous travaillez en qualité de femme de ménage auprès de D.\_\_\_\_\_ pour 20% et auprès de l'E.\_\_\_\_\_ à 50% dans un poste de nettoyage et de lingerie.

Pour des raisons de santé, vous présentez depuis le 19 février 2016, une nouvelle incapacité de travail totale.

A réception des nouvelles informations médicales, nous avons demandé une expertise psychiatrique. Il s'avère que du point de vue psychiatrique, vous présentez depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2016, une capacité de travail totale dans toute activité. Aucune limitation n'est à retenir du point de vue psychiatrique.

Du point de vue rhumatologique, nous constatons que vous présentez depuis le 24 août 2016 une capacité de travail d'au moins 50% dans votre activité habituelle, de 80% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles. A compter du 1<sup>er</sup> octobre 2016, votre capacité de travail est exigible à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité légère, sans efforts, sans ports de charges, activité avec les bras au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements répétitifs du tronc et des épaules, pas de déplacement sur terrain accidenté/irrégulier, pas d'exposition aux vibrations.

En l'espèce, le 1<sup>er</sup> octobre 2016, soit avant le terme du délai de carence, vous présentez compte tenu de certaines limitations, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, comme par exemple dans l'industrie légère (production, conditionnement, contrôle).

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2016, CHF 4300.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, TA1 ; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2016 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4482.75 (CHF 4300.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 53793.00.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2016 (+ 0.40% pour 2015 et 0.40% pour 2016) ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 54224.20 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 48801.78. Pour déterminer votre revenu sans invalidité, nous avons tenu compte des revenus que vous réalisiez avant vos problèmes de santé en 2013, soit cuisinière au restaurant Z. \_\_\_\_\_ et nettoyeuse auprès d'A. \_\_\_\_\_ soit un salaire annuel de CHF 57093.71 (revenus indexés pour 2016).

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF 57093.71
avec invalidité	CHF 48801.78

La perte de gain s'élève à CHF 8291.93 = un degré d'invalidité de 14.52%

Degré d'invalidité qui n'ouvre pas le droit à une rente de la part de l'assurance-invalidité car il est inférieur à 40%."

Les 28 novembre et 16 décembre 2016, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du préavis précité. Elle a remis à l'OAI un rapport du 15 décembre 2016 de la Dre H.\_\_\_\_\_ faisant état d'une incapacité de travail à 100 % en raison d'un état dépressif sévère (avec anhédonie, aboulie, troubles du sommeil, isolement, thymie triste, important sentiment de désespoir associé à des douleurs dorsales, et céphalées fréquentes et invalidantes). L'assurée a demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique compte tenu de la péjoration intervenue depuis le rapport d'avril 2016 du Dr X.\_\_\_\_\_.

Après avoir recueilli des rapports complémentaires des 31 janvier et 6 juin 2017 auprès de la Dre H.\_\_\_\_\_, livrés à l'analyse du SMR (avis du 19 juillet 2017), l'OAI a confié une nouvelle expertise psychiatrique à la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, qui a établi son rapport le 17 mai 2018. Elle a diagnostiqué, sans effet sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité immature (F60.8). Elle n'a pas retenu d'incapacité de travail sur le plan purement psychique, dans l'activité habituelle ni dans une activité adaptée, et ceci « depuis le moment où les limitations fonctionnelles somatiques de l'assurée ont été précisées » (soit, lors de l'expertise rhumatologique d'août 2016 du Dr L.\_\_\_\_\_).

Après avoir requis de l'experte J.\_\_\_\_\_ le descriptif du déroulement d'une journée habituelle (complément d'expertise du 21 août 2018), puis obtenu le point de vue du SMR (avis du 21 septembre 2018), l'OAI a, par décision du 27 septembre 2018, entériné le refus de prestations, avec une motivation identique à celle de son projet du 10 novembre 2016. Aux termes d'un courrier du 26 septembre 2018, faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI estimait que son projet de refus de rente reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et

économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

**B.** G.\_\_\_\_\_, représentée par Me Alexandre Guyaz, a déféré cette décision de refus à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 29 octobre 2018, concluant à son annulation en ce sens qu'elle soit mise « au bénéfice des prestations légales relevant de la législation de l'assurance-invalidité auxquelles elle aura droit à l'issue de l'instruction complémentaire, sous la forme d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, au minimum rhumatologique et psychiatrique, avec intérêt légal à l'échéance du délai d'attente dès le début du droit ». Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, sous la forme d'une « nouvelle expertise pluridisciplinaire au minimum rhumatologique et psychiatrique », puis nouvelle décision. En substance, elle a fait grief à l'intimé de s'être livré à une constatation incomplète des faits ; déniait toute valeur probante à l'expertise de la Dre J.\_\_\_\_\_ compte tenu des avis divergents de l'expert X.\_\_\_\_\_ et de sa psychiatre traitant la Dre H.\_\_\_\_\_, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (« à savoir au minimum rhumatologique et psychiatrique ») pour déterminer sa capacité de travail résiduelle. Elle a fait savoir qu'elle se déterminerait, dans un second temps, sur la question du taux d'abattement retenu et sur la méthode d'évaluation de l'invalidité. Outre sa requête d'expertise judiciaire, la recourante a sollicité, à titre de mesures d'instruction, l'audition des Drs H.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ par le tribunal.

Dans sa réponse du 12 décembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Le 28 février 2019, en réplique, la recourante a implicitement maintenu ses précédentes conclusions. Produisant un rapport non daté de la Dre H.\_\_\_\_\_ dont il ressort que cette médecin ne partageait pas du tout les conclusions de la Dre J.\_\_\_\_\_, elle a réitéré sa requête

d'expertise ainsi que l'audition, le cas échéant par écrit, du Dr X. \_\_\_\_\_ sur l'expertise psychiatrique querellée.

Dans sa duplique du 20 mars 2019, observant que les affirmations de la Dre H. \_\_\_\_\_ n'étaient pas crédibles, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

Au terme d'un échange de correspondances des 24 avril et 14 mai 2019, les parties ont maintenu leurs positions respectives.

**C.** Le juge en charge de l'instruction a confié une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne générale, rhumatologique et psychiatrique) à la F. \_\_\_\_\_ (F. \_\_\_\_\_) du CHUV, à Lausanne. Déposé le 17 décembre 2019 par les Drs I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, le rapport d'expertise se fonde sur des examens cliniques pratiqués en octobre/novembre 2019. Après une lecture attentive de l'ensemble du dossier mis à disposition et un examen clinique effectués selon les règles de l'art en matière d'expertises médicales, ils ont retenu en consilium, sur la base de leurs analyses, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), d'amplification des symptômes, de syndrome polyalgique idiopathique diffus (R52.2) et de tendinopathies des coiffes des rotateurs (M75.1). En guise de conclusions, les experts ont retenu que malgré les atteintes précitées, l'intéressée conservait une capacité de travail de 70 % tant dans les activités habituelles de cuisinière et nettoyeuse que dans une activité adaptée à son état de santé. Ils ont estimé qu'en raison du syndrome douloureux chronique et pour permettre à l'expertisée de changer de position, une diminution de rendement de 30 % devait être retenue dans toute activité. Ils suggéraient par ailleurs le sevrage des morphiniques, non indiqués et susceptibles d'induire une dépendance chez l'assurée.

Le 30 janvier 2020, la recourante a informé le tribunal qu'elle ne pouvait pas se rallier aux conclusions du rapport précité. Elle était

d'avis que celles-ci étaient vraisemblablement le résultat d'omissions, d'approximations et de contradictions de la part des experts. Elle a sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire par le tribunal, et subsidiairement requis un complément d'expertise sous la forme d'une réponse circonstanciée à trois questions pré-formulées par ses soins à l'intention des experts de la F. \_\_\_\_\_.

Dans ses déterminations du 5 février 2020, produisant un avis SMR du 20 janvier 2020 auquel il se ralliait, l'intimé a déclaré partager les conclusions des experts de la F. \_\_\_\_\_.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder cette prestation.

**3. a)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**4. a)** En l'espèce, l'intimé a refusé ses prestations, singulièrement d'allouer une rente d'invalidité, au motif que depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2016 la recourante bénéficie d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé.

**b)** Cette capacité de travail ayant été disputée dans le cadre d'évaluations médicales divergentes, une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès de la F.\_\_\_\_\_.

Alors que l'intimé déclare s'y rallier, la recourante critique pour sa part le caractère probant de l'expertise effectuée en octobre/novembre 2019 à la F.\_\_\_\_\_ qui, à ses yeux, serait difficilement compréhensible. Elle reproche aux experts judiciaires des omissions, des approximations et

des contradictions. Déplorant des approches approximatives de leur part, elle se plaint d'un manque d'explications suffisantes quant à l'exclusion de certains diagnostics, relève d'importantes incohérences entre les constatations et les diagnostics posés et un défaut de motivation des limitations fonctionnelles retenues sur la base du dossier. Elle s'estime fondée à douter des conclusions des experts en termes de capacité de travail et/ou de baisse de rendement. Elle ajoute avoir rendez-vous au mois de février 2020 avec un psychiatre.

**c)** Ayant fait l'objet d'un consilium, le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la F.\_\_\_\_\_ se base sur des examens cliniques pratiqués les 22 octobre, 13 et 19 novembre 2019 ainsi que sur des investigations complémentaires effectuées en laboratoire le 22 octobre 2019. Ainsi, les experts ont unanimement retenu ce qui suit :

#### “4. Evaluation consensuelle

##### 4.1. Évaluation médicale interdisciplinaire

Madame G.\_\_\_\_\_ a été prise en charge en 2014 par le Pr N.\_\_\_\_\_ rhumatologue, pour un tableau douloureux chronique associant des lombalgies et des douleurs du membre supérieur droit avec mise en évidence de signes de non organicité. L'assurée est vue en expertise rhumatologique par le Dr Q.\_\_\_\_\_ en 2014 qui retient les diagnostics de troubles dégénératifs cervicaux et lombaires modérés, de syndrome de la coiffe des rotateurs droit et de fibromyalgie. L'évolution se fait vers une diffusion du syndrome douloureux. Devant la majoration des lombalgies avec apparition de sciatgies, une nouvelle IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire est pratiquée en mars 2016 qui retrouve des discopathies dégénératives étagées sans conflit disco-radriculaire. L'ENMG [électro-neuro-myogramme] des membres inférieurs réalisé est par ailleurs normal. L'IRM des épaules d'avril 2016 montre une tendinopathie chronique des deux épaules. Madame G.\_\_\_\_\_ est adressée à un nouveau rhumatologue, le Dr V.\_\_\_\_\_ qui conclut à des douleurs de type fibromyalgiforme. Une expertise rhumatologique est demandée par l'APG [assureur perte de gain] au Dr L.\_\_\_\_\_ dont les conclusions sont identiques, à savoir des douleurs rachidiennes et des épaules dans un contexte de troubles dégénératifs modéré et d'un syndrome poly-insertionnel douloureux.

Lors de notre examen rhumatologique, l'assurée rapporte des douleurs cervicales, de la face postérieure de l'épaule droite, de la face antérieure du bras gauche, de la cuisse gauche et des deux mollets. L'examen clinique est pauvre ne retrouvant ni amyotrophie ni inflammation ou déformation articulaire. Les

zones de fibromyalgies sont douloureuses. Le bilan radiologique ne met pas en évidence de lésion ostéo-articulaire spécifique. Il existe ainsi une discordance entre les plaintes rapportées et les anomalies objectivées. Sur les éléments du dossier et notre examen clinique, nous retenons le diagnostic de syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgique, rejoignant ici l'avis antérieur des rhumatologues sollicités. L'imagerie des épaules objective une tendinopathie de la coiffe des rotateurs dont la signification pathologique est difficile à affirmer dans ce contexte et du caractère assez physiologique de ces images.

Du point de vue psychiatrique, Madame G. \_\_\_\_\_ a fait en 2004 une probable dépression du post-partum d'évolution rapidement favorable sous antidépresseur. Début 2016, dans le cadre d'un syndrome douloureux, une expertise psychiatrique est demandée au Dr X. \_\_\_\_\_ qui conclut à un épisode dépressif de degré moyen avec des symptômes somatiques et conseille la mise en route d'un traitement antidépresseur. L'expertisée est alors prise en charge à partir de mai 2016 par la Dre H. \_\_\_\_\_ qui retenait initialement le diagnostic d'épisode dépressif modéré et de somatisation. L'évolution selon le rapport médical du psychiatre traitant de décembre 2016 est défavorable avec constitution d'un état dépressif sévère. L'assurée a eu une seconde expertise psychiatrique par la Dre J. \_\_\_\_\_ en mai 2018 qui retient pour sa part, le seul diagnostic de trouble de la personnalité immature. Madame G. \_\_\_\_\_ a interrompu sa prise en charge spécialisée en mai 2018 tout en poursuivant le traitement antidépresseur.

Les plaintes psychiques actuelles rapportées par l'assurée, bien au second plan derrière les douleurs physiques, sont des difficultés à sortir de chez elle (en fait surtout du fait des lombalgies), le sentiment que les médecins ne la croient pas avec remise en cause de leur prise en charge médicale et une dépendance vis-à-vis de ses filles. Elle mentionne également une asthénie, un manque d'envie, des troubles du sommeil. Lors de l'entretien psychiatrique, la thymie est fluctuante, il n'est pas noté de fatigue ou de fatigabilité. Madame G. \_\_\_\_\_ rapporte une diminution relative de plaisir pour les activités habituellement agréables (elle conserve ainsi du plaisir à marcher au bord du lac en famille, à regarder certaines émissions de TV, à jouer sur son natel, elle part deux fois par an au Portugal). L'expertisée tient surtout un discours de démotivation en rapport avec un vécu de maladie grave. L'assurée ne démontre pas de baisse d'estime d'elle-même, elle n'a pas de culpabilité inappropriée. Au contraire, le contenu du discours se fait par moment un peu projectif et revendicateur avec des plaintes quant à ses traitements et à ses médecins « qui ne la croient pas ». Il n'est pas constaté de difficulté d'attention ou de concentration. L'appétit est conservé. Concernant l'activité psychomotrice, enjouée par moment, Madame G. \_\_\_\_\_ apparaît franchement effondrée et presque mutique à d'autres, donnant globalement l'impression d'une attitude teintée de traits caractériels et oppositionnels plutôt qu'une impression d'une atteinte dépressive franche.

Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger est retenu en présence d'une thymie abaissée, d'une réduction de l'activité et d'un sentiment de vide. On constate que le plaisir à certaines activités spontanées et quotidiennes est conservé avec également l'investissement régulier d'une activité physique, éléments qui vont à l'encontre d'un état dépressif sévère et qui sont compatibles avec l'état dépressif qualifié de léger. La présence anamnétique d'un épisode dépressif passé, avec période de rémission suite, fait retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent.

Un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant a également été évoqué au vu des plaintes physiques, sans substrat anatomique prépondérant au premier plan, entraînant chez l'expertisée un sentiment de détresse avec consultations médicales répétées, traitement antalgique de palier 3 et adoption d'une attitude régressive. Cependant, il n'est pas objectivé de traumatisme existentiel. Ce diagnostic est alors écarté.

Le diagnostic de majoration de symptômes est également étudié du fait du discours revendicateur de l'assurée, de l'insatisfaction relative témoignée face à la qualité des soins qui lui ont été prodigués et le profit tiré par l'assurée de la maladie (non possibilité d'émancipation de ses filles). Cependant, il manque ici également un critère CIM 10 indispensable, à savoir une atteinte organique qui initialement a entraîné une incapacité importante.

Ces deux entités ne pouvant être retenues et au vu des éléments relevés, nous concluons alors à une amplification des symptômes.

Le premier expert, le Dr X. \_\_\_\_\_ et la psychiatre traitant la Dre H. \_\_\_\_\_ estiment l'intensité de l'épisode dépressif comme moyen pour le premier et sévère pour la seconde. Cependant, les deux psychiatres ne prennent pas en compte la dynamique d'amplification des symptômes. Par ailleurs, les rapports médicaux de la psychiatre traitante, ne s'appuient ni sur une description précise de ses constatations ni sur l'analyse de la vie quotidienne.

Un diagnostic de trouble de la personnalité a été posé par la seconde experte psychiatre, la Dre J. \_\_\_\_\_. Cependant, comme le relève d'ailleurs cette experte elle-même, l'assurée n'a jamais présenté au vu du parcours personnel et professionnel, de difficultés d'insertion ou dans les relations interpersonnelles jusqu'en 2014. Ce diagnostic qui correspond à une distorsion sévère du comportement et du mode relationnel se manifestant dès le jeune âge, peut donc être exclu.

#### 4.2. Diagnostics pertinents ayants ou non une incidence sur la capacité de travail

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger F33.0
- Amplification des symptômes

- Syndrome polyalgique idiopathique diffus R52.2
- Tendinopathies des coiffes des rotateurs M75.1

4.3. Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Le syndrome douloureux chronique doit faire privilégier une activité légère et sans geste répétitif. En raison d'images radiologiques compatibles avec une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, l'activité ne doit pas nécessiter de travailler avec les épaules au-dessus de 90° ni comporter de port de charges lourdes.

Une baisse de rendement est à attendre en raison du syndrome douloureux chronique.

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

L'assurée présente quelques traits caractériels, mais la personnalité est jugée structurée.

4.5. Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Madame G. \_\_\_\_\_ a fait preuve jusqu'ici de bonnes ressources personnelles. Elle a été en mesure d'élever ses enfants tout en travaillant au Portugal, alors que son mari était en Suisse. A son arrivée sur le territoire, elle s'est insérée facilement. Après son licenciement en 2013, elle a trouvé à nouveau une activité. Depuis 2016 cependant, l'expertisée se trouve enlisée dans un état de régression important lié à un vécu subjectif de maladie grave et incomprise.

4.6. Contrôle de cohérence

Il y a plusieurs éléments d'incohérence entre les limitations alléguées et les activités de la vie quotidiennes telles que mentionnées par l'expertisée entrant dans le cadre de l'amplification des symptômes. Tous les domaines de la vie ne sont pas uniformément limités.

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

La capacité de travail est estimée à 70%.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité de travail est estimée à 70%.

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

Les activités habituelles de cuisinière et nettoyeuse restent adaptées à l'état de santé de l'expertisée, si elles respectent les limitations fonctionnelles qui ont été établies.

En raison du syndrome douloureux chronique et pour que l'assurée puisse changer de position, une baisse de rendement de 30% est retenue dans toute activité.

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

Les experts n'ont pas de proposition thérapeutique ayant une incidence sur la capacité de travail. En revanche, ils suggèrent le sevrage des morphiniques qui ne sont pas une indication dans les syndromes douloureux chroniques sans substrat anatomique clair et qui peuvent induire une dépendance."

**d)** Au vu de ce qui précède, les répercussions fonctionnelles des troubles physiques et psychiques diagnostiqués par les experts de la F. \_\_\_\_\_ sur la capacité de travail de la recourante emportent la conviction.

**e)** Les critiques de la recourante ne suffisent pas à entamer le bien-fondé des constatations et des conclusions du rapport d'expertise judiciaire, qui se fonde sur un consilium multidisciplinaire cohérent et clair. L'exclusion de certains diagnostics est motivée, tout comme les limitations fonctionnelles retenues, auxquelles la recourante se borne à opposer son propre avis divergeant qui s'avère procéder d'une appréciation distincte d'un état de fait clairement posé sur le plan médical.

**f)** Partant, le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la F. \_\_\_\_\_ du 17 décembre 2019 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. De très bonne facture, fruit d'un travail méticuleux et coordonné de spécialistes expérimentés, il comporte une étude complète et fouillée de la situation de l'assurée, une discussion consensuelle claire et motivée des diagnostics retenus (et de ceux exclus), ainsi que des conclusions médicales étayées et convaincantes. Celles-ci seront donc suivies. Ainsi, la recourante est réputée conserver une capacité de travail de 70 % dans toute activité, ce dont l'OAI convient.

**g)** La cour étant en mesure de statuer en l'état du dossier qui se révèle complet du point de vue médical, les réquisitions de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise

pluridisciplinaire judiciaire ou d'un complément d'expertise doivent être rejetées.

Cela étant, il y a lieu d'examiner le sort de la prestation litigieuse.

**5.** S'agissant du refus du droit à la rente, la décision attaquée s'étant à tort fondée sur une pleine capacité de travail, il y a lieu de l'annuler et de renvoyer la cause à l'intimé – qui, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin – afin qu'il procède à un nouveau calcul du degré d'invalidité, fondé sur les conclusions des experts.

**6. a)** En définitive bien-fondé, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé afin qu'il en poursuive l'instruction dans le sens de ce qui précède puis rende une nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 27 septembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Alexandre Guyaz (pour G. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :