

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 novembre 2017

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Métral et Mme Dessaux, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap Service juridique, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 let. b LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de deux enfants nés en [...] et [...], auxiliaire de nettoyage, en Suisse depuis [...], en incapacité de travail totale depuis le 13 août 2009, a déposé le 4 janvier 2013 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état de « perturbations psychiques » existant depuis une vingtaine d'années, indiquant être suivie depuis le 8 août 2012 par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

Dans ce cadre, le dossier de l'assureur perte de gain ([...] SA) a été produit. Il en résulte en particulier que l'assurée présente des talalgies inférieures d'évolution lentement favorable ainsi qu'un trouble dépressif pour lequel elle bénéficie d'une prise en charge spécialisée. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 juillet 2012 (rapport de la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, médecin traitant, du 19 septembre 2012).

Interpellée sur ce que serait son taux d'activité si elle n'était pas atteinte dans sa santé, l'assurée a répondu qu'elle travaillerait à 100%, depuis 2008, dans le nettoyage, par nécessité financière.

Dans un rapport du 12 avril 2013 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), la Dresse A.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère, de trouble mixte de la personnalité, de status après trois tentamen médicamenteux (août et décembre 2009, mai 2010) et de lombalgies, talalgies et arthralgies mécaniques récidivantes. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu les diagnostics d'asthme allergique stable, d'épanchement péricardique circonférentiel sans effet compressif et de status après tuberculose dans l'enfance. La Dresse A.\_\_\_\_\_ a estimé qu'en raison de la fatigue, de la fatigabilité, de troubles mnésiques et de la concentration,

de rachialgies d'effort, de difficulté à la marche lors d'exacerbation et de talalgies, l'activité habituelle n'était probablement plus exigible de la part de l'assurée, avec la précision « à évaluer sur le plan psychiatrique ».

Dans un rapport du 27 janvier 2014 à l'OAI, le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique (F33.1) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). Pour le psychiatre traitant, l'incapacité de travail était totale dans l'activité usuelle de femme de ménage dès le 8 août 2012 compte tenu des limitations psychiques de l'assurée, à savoir : une sensibilité au stress, une difficulté à gérer la pression, une diminution de l'élan vital, une fatigue, un besoin de sommeil accru et une tendance à une hyper expressivité émotionnelle. Diverses activités restaient néanmoins possibles, avec toutefois un besoin de soutien en raison de la labilité émotionnelle (activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels, activités exigeant de l'endurance / de la précision / de la rapidité, activités impliquant des tâches complexes). Un temps plein comme un temps partiel étaient envisageables étant précisé que l'assurée pouvait présenter des absences liées à son état de santé psychique, soit en raison de crises émotionnelles dans le cadre de son trouble de la personnalité, soit en cas de rechute dépressive.

L'assurée a séjourné du 27 février au 20 mars 2014 au Service de psychiatrie générale du CHUV à la requête du Dr J.\_\_\_\_\_, pour mise à l'abri d'un geste auto-agressif dans le cadre d'un état dépressif récurrent. Dans leur rapport du 1<sup>er</sup> mai 2014, les Drs Q.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et T.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), de status post-hospitalisation au [...] (Centre de psychiatrie [...]) en 2009 pour épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants et émotionnellement labile de type impulsif.

Par avis du 14 mai 2014, les Drs B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, du Service Médical Régional (SMR) de l'assurance-invalidité, ont estimé au vu de l'incapacité de travail sans interruption depuis le 8 août 2012 avec une évolution stationnaire attestée par les médecins traitants, qu'une expertise médicale pluridisciplinaire de l'assurée s'avérait nécessaire.

Une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique) a été confiée par l'OAI à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR). Dans ce cadre, l'assurée a été examinée par les Drs E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans leur rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2015 consécutif au séjour de l'assurée à la CRR du 18 au 19 août 2015, les experts n'ont posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, retenant ceux sans effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de personnalité émotionnellement labile (F60.3), de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), et de talalgie plantaire droite (M79.67). Ils ont fait l'appréciation suivante de la situation :

“Assurée d'origine portugaise, âgée de 44 ans qui a eu une scolarité rudimentaire jusqu'à l'âge de 10 ans. Dès l'âge de 11 ans elle travaille comme femme de ménage puis dès l'âge de 16 ans également comme ouvrière en usine tout en assurant parallèlement un travail de femme de ménage.

Dès l'enfance elle présente des problèmes de santé à savoir une tuberculose nécessitant une hospitalisation de plusieurs mois à l'âge de 3 ans, un asthme allergique nécessitant plusieurs hospitalisations dans l'enfance dont deux séjours aux soins intensifs. Dès l'âge de 18 ans elle présente un état dépressif justifiant un suivi psychiatrique et une hospitalisation en milieu psychiatrique. Après de nombreux arrêts de travail pour raison de santé, elle ne travaille pas au Portugal depuis 2005. En 2008 elle vient en Suisse pour rejoindre son mari qui travaille comme maçon depuis 1999. Malgré ses douleurs et un état dépressif chronique, elle travaille à temps partiel dans des entreprises de nettoyage. En 2009 elle est hospitalisée en milieu psychiatrique à [...] pour un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. On parle également de trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants et émotionnellement labiles de type impulsif. Elle continue à travailler comme femme de ménage à temps partiel mais arrête définitivement en juillet 2012. Elle est hospitalisée à nouveau en milieu psychiatrique au printemps 2014

pour un épisode dépressif sévère, malgré un traitement médicamenteux bien suivi et une prise en charge psychothérapeutique régulière.

De l'étude du dossier on retient l'impression d'une pathologie psychiatrique importante, persistant malgré une prise en charge psychiatrique adéquate et une bonne compliance médicamenteuse. A ce problème psychiatrique s'associe des douleurs articulaires et rachidiennes qui sont au second plan et un asthme allergique.

Les plaintes de l'assurée concernent effectivement son moral qui est très mauvais avec des symptômes de tristesse, de désespoir, de dévalorisation, des idées suicidaires, une fatigue chronique et de gros troubles du sommeil. Il s'y associe des douleurs généralisées prédominant au niveau des épaules, des coudes, des régions périrochantériennes et lombaires et des pieds. Les douleurs sont de très forte intensité, exacerbées par les efforts et peu améliorées par la médication et les traitements physiques comme la physiothérapie et l'acupuncture. En raison de ses symptômes dépressifs et douloureux l'assurée reste essentiellement à domicile, n'a que peu de contacts sociaux et se fait aider pour la plupart des activités ménagères. A fortiori elle se sent incapable de reprendre une quelconque activité professionnelle et ne voit pas de solution à ses problèmes. Elle a des symptômes asthmatiques qui sont actuellement stabilisés sous traitement broncho-dilatateur et de corticoïdes en inhalation avec une dyspnée d'effort gênant la marche et la montée des escaliers. Elle a d'épisodiques tachycardies et subi des contrôles cardiologiques réguliers en raison d'un épanchement péricardique. Elle a pris une vingtaine de kilos en un peu plus d'une année en évoquant un grignotage permanent et dans un contexte de sédentarité importante.

L'examen de l'assurée nous met en présence d'une femme de 44 ans en état général conservé avec une obésité à prédominance tronculaire. Elle se déplace précautionneusement et annonce des douleurs dans tous les mouvements du rachis et des membres. La palpation est diffusément douloureuse sur les quatre membres de même que sur la région lombaire et fessière. Ces douleurs contrastent avec des mobilités articulaires conservées aux quatre membres. Elle arbore constamment un air triste, parlant avec une voix monocorde et faible et pleurant à l'évocation de ses problèmes psychologiques et l'absence de solution à ses symptômes douloureux.

D'un point de vue rhumatologique, le Dr F. \_\_\_\_\_ conclut: *Ce qui frappe, au cours de l'approche clinique, c'est l'imposante dimension émotionnelle de la douleur, l'entretien étant souvent entrecoupé de pleurs, l'assurée exprimant alors des idées suicidaires, de ruine ou de culpabilité. Madame V. \_\_\_\_\_ est toutefois capable de moduler rapidement son humeur et de garder le focus sur les questions. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur.*

*Ainsi, si elle se déplace avec une certaine lenteur, elle se dévêt sans épargne et se soumet sans rechigner à l'examen. Il existe plusieurs auto-limitations, l'assurée mettant fin au test qui lui est demandé en raison d'une douleur (abduction des épaules, marche sur les talons par exemple). Objectivement, on ne retient guère d'anomalie en*

*dehors de troubles statiques banals du rachis (scoliose lombaire moins évidente cliniquement que sur les radiographies) et de troubles statiques plantaires. On ne trouve aucune limitation de la mobilité articulaire.*

*Les signes dégénératifs cervicaux et lombaires sur les documents d'imagerie à disposition sont très modérés et à banaliser chez une personne de cet âge... Je ne trouve pas d'atteinte de l'appareil locomoteur susceptible d'entraver l'exercice d'une activité professionnelle, quel que soit le domaine choisi. Il existe un empan évident entre les plaintes douloureuses alléguées et les constatations objectives.*

Dans ce contexte de discordances importantes entre le syndrome douloureux chronique et les constatations objectives, nous avons procédé à une évaluation approfondie des caractéristiques psychiques de cette assurée. Au terme de son expertise psychiatrique, le [Dr] X. \_\_\_\_\_ confirme l'existence d'un trouble dépressif récurrent ayant nécessité une prise en charge depuis l'adolescence. Il ne retrouve pas de critère incapacitant pour ce trouble dépressif qui est d'intensité moyenne, sans altération des fonctions cognitives, sans anéantissement ni cristallisation de l'état psychique. Celui-ci est altéré de façon chronique, sans critère d'aggravation hormis durant certaines périodes ayant conduit à une hospitalisation en milieu psychiatrique lors d'épisodes sévères. L'assurée présente un trouble de la personnalité émotionnellement labile qui n'est cependant pas suffisamment grave pour justifier une incapacité de travail en lui-même. En l'absence d'explication somatique précise, le syndrome douloureux remplit les critères d'un trouble somatoforme douloureux persistant qui ne remplit pas non plus les critères permettant de justifier une incapacité de travail, notamment en l'absence de comorbidité psychiatrique sévère et d'un état psychique cristallisé.

En conclusion, les experts s'accordent à estimer que cette assurée ne présente pas d'anomalie somatique justifiant une incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée. Sans remettre en question l'existence d'une problématique psychique chronique, ils estiment que celle-ci ne présente pas de critère de sévérité tel que l'on ne pourrait plus rien exiger de l'assurée. En l'absence d'une psychopathologie incapacitante, le syndrome douloureux chronique sans explication somatique claire ne justifie pas non plus d'incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée.

Les experts n'ont pas de proposition thérapeutique à formuler compte tenu de la prise en charge adéquate dont bénéficie l'assurée.

Des mesures professionnelles sont théoriquement envisageables mais elles sont certainement vouées à l'échec en raison d'éléments non médicaux à proprement parler, notamment la très longue durée d'incapacité de travail, le fait que l'assurée revendique un statut d'invalidé et qu'elle s'estime incapable d'exercer quelque activité que ce soit."

Le 22 septembre 2015, le Dr I.\_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié aux constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la CRR, retenant qu'en l'absence d'atteinte à la santé invalidante, l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail de longue durée ni de limitations fonctionnelles somatiques ou psychiques.

Par avis du 16 février 2016, le Dr I.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il convenait de confirmer le caractère non incapacitant du trouble somatoforme douloureux persistant diagnostiqué lors du séjour de l'assurée en août 2015 à la CRR.

Par projet de décision du 12 avril 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente et à des mesures professionnelles (reclassement).

Le 14 juillet 2016, l'assurée, assistée par Me Karim Hirchi, a produit un rapport du 12 juillet 2016 adressé à son conseil par les Dresses N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, O.\_\_\_\_\_, médecin-assistant et la psychologue K.\_\_\_\_\_, du Centre de Psychothérapie [...], dont il ressort ce qui suit :

“Mme V.\_\_\_\_\_ est suivie au Centre [...] depuis le 6 septembre 2012, de manière hebdomadaire pour des troubles psychiques importants et durables, avec un impact sur ses capacités professionnelles et personnelles, ayant pour conséquence une perte de gain réelle.

Depuis le début du suivi, nous avons observé une grande fluctuation de l'état de santé psychique fortement liée aux événements de stress extérieurs, et avons donc diagnostiqué un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, qui a évolué vers un stade sévère (CIM-10 : F33.2).

Lors des entretiens, le discours est digressif, avec une asthénie générale et psychomotrice ainsi qu'une bradypsychie imbibée par le sentiment de culpabilité et de victimisation.

Mme V.\_\_\_\_\_ relate une perte de l'estime de soi, une dévalorisation permanente, et verbalise des idées suicidaires passagères (par prise de médicaments). Elle rapporte une aboulie, une anhédonie, une absence de libido, des céphalées, des troubles de l'endormissement, une grande impulsivité sous forme d'hyperphagie, provoquant une prise de poids importante durant ces derniers mois (102 kg).

En raison d'une grande fatigabilité, liée à sa symptomatologie dépressive ainsi qu'à son trouble somatoforme (CIM-10 : F45.4), Mme V.\_\_\_\_\_ est au bénéfice de l'aide-ménagère (3h par semaine), et est secondée au quotidien par son mari et ses deux enfants.

Nous rappelons que Mme V.\_\_\_\_\_ présente un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (CIM-10 : F60.31), caractérisé par une importante rigidité de caractère, une importante souffrance subjective, une instabilité de l'humeur, des difficultés dans ses rapports à soi et aux autres, ainsi qu'une grande impulsivité.

Depuis la prise en charge, la patiente présente une légère diminution de son impulsivité (passages à l'acte à répétitions aboutissant à des hospitalisations, la dernière remontant à 2014). Néanmoins, Mme V.\_\_\_\_\_ présente une grande vulnérabilité aux frustrations et aux feedbacks négatifs, renforcée par un sentiment d'injustice et de vide profond, accompagnée d'une incapacité à concevoir la réalité externe au profit d'une réalité interne qui la limite et d'un refuge dans le sommeil.

La moindre situation anxigène déclenche une humeur triste de niveau intense, au cours de laquelle surviennent des idées auto- et/ou hétéro-agressives, avec risques de passage à l'acte.

Dans la relation interpersonnelle, Mme V.\_\_\_\_\_ présente beaucoup de difficultés à trouver la juste distance (la proximité est vécue comme persécutoire et la distance comme un rejet/abandon), raison pour laquelle elle se retrouve en permanence isolée et désociabilisée. Les moyens défensifs élaborés par la patiente pour lutter contre la réalité externe qui lui est insupportable rendent la capacité de travail nulle, tant la souffrance et les dysfonctionnements qui en découlent sont invalidants.

Compte tenu de ce qui précède, la patiente présente actuellement une psychopathologie sévère, qui interfère avec toute évolution positive de l'état de santé et la place de manière durable dans une incapacité de travail totale."

L'assurée, par son conseil, a fait part de ses observations sur le projet de décision le 31 octobre 2016, en se référant pour l'essentiel au rapport de la Dresse N.\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2016. Elle a également joint un rapport du 27 octobre 2016 de la Dresse A.\_\_\_\_\_ qui, sur le plan ostéo-articulaire, faisait état d'une évolution sous la forme d'une fibromyalgie avec des douleurs cervicales et lombaires, des épaules, des coudes, des hanches et des pieds. L'examen mettait en évidence une limitation intermittente cervicale ou lombaire, une mobilité articulaire conservée et des douleurs insertionnelles multiples (périarthrite de hanche, syndrome de l'angulaire de l'omoplate, douleurs du long chef du

biceps, épicondylite...), éléments qui ne ressortaient pas du rapport de l'expert F.\_\_\_\_\_. Le médecin traitant a évalué la capacité de travail exigible dans des activités de nettoyage et soutenues des membres supérieurs à 50% compte tenu de douleurs fibromyalgiques qui impactaient le quotidien et limitaient les efforts soutenus. Ces atteintes ostéo-articulaires influençaient également de manière négative les troubles de l'humeur de l'assurée, contribuant notamment à son manque d'allant et à ses troubles du sommeil. S'agissant de la comorbidité, la Dresse A.\_\_\_\_\_ notait la persistance du trouble dépressif selon une évaluation spécialisée. Elle listait en outre un asthme allergique impliquant des adaptations thérapeutiques lors d'épisodes infectieux, un épanchement péricardique stable sans répercussion fonctionnelle et une obésité morbide traitée le 26 septembre 2016 par bypass associé à une cholécystectomie. Ces derniers diagnostics impliquaient une limitation à l'exposition à des poussières ou des produits irritants sur les voies respiratoires et pour le bypass, de manière plus transitoire, aux efforts physiques.

Par avis du 13 décembre 2016, le Dr I.\_\_\_\_\_ du SMR a constaté que le rapport de la Dresse N.\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2016 rappelait l'existence d'un trouble dépressif récurrent moyen et que celui du 27 octobre 2016 de la Dresse A.\_\_\_\_\_ n'apportait pas non plus d'élément médical nouveau, évoquant la fibromyalgie et la dépression affectant l'assurée. Il n'existait par conséquent aucun motif de revoir l'appréciation de la situation.

Par décision du 19 décembre 2016 accompagnée d'un courrier du même jour, l'OAI a confirmé son refus de droit à la rente et à des mesures professionnelles (reclassement) en faveur de l'assurée.

**B.** Par acte du 31 janvier 2017, V.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Hichri, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013, et subsidiairement à son annulation et au

renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. En substance, elle a relevé qu'il était douteux qu'elle dispose d'une capacité de travail entière en 2015, alors que les experts de la CRR ont toujours retenu un trouble dépressif d'intensité moyenne et qu'elle avait été hospitalisée durant le mois de mars 2014 pour mise à l'abri d'un geste auto-agressif dans le cadre d'un épisode dépressif sévère. Se référant au rapport du 27 janvier 2014 du Dr J.\_\_\_\_\_, elle a estimé que les différents médecins retenaient pour ainsi dire les mêmes troubles psychiatriques, mais divergeaient sur sa capacité de travail, estimant dès lors que l'intimé ne pouvait rendre une décision sans instruire spécifiquement la question de sa capacité de travail. Elle était d'avis que cette instruction était d'autant plus justifiée que la Dresse N.\_\_\_\_\_ avait affirmé dans son rapport du 12 juillet 2016 que l'impossibilité d'effectuer ses tâches sans entrave était totale. Elle a ainsi estimé que dans la mesure où les différents médecins retenaient « plus ou moins » les mêmes affections que ceux du Centre [...], mais ces derniers expliquant de manière détaillée les répercussions sur la capacité de travail, le droit à une rente entière pourrait même se justifier en lieu et place d'un complément d'instruction. Elle s'est pour le surplus référée au rapport du 27 octobre 2016 de la Dresse A.\_\_\_\_\_, qui a estimé l'incapacité de travail à 50% au plan somatique. A titre de mesure d'instruction, elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 26 avril 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée.

Le 18 mai 2017, la recourante a maintenu sa position.

### **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 prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Le recours a été formé en temps utile compte tenu des fêtes d'hiver (art. 38 al. 4 let. c LPGGA) devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre les 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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** Est litigieuse la question de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI).

L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le droit à la rente est échelonné, en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50% au moins, à trois quarts de rente pour un

taux d'invalidité de 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

**4.** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

**5. a)** 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 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 soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc 6; cf. TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes

externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables — de nature clinique ou diagnostique — qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

**6.** En l'occurrence, la recourante se réfère à l'avis de ses médecins traitants, estimant que son incapacité de travail est totale, ce qui justifie l'octroi d'une rente entière.

Afin de déterminer avec précision l'incidence sur sa capacité de travail des différentes atteintes à la santé de la recourante, une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre par l'OAI auprès de la CRR. Les spécialistes de la CRR ont procédé à trois examens cliniques (de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique) ainsi qu'à une étude de l'ensemble des éléments du dossier. Les conclusions du rapport de synthèse ont ensuite été discutées par les co-experts.

Les Drs E.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ n'ont pas retenu de diagnostics incapacitants, mais uniquement ceux, sans effet sur la

capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de personnalité émotionnellement labile (F60.3), de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et de talalgie plantaire droite (M79.67). Après discussion, ils ont conclu que la recourante ne présentait aucune anomalie somatique justifiant une incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée. Sans réfuter l'existence d'une problématique psychique chronique, les experts ont estimé qu'en l'absence d'une psychopathologie incapacitante, le syndrome douloureux chronique sans étiologie somatique claire ne justifiait pas non plus d'incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée, la prise en charge dont bénéficiait l'assurée étant au demeurant adéquate.

Sur le plan de la médecine interne, le Dr E. \_\_\_\_\_ a relevé que les douleurs articulaires et rachidiennes étaient au second plan et s'associaient à un problème psychiatrique. Il a pour le surplus observé que les symptômes asthmatiques de l'assurée étaient stabilisés sous traitement broncho-dilatateur et de corticoïdes en inhalation . L'expert somaticien a du reste mentionné un examen d'une femme de quarante-quatre ans en état général conservé avec une obésité à prédominance tronculaire dont les douleurs annoncées (dans tous les mouvements du rachis et des membres) contrastaient avec des mobilités articulaires conservées aux quatre membres.

Du point de vue rhumatologique, le Dr F. \_\_\_\_\_ a relevé plusieurs auto-limitations chez l'assurée lors des tests, alors qu'objectivement, hormis des troubles statiques banals du rachis (scoliose lombaire) et des troubles statiques plantaires, il n'y avait aucune limitation de la mobilité articulaire. L'expert rhumatologue a au demeurant qualifié de très modérés les signes dégénératifs cervicaux et lombaires documentés (radiographies), à banaliser chez une personne de l'âge de la recourante. En l'absence d'atteinte de l'appareil locomoteur susceptible d'entraver l'exercice d'une activité professionnelle, quel que soit le domaine choisi, le Dr F. \_\_\_\_\_ a ainsi fait état d'un « empan évident entre les plaintes douloureuses alléguées et les constatations objectives ».

Au plan psychiatrique, le Dr X.\_\_\_\_\_ a confirmé l'existence d'un trouble dépressif récurrent ayant impliqué un suivi spécialisé depuis l'adolescence. Il n'a cependant pas trouvé de critère incapacitant pour ce trouble dépressif d'intensité moyenne, sans altération des fonctions cognitives, sans anéantissement ni cristallisation de l'état psychique et altéré de façon chronique sans critère d'aggravation hormis durant certaines périodes sévères. Selon le Dr X.\_\_\_\_\_, l'assurée présentait également un trouble de la personnalité émotionnellement labile, lequel n'était toutefois pas suffisamment grave pour justifier une incapacité de travail en lui-même. Dans le contexte d'un syndrome douloureux sans explication somatique précise, l'expert psychiatre a retenu un trouble somatoforme douloureux persistant. En l'absence notamment de comorbidité psychiatrique sévère et d'un état psychique cristallisé, ce dernier diagnostic ne justifiait pas non plus, selon le DrX.\_\_\_\_\_, une incapacité de travail quelle que soit l'activité envisagée (rapport d'expertise, p. 9).

Par ailleurs, le Dr X.\_\_\_\_\_ n'a pas établi son expertise en se référant expressément aux critères posés par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281 du 3 juin 2015. Cela n'invalide toutefois pas *a priori* l'expertise et il convient d'examiner si les constatations de l'expert permettent néanmoins une appréciation probante de la capacité de travail de la recourante à l'aune des indicateurs déterminants.

Tel est bien le cas : dans un avis SMR du 16 février 2016, le Drl.\_\_\_\_\_ a expliqué avec pertinence que même si le trouble somatoforme douloureux était retenu par exclusion, le Dr X.\_\_\_\_\_ avait procédé à une appréciation pondérée des différents indicateurs entrant en considération. Le rapport de la CRR a bien énuméré les critères de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé), soit une douleur persistante depuis plus de six mois, intense (cotée 8/10), avec sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique, ni de trouble de la personnalité incapacitants, mais des signes de surcharge, avec une importante dimension

émotionnelle de la douleur, ainsi que plusieurs auto-limitations, lesquelles contrastaient avec un examen rhumatologique dans la norme, le Dr F.\_\_\_\_\_ ayant mentionné « un écart évident entre les plaintes douloureuses alléguées et les constatations médicales objectives ». Il existait dès lors une certaine incohérence entre les plaintes alléguées et les résultats de l'expertise. Les ressources de l'assurée étaient certes limitées, mais existantes tout de même, avec un certain soutien de la part de son époux et des rendez-vous médicaux honorés ainsi que la fréquentation de la piscine deux fois par semaine. Les constatations de l'expert psychiatre permettant ainsi une appréciation de la capacité résiduelle de travail de la recourante à l'aune des indicateurs déterminants, il convient de confirmer le caractère non incapacitant du trouble somatoforme douloureux persistant diagnostiqué par les experts de la CRR.

Les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la CRR du 1<sup>er</sup> septembre 2015 reposent sur une étude circonstanciée du cas d'espèce et des examens très complets, et prennent également en considération les plaintes de la recourante. La description du contexte et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts bien motivées. Cette expertise, établie par des spécialistes selon les règles de l'art - qui a nécessité un travail systématique et rigoureux pour chacune des affections finalement retenues - remplit par conséquent les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 5a supra). A cela s'ajoute qu'il n'y a pas lieu de douter de la valeur probante de l'expertise de la CRR tant qu'aucun indice concret et sérieux ne le permet (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Or, les rapports de ses médecins traitants dont se prévaut la recourante ne sauraient constituer de tels indices.

Sur le plan somatique, le rapport de la Dresse A.\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2016 ne remet pas sérieusement en cause les constatations des Drs E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_. Il n'est en particulier fait état d'aucun diagnostic nouveau, mais de douleurs qualifiées de « fibromyalgiques ». Quant à l'incapacité de travail de 50% évoquée, elle n'est pas étayée sur

le plan médical. Cette estimation vaut d'ailleurs uniquement pour l'exercice d'activités de nettoyage et avec efforts soutenus des membres supérieurs, à l'exclusion d'autres activités plus accessibles à l'assurée (cf. à cet égard, le rapport du 27 janvier 2014 du Dr J.\_\_\_\_\_, p. 6). Contrairement à ce qu'affirme la Dresse A.\_\_\_\_\_, les experts de la CRR ont motivé leur appréciation en tenant compte des symptômes et limitations évoqués par celle-ci. Dans le registre de la médecine interne, le Dr E.\_\_\_\_\_ a en effet répertorié un asthme symptomatique stabilisé sous traitement broncho-dilatateur et de corticoïdes en inhalation avec une dyspnée d'effort (à la marche et à la montée d'escaliers), des tachycardies épisodiques avec des contrôles réguliers en raison d'un épanchement péricardique, ainsi qu'une prise de poids importante (vingt kilos) en un peu plus d'une année en raison de grignotage et dans un contexte de sédentarité importante. Sous l'angle rhumatologique, en dehors de troubles statiques banals du rachis (scoliose lombaire) et de troubles statiques lombaires, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé des signes dégénératifs cervicaux et lombaires sur les radiographies à disposition très modérés et à banaliser chez une personne de l'âge de l'assurée. Il n'a pas retrouvé à l'examen de limitation de la mobilité articulaire. Cet expert s'est également dit frappé, à l'instar de la Dresse A.\_\_\_\_\_, par la dimension émotionnelle importante de la douleur sur l'état ostéo-articulaire avec un entretien souvent entrecoupé de pleurs et marqué par des auto-limitations aux tests demandés. On ne peut dès lors que partager l'avis du Dr I.\_\_\_\_\_ selon lequel le dernier rapport de la médecin traitant ne fait que rappeler les diagnostics déjà pris en compte dans le cadre de l'expertise à la CRR en 2015 (cf. avis médical SMR du 13 décembre 2016). Quant au traitement par bypass, il a été prescrit dès lors que l'assurée présente une obésité morbide qui n'avait pas répondu à la prise en charge usuelle. Or de l'avis de la Dresse A.\_\_\_\_\_, il ne résultait de l'opération qu'une limitation transitoire aux efforts physiques.

Sur le plan psychiatrique, c'est au vu des diagnostics incapacitants retenus par le Dr J.\_\_\_\_\_ le 27 janvier 2014 et du rapport du 1<sup>er</sup> mai 2014 des Drs Q.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ que l'assurée a été expertisée à la CRR (cf. avis médical SMR du 14 mai 2014). Les experts de

la CRR ont posé les diagnostics, au plan psychiatrique, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de personnalité émotionnellement labile (F60.3) et de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), l'ensemble de ces diagnostics étant sans effet sur la capacité de travail.

Aux yeux de la recourante, ses médecins retenaient pour ainsi dire les mêmes troubles psychiatriques, mais divergeraient sur sa capacité de travail, estimant dès lors que ses atteintes psychiatriques auraient dû faire l'objet d'une instruction complémentaire, se référant pour l'essentiel au rapport du 12 juillet 2016 de la Dresse N.\_\_\_\_\_.

Ce rapport n'est toutefois pas propre à remettre en cause l'appréciation des experts de la CRR. Outre le fait qu'il doit être admis avec réserve puisqu'il émane de la médecin traitant de l'assurée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid 4.2), et les difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, il y a lieu de constater que la recourante, même si elle se fait aider pour la plupart des activités ménagères et reste essentiellement à domicile, dispose encore de ressources, avec un certain soutien de la part de son époux, des rendez-vous médicaux honorés et la fréquentation d'une piscine pour la physiothérapie (cf. rapport d'expertise, p. 3 et 5). Elle bénéficie par ailleurs d'une prise en charge psychiatrique adéquate avec une bonne compliance médicamenteuse, sans nouvelle période d'aggravation ayant conduit à une hospitalisation en milieu psychiatrique depuis le dernier séjour au printemps 2014. Dans ce contexte, les experts de la CRR ont relevé d'importantes discordances entre l'allégation de douleurs et leurs observations médicales (cf. consid. 6 supra). Dans son rapport du 12 juillet 2016, la Dresse N.\_\_\_\_\_ ne fait pas état d'élément nouveau, respectivement d'informations importantes qui n'auraient pas été prises en compte par les experts de la CRR, mais livre sa propre appréciation d'une situation qui est demeurée pour l'essentiel inchangée.

Au terme d'une longue instruction médicale, les diverses atteintes à la santé de la recourante ont bien été discutées et prises en compte, de sorte que la position de l'OAI ne prête pas le flanc à la critique. La Cour de céans retient en définitive avec cet office que les atteintes à la santé affectant la recourante sur les plans somatique et psychique justifient de retenir une capacité de travail de 100% dans l'exercice de toute activité. A défaut de présenter une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, la recourante n'a ainsi pas droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

**7.** Le dossier est complet, permettant à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction n'est dès lors pas justifié et la requête d'expertise judiciaire formulée par la recourante doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C\_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**8.** Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**a)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD).

**b)** Par décision du 27 mars 2017, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 31 janvier 2017 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Karim Hichri.

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

**c)** Le 17 juillet 2017, Me Hichri a renoncé à produire une liste des opérations, s'en remettant à justice pour la fixation de l'indemnité d'avocat d'office. Il convient par conséquent de lui allouer un montant de 1'900 fr. pour ses prestations d'avocat, au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ), somme à laquelle s'ajoutent les débours forfaitaires par 100 fr. (art. 3 al. 3 RAJ) et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 2'160 fr. ( $[(1'900 \text{ fr.} + 100 \text{ fr.}) \times 108] / 100$ ) pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause, débours et TVA compris.

**d)** La procédure est onéreuse ; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

**e)** La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser les montants pris en charge par le canton dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 décembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.

**IV.** L'indemnité d'office de Me Karim Hichri, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'160 fr. (deux mille cent soixante francs), TVA et débours compris.

**V.** Il n'est pas alloué de dépens.

**VI.** 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Inclusion Handicap Service juridique (pour V. \_\_\_\_\_),
- 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 :