

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 mai 2016

---

Composition : M. NEU, président  
M. Monod et Mme Dormond Béguelin, assesseurs  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jeton Kryeziu, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 al. 1, 28 al. 1 et 28a al. 1 LAI ; art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16  
LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963 au Kosovo, au bénéfice d'un permis C, sans formation professionnelle, travaillait à 100 % en tant qu'employée de production dans le domaine de la restauration.

Elle a présenté des incapacités de travail variant de 50 à 100 % dès le 13 décembre 2010 en raison de douleurs lombaires. Le 30 janvier 2012, K.\_\_\_\_\_ assurance-maladie (ci-après : K.\_\_\_\_\_ assurance-maladie), assureur perte de gain de l'assurée, a en conséquence transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations signée par l'assurée le 23 janvier 2012, accompagnée de son dossier médical.

Mandaté par K.\_\_\_\_\_ assurance-maladie aux fins d'un examen de l'état de santé de l'assurée, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie à la Clinique C.\_\_\_\_\_, a rendu un rapport le 26 janvier 2012. Il a retenu les diagnostics de troubles statiques lombaires à type d'hyperlordose, d'obésité de classe III, de probable fibromyalgie, bien que certains critères n'étaient pas exprimés (troubles du sommeil, troubles fonctionnels viscéraux), et de syndrome de majoration des plaintes. Les limitations fonctionnelles concernaient la station debout immobile prolongée, le porte-à-faux lombaire et les manutentions de charges lourdes supérieures à 20 kg. Concernant la fibromyalgie, l'appréciation de la capacité de travail relevait de l'analyse des critères jurisprudentiels par un médecin psychiatre. Selon le Dr V.\_\_\_\_\_, les limitations fonctionnelles ne devaient pas interférer de manière significative dans l'activité habituelle si elle était exercée à 50 %. La capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée.

Interrogé par l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a transmis à l'Office un rapport qu'il avait adressé à la Dresse P.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, le 9 novembre 2011. Il

avait vu la patiente une fois en décembre 2010 et l'avait examinée le 8 novembre 2011. Il constatait que les limitations fonctionnelles étaient essentiellement liées à l'obésité morbide et à des problèmes musculo-insertionnels diffus. Cela ressemblait à son sens à un tableau de type fibromyalgique.

Le 13 février 2012, K.\_\_\_\_\_ assurance-maladie a annoncé à l'assurée qu'elle lui reconnaissait une indemnité transitoire de trois mois pour la recherche d'un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles.

Le 28 février 2012, l'employeur de l'assurée lui a signifié son congé pour le 31 mai 2012 en raison de ses nombreuses incapacités de travail.

Interrogée par l'OAI, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a rendu le 12 mars 2012 un rapport, sur la base des conclusions des Drs D.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, reprenant leurs diagnostics et estimant la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée, dès la date de son rapport.

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : le SMR) a rendu un avis médical le 19 septembre 2012 sous la plume du Dr G.\_\_\_\_\_, se déclarant d'accord avec les conclusions somatiques du Dr V.\_\_\_\_\_ et des médecins traitants de l'assurée et estimant par ailleurs nécessaire la mise en œuvre d'un examen psychiatrique au SMR.

L'assurée a consulté dès le 25 février 2012 la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a rempli un questionnaire de l'OAI le 10 novembre 2012. Elle retenait les diagnostics avec effets sur la capacité de travail d'état dépressif réactionnel prolongé chez une patiente avec un trouble de la personnalité à trait évident [recte : évitant] F43.21, de syndrome douloureux chronique dans l'hémicorps droit avec lombosciatalgie droite et une cervico-brachialgie avec léger syndrome du tunnel carpien droit diagnostiqué depuis au moins six mois et d'obésité morbide et discopathie L4-L5 modérée. Concernant

l'activité habituelle, la Dresse J.\_\_\_\_\_ précisait que sa patiente ne pouvait se rendre seule à son lieu de travail et présentait des difficultés d'attention, de concentration et d'endurance au travail qui étaient liées à ses difficultés d'adaptation sur le plan psychique. Il en résultait une incapacité de travail de 50 %, y compris dans une activité adaptée.

La Dresse I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du SMR, a examiné l'assurée le 10 décembre 2012 et rendu un rapport le 4 février 2013. Elle n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail. Elle a en revanche retenu les diagnostics sans répercussion durable sur la capacité de travail de trouble mixte de la personnalité dépendante et anxieuse, non décompensé F61.0, de trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée, en rémission F43.21, de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie Z60.0 et de difficultés liées à l'acculturation Z60.3. Son appréciation du cas était la suivante :

« [...] Dans son rapport médical du 10 novembre 2012, la Dresse J.\_\_\_\_\_ retient les diagnostics d'état dépressif réactionnel prolongé chez une patiente avec un trouble de la personnalité à trait évident F43.21, syndrome douloureux chronique dans l'hémicorps droit avec lombosciatalgies droites et une cervico-brachialgie avec léger syndrome du tunnel carpien droit diagnostiqué depuis au moins 6 mois, obésité morbide et discopathie L4-L5 modérée et elle atteste une incapacité de travail à 50 % en qualité d'ouvrière.

Selon la CIM-10, le diagnostic réaction-dépressive prolongé est caractérisé par la présence d'un état dépressif léger survenu à la suite d'une exposition prolongée à une situation stressante et ne persistant pas au-delà de 2 ans. Il ne s'agit pas d'une pathologie psychiatrique chronique à caractère incapacitant, qui ne justifie pas une incapacité de travail de longue durée.

Quoi qu'il en soit, à l'examen clinique de ce jour, la symptomatologie dépressive est en rémission et ne justifie plus une diminution de la capacité de travail.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, d'état de stress post-traumatique, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est inchangé depuis de nombreuses années, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Sur la base de notre observation clinique, le diagnostic d'état dépressif réactionnel prolongé est en rémission.

Nous avons retenu le diagnostic de trouble mixte de la personnalité dépendante et anxieuse non décompensé qui ne représente pas un trouble de la personnalité grave ayant valeur invalidante qui suppose des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la fin de la 2<sup>ème</sup> dizaine d'années de vie si on s'en tient aux critères retenus par les ouvrages diagnostiques de référence. Le trouble de la personnalité est présent depuis en tous cas l'adolescence et il n'a jamais empêché l'assurée d'assumer ses responsabilités socioprofessionnelles. Cependant, dans sa vie privée, l'assurée a un besoin permanent d'étayage, autorise son entourage à prendre les décisions à sa place, à un sentiment persistant d'appréhension, est incapable de se prendre en charge seule, et elle est terrorisée par la peur d'être abandonnée.

Depuis son arrivée en Suisse, l'assurée présente des difficultés d'adaptation ce qui explique une vie sociale plutôt pauvre. Les diagnostics de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, difficultés liées à l'acculturation, ne représentent pas une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

Par rapport au diagnostic retenu de probable fibromyalgie, « l'appréciation de la capacité de travail relève de l'analyse décrite jurisprudentielle par un expert psychiatre ».

Le diagnostic de probable fibromyalgie retenu par le Dr V.\_\_\_\_\_, rhumatologie FMH, n'est pas accompagné d'une co-morbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie et selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques. »

La Dresse I.\_\_\_\_\_ ne retenait aucune limitation fonctionnelle et la capacité de travail était entière dans toute activité.

Dans un avis du 12 février 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_ a ainsi retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail durable de 100 % depuis le 28 août 2011, selon les informations de l'assurance perte de gain, puis de 50 % depuis le 26 janvier 2012 dans l'activité habituelle, en raison des

atteintes somatiques, mais de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Ces dernières étaient les suivantes : « somatiques : inapte activité uniquement debout, en se penchant, port de charges sup. à 20 kg. Psychiques : aucune ».

Le 13 mars 2013, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de reclassement et de rente d'invalidité. Il a constaté que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique à sa fibromyalgie. Elle ne réunissait pas non plus plusieurs des autres critères fondant un pronostic défavorable concernant l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de type industrielle légère, de contrôle qualité ou de surveillance était exigible. Le revenu qu'elle pouvait obtenir dans une telle activité était équivalent au revenu obtenu dans l'activité antérieure, de sorte qu'elle ne subissait aucun préjudice économique. Une aide au placement pouvait être octroyée à l'assurée à sa demande.

L'assurée a contesté le projet précité par courrier de son mandataire du 10 avril 2013, invoquant une péjoration de son état de santé, l'état dépressif constituant une comorbidité au trouble somatoforme douloureux. Plusieurs facteurs déterminants étaient également remplis, tels qu'un pronostic défavorable, une douleur importante par sa gravité, son acuité et sa durée, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémissions durables, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ainsi que l'échec des traitements médicaux.

Dans un courrier à l'OAI du 15 mai 2013, l'assurée a relevé que les conclusions du SMR différaient considérablement de celles de la Dresse J.\_\_\_\_\_. Elle a produit un rapport de cette dernière du 2 mai 2013 qui confirmait le rapport du 10 novembre 2012, précisant en outre ce qui suit :

« [...] Il s'agit d'une patiente que je vois depuis février 2012 à la demande de son médecin traitant. Effectivement, la difficulté d'une évaluation approfondie psychiatrique était liée au fait que Mme X.\_\_\_\_\_ présente une telle

dépendance que c'est son époux qui s'exprimait à sa place lors des premières consultations. En effet, durant les entretiens suivant, la patiente a gagné plus de confiance et les entretiens sont devenus individuels.

Mme X. \_\_\_\_\_ n'a jamais pu fonctionner seule, elle a dû assumer ses tâches en étant toujours supervisées par son époux. D'ailleurs, celui-ci l'accompagne pour se déplacer et se rendre à sa place de travail ainsi que tout autre déplacement.

La décompensation dépressive actuelle est probablement liée à la crainte de rester seule, des craintes liées aussi aux problèmes physiques de son époux (problèmes cardiaques et autres).

Mme X. \_\_\_\_\_ est très préoccupée par la crainte d'être laissée seule. De plus, elle est consciente de ne pas pouvoir se débrouiller seule, notamment en Suisse où elle n'a aucun soutien de ses proches.

Effectivement, toute sa famille et celle de son mari vivent dans le pays d'origine, au Kosovo.

Le diagnostic d'un trouble de la personnalité à traits dépendant et immature important est clarifié de plus, par le fait de l'intensité de l'investissement dans la thérapie, où la patiente a pu s'exprimer sans retenue et les entretiens hebdomadaires lui semblent « peu ».

Par rapport à la symptomatologie qui persiste chez cette patiente et qui la handicape dans un fonctionnement social et professionnel il y a un manque d'estime de soi ainsi que l'agoraphobie (F40.0) ».

Dans un avis médical du 6 juin 2013, le SMR, sous la plume des Drs R. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, a pour l'essentiel estimé que le rapport de la Dresse I. \_\_\_\_\_ revêtait une pleine valeur probante, que les conclusions de la Dresse J. \_\_\_\_\_ ne permettaient pas de remettre en cause.

L'OAI a rendu une décision formelle de refus de reclassement et de rente d'invalidité le 26 juillet 2013, identique à son projet du 13 mars 2013.

**B.** Par acte du 17 septembre 2013, X. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi des prestations d'assurance-invalidité, notamment d'une rente entière, rétroactive au 31 janvier 2012. Elle a subsidiairement conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a pour l'essentiel relevé les contradictions existant entre les conclusions de la Dresse J. \_\_\_\_\_ et celles de la Dresse I. \_\_\_\_\_ et allégué le caractère invalidant au sens de l'assurance-invalidité des troubles somatoformes

douloureux. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise dans le cas où la Cour ne s'estimerait pas suffisamment renseignée sur l'état de fait. Elle a par ailleurs requis l'assistance judiciaire

L'intimé a conclu au rejet du recours par réponse du 26 novembre 2013, se fondant sur la valeur probante du rapport du SMR du 10 décembre 2012.

Par réplique du 6 février 2014, la recourante a déclaré maintenir ses déclarations et réquisitions de preuves.

**C.** Au vu des pièces médicales au dossier, le juge instructeur de la Cour de céans a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et a en conséquence mandaté le Centre d'expertise du département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois. Cette expertise a été réalisée par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par Mme B.\_\_\_\_\_, psychologue associée. Ces derniers ont rendu un rapport le 3 décembre 2015, sur la base de deux entretiens avec l'assurée ayant eu lieu en septembre 2015 en présence d'une interprète, d'un entretien avec l'époux de l'expertisée, d'un entretien téléphonique avec la Dresse J.\_\_\_\_\_, ainsi que des pièces du dossier de l'intimé. On extrait de ce rapport ce qui suit :

### « 3. STATUS CLINIQUE

Nous sommes face à une femme âgée de cinquante-deux-ans à l'hygiène et à la tenue conservées, elle est ponctuelle aux entretiens et se montre collaborante. Elle est orientée aux quatre modes et maintient le focus de l'attention malgré un déficit de la vigilance à certains moments. Nous n'avons pas noté de trouble mnésique perturbant le déroulement des entretiens.

Nous avons pu observer que l'expertisée présente un réel handicap de la marche, elle ne peut se déplacer sans le soutien de son époux et ne peut se passer d'une canne. Elle n'a pas pu monter les marches de l'escalier et la station assise a rapidement entraîné des douleurs l'obligeant sans cesse à changer de posture. Pareillement, l'expertisée réclame une aide pour s'asseoir et se relever.

Nous avons pu observer des attitudes et des mimiques de douleur au cours des entretiens, visage crispé, besoin de changer de posture sans cesse sans parvenir toutefois à trouver un réel apaisement. À plusieurs reprises, l'expertisée fond en larmes lorsqu'elle évoque sa vie au quotidien et ses souffrances.

Elle n'est pas dans une dramatisation de son vécu, elle fait preuve d'une certaine détermination et ce malgré une douleur souvent dévastatrice. Ainsi, lors des

entretiens, l'expertisée fait un effort pour répondre aux questions, rester vigilante et demeurer assise, mais elle a été victime à deux reprises de malaise tant les douleurs ont été intolérables, nous avons alors pu observer une importante sudation, une perte d'équilibre, l'expertisée ayant fait part à chaque fois de sensation d'évanouissement. Le discours est informatif et cohérent, sans élément délirant identifié. Le cours de la pensée est sans particularité et nous ne dépistons pas de trouble de la phasie ni des fonctions exécutives simples.

Nous avons pu observer des manifestations anxieuses, Madame X.\_\_\_\_\_ a fait part durant les entretiens de palpitations, d'une sensation de défaillance. L'expertisée a d'ailleurs décrit une anxiété de fond portant aussi bien sur le quotidien que sur l'avenir, et une forme d'anxiété anticipatoire.

La thymie observée est abaissée (pleurs fréquents et aucune manifestation de joie), nous notons une anhédonie et aboulie. Durant les entretiens, nous avons pu comprendre que l'expertisée était submergée par un sentiment de désarroi permanent, le ralentissement psychomoteur est au premier plan ainsi qu'un manque évident de réactivité émotionnelle à des événements supposés agréables. Elle dévoile ainsi une attitude pessimiste face à l'avenir.

[...]

Madame X.\_\_\_\_\_ se lève tôt car les douleurs entraînent des troubles du sommeil, la station allongée étant également douloureuse, elle prend son petit-déjeuner et ses médicaments, ensuite elle reste la plupart du temps assise ou allongée, elle ne peut plus s'occuper de son hygiène personnelle sans accompagnement, ni de l'entretien de son logement, ni s'occuper de la confection des repas, les douleurs entravent toute action, ce qui est encore aggravé par le surpoids actuel.

[...]

#### 4. DIAGNOSTICS (posés en référence à la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement — CIM-10)

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ;
- Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) ;
- Trouble panique (F 41.0) ;
- Trouble mixte de la personnalité de type immature et dépendant décompensé (F61.0) ;
- Obésité morbide secondaire (E65-E68).

Depuis quand sont-ils présents ?

Les premières manifestations de douleurs sévères et permanentes faisant supposer un diagnostic de troubles somatoformes sont apparues en 2011 et se chronicisent depuis lors. Ces douleurs sont accompagnées depuis cette date de troubles sous la forme d'un vécu anxio-dépressif et d'un trouble panique, ceux-ci ont fluctué avec les années et se sont globalement aggravés ; il est difficile d'être précis concernant la date à laquelle ces symptômes sont devenus des troubles ayant une incidence significative sur le fonctionnement de l'expertisée.

L'expertisée présente également un trouble mixte de la personnalité de type immature et dépendant, ce trouble préexistant s'est décompensé à l'apparition des douleurs.

##### 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Les diagnostics qui ont une incidence sur la capacité de travail de l'expertisée sont les troubles somatoformes persistants et invalidants, le trouble anxio-dépressif avec une anxiété permanente et un état dépressif actuel moyen, consécutivement un trouble panique avec des crises d'anxiété paroxystique rapprochées. Nous avons aussi retenu un diagnostic d'obésité de classe III qui s'est installée rapidement après les premières manifestations de douleurs et qui vient aggraver les troubles et [l]es handicaps examinés. A ce tableau se surajoute un trouble mixte de la personnalité de type immature et dépendant certes préexistant aux douleurs mais devenu handicapant car décompensé depuis lors.

4.2 Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail  
Nihil.

## 5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Madame X. \_\_\_\_\_ souffre de troubles somatoformes persistants, à savoir un vécu de symptômes somatiques douloureux dont ne rend pas compte une pathologie organique et en l'absence d'un mécanisme physiologique défini, mais qui témoignent toutefois d'une souffrance cliniquement significative et d'un dysfonctionnement social. L'expertisée décrit des douleurs musculaires et articulaires chroniques étendues et localisées, des symptômes secondaires s'expriment aussi tels que troubles du sommeil, asthénie, troubles cognitifs et un syndrome anxio-dépressif.

Madame X. \_\_\_\_\_ présente à partir de 2010 des douleurs invalidantes, à ce vécu se rajoute un trouble anxio-dépressif mixte. Ce trouble mental s'est installé progressivement en raison de stress accumulés par l'expertisée : isolement social, problèmes financiers et difficultés dans la gestion du quotidien, une crainte concernant l'avenir s'est installée. Cette forme d'anxiété n'est pas provoquée par l'exposition à une situation anxiogène déterminée, elle apparaît généralisée et surtout persistante. Cela suppose un sentiment permanent d'agitation, de tension interne, Madame X. \_\_\_\_\_ vit avec l'appréhension d'un malheur imminent. Ce trouble provoque chez l'expertisée des symptômes qui se manifestent par des éléments tels que l'attente craintive avec une sensation de ne plus pouvoir répondre aux événements qui vont survenir, une tension motrice continue et des troubles neurovégétatifs, à savoir des étourdissements, une transpiration excessive, tachycardie.

L'état psychique de l'expertisée est aussi affecté par un état dépressif. Ce trouble semble être la conséquence du vécu douloureux par l'expertisée, en l'occurrence les nombreux examens médicaux, le sentiment que sa souffrance est niée, le refus de lui reconnaître une incapacité de travail et donc de lui accorder une allocation invalidité y ont également participé. Il en découle des problèmes financiers pour le couple. L'expertisée développe de fait une mésestime de soi, un sentiment de dévalorisation, voire de culpabilité. Elle présente une humeur dépressive quotidienne avec une diminution sérieuse de l'intérêt, elle ne parvient pas à retrouver des sources de plaisir, la sensation de fatigabilité est exacerbée, les capacités de concentration et d'attention sont abaissées, le sentiment de confiance en soi et d'estime de soi de l'expertisée sont diminués de telle manière qu'elle craint de se retrouver seule, elle vit également des sentiments de culpabilité qui altèrent son fonctionnement social, elle se replie sur soi et évite les contacts avec autrui par crainte d'un jugement négatif sur sa personne.

Nous pouvons considérer que cet état dépressif est actuellement d'intensité moyenne, il ne présente aucun signe d'amélioration et ce en dépit du traitement médicamenteux et psychothérapeutique en cours.

L'expertisée peut soudainement être submergée par l'anxiété, elle présente alors des accès d'anxiété paroxystique, elle hurle, elle pleure, s'arrache les cheveux, elle peut mettre sa propre personne en danger par une incapacité momentanée à contrôler ses actes, entièrement soumise alors à une peur interne incontrôlable. La survenue imprévisible de ces crises contraint l'expertisée à se replier encore plus sur elle-même. Elle perçoit alors des sensations d'étouffement, d'étourdissement, voire même de sentiment d'irréalité, c'est durant ces épisodes de déréalisation que Madame X. \_\_\_\_\_ adopte des comportements insensés et hasardeux pour sa propre personne, ce qui requiert l'intervention d'un tiers en l'occurrence son époux.

Si nous pouvons considérer que l'état dépressif pourrait s'améliorer à l'avenir, le pronostic du trouble anxieux est moins favorable, notamment en raison de la persistance de ce trouble depuis des années et ce, en dépit d'un traitement adapté. Nous avons pu noter que l'expertisée bénéficie déjà d'un traitement antalgique et psychiatrique avec un suivi psychothérapeutique soutenu, elle bénéficie également de séances de physiothérapie régulièrement. Madame X. \_\_\_\_\_ a témoigné d'une volonté certaine à se montrer compliant autant dans le traitement médicamenteux que dans le suivi psychothérapeutique et psychiatrique qui lui a été proposé. Par ailleurs, elle bénéficie de séances de physiothérapie suivies et se montre partie prenante, mais tous ces traitements, s'ils apportent un mieux être reconnu par l'expertisée ne permettent pas un réel apaisement de la souffrance et encore moins un soulagement des douleurs ou une récupération de ses aptitudes.

Les douleurs persistantes associées à la douleur psychique ont entraîné une importante prise de poids, nous pouvons à ce jour observer chez l'expertisée une obésité morbide secondaire de classe III, cela semble en lien avec un effondrement physique et mental, ce surpoids vient encore accroître les douleurs ressenties et péjore ainsi les incapacités observées.

L'impression générale que dégage l'expertisée lors des entretiens reflète les expériences négatives de réadaptation ainsi que le pronostic réservé émis par la Dresse J. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant.

Les déficiences ou handicaps apparaissent sévères chez l'expertisée, nous notons en effet un vécu douloureux extrême et invalidant au quotidien, des difficultés à la marche et une incapacité à faire face aux charges de la vie quotidienne, se surajoutent une fatigue chronique, un trouble anxio-dépressif avec des crises d'anxiété paroxystiques fréquentes, dans cette situation il semble difficile d'envisager une reprise de l'activité professionnelle.

Madame X. \_\_\_\_\_ présente par ailleurs un trouble de la personnalité de type immature et dépendant, ce trouble préexistait mais s'est décompensé suite aux manifestations douloureuses. Ainsi, l'expertisée présente une perception de soi profondément et constamment dévalorisée, il s'associe un sentiment d'incapacité, d'incompétence et de vulnérabilité. L'évitement marque de son sceau l'ensemble du fonctionnement cognitif de l'expertisée, les obstacles sont pour elle matière à renoncer et à rechercher le soutien d'autrui, la moindre décision soulève l'incertitude avec une majoration de l'angoisse.

Ce syndrome douloureux a manifestement entraîné une obésité secondaire sévère actuellement diagnostiquée de stade III. L'obésité apparaît dans cette

situation symptôme du syndrome douloureux et vient encore aggraver le vécu douloureux et les invalidités.

Les ressources actuelles de l'expertisée sont fragiles au regard des handicaps observés, le trouble mixte de la personnalité que dévoile Madame X. \_\_\_\_\_ et qui préexistait à la survenue de ce syndrome douloureux, apparaît décompensé et ne fait qu'accroître sa fragilité. L'expertisée dévoile donc une fragilité psychique étroitement imbriquée aux manifestations somatiques douloureuses, dès lors nous comprenons que l'expertisée présente un handicap certain et une nécessité d'aide et de soutien. Une reprise de l'activité professionnelle ne semble pas envisageable au regard de la souffrance psychique et physique objectivée.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique daté du 10 décembre 2012, la Dresse I. \_\_\_\_\_ relève que l'expertisée présente une « *amplification verbale de ses plaintes somatiques sans sentiment de détresse ni de comportement algique* » et assure pourtant qu'il n' a pas été mis en « *évidence de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques* », elle ne retient aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail, et pourtant cela est contredit par :

- ses propres observations cliniques et le diagnostic qu'elle pose d'un trouble mixte de la personnalité entraînant « *un sentiment persistant de tension et d'appréhension, une perception de soi comme inférieure aux autres, une préoccupation par la crainte d'être critiquée et rejetée, une difficulté à prendre des décisions, une peur de ne pas pouvoir se prendre en charge seule (...)* »,
- les rapports médicaux transmis par le Dr D. \_\_\_\_\_, Rhumatologue et qui sur la base d'examens spécifiques retient un syndrome douloureux, en l'occurrence un diagnostic de fibromyalgie.

Nous avons en effet noté une cohérence entre les plaintes émises par Madame X. \_\_\_\_\_ et nos observations, cela démontre par ailleurs une chronicisation des troubles présentés par l'expertisée. Il y a également une cohérence avérée entre les limitations observées dans la réalisation des tâches quotidiennes et les aptitudes au travail. Les ressources actuelles de Madame X. \_\_\_\_\_ apparaissent très amoindries et ce malgré une compliance certaine aux divers traitements proposés, il n'y a pas d'amélioration significative du syndrome douloureux et des troubles associés.

Aussi, du fait de nos observations et au regard de l'hétéro anamnèse, nous nous écartons des constatations du rapport d'examen psychiatrique daté du 10 décembre 2012 transmis par la Dresse I. \_\_\_\_\_ ; nous supposons que chez l'expertisée, la dépression s'intrique à l'anxiété et aux manifestations somatoformes, que les déficiences qui en résultent sont encore péjorées par la fragilité psychique liée au fonctionnement de la personnalité pathologique et à l'obésité qui a découlé de ce vécu douloureux.

Nous pouvons supposer que la capacité de travail de Madame X. \_\_\_\_\_ est sévèrement amoindrie, si ses ressources adaptatives étaient satisfaisantes auparavant, elles se sont affaïssées lors de l'effondrement psychologique de l'expertisée en 2010.

[...]

## 1. LIMITATIONS EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

### Au plan physique et mental

L'expertisée présente des douleurs musculaires et articulaires localisées et diffuses qui sont permanentes et qui persistent malgré une prise en charge médicale, ces douleurs sont invalidantes dans la marche, dans l'exécution de gestes du quotidien et même en position assise ou allongée, l'expertisée ne peut plus maintenir une même position sur la durée.

En raison du trouble anxieux et d'un état dépressif, l'expertisée possède des ressources limitées pour s'adapter à une activité professionnelle. Si nous sommes enclins à penser qu'une activité peu contraignante pourrait favoriser une amélioration de l'état psychique, l'expertisée reste surtout en risque de connaître un nouvel effondrement psychique et physique au-delà d'un seuil critique de stress et ce seuil peut être considéré dans cette situation comme très abaissé.

Cet effondrement a déjà eu lieu par le passé et a provoqué des incapacités de travail totales.

Par ailleurs, Madame X. \_\_\_\_\_ souffre d'une obésité à cause multifactorielle, liée au vécu douloureux et à l'état anxio-dépressif, ce trouble vient encore restreindre ses capacités d'action.

### Au plan social

L'expertisée s'est repliée sur elle-même ces dernières années, elle craint le regard critique d'autrui et souffre d'une grande mésestime de soi, elle a tendance à se réfugier chez elle, sa vie sociale est de fait très restreinte. Elle est actuellement dépendante du soutien et de la présence permanente de son époux, elle ne peut plus être autonome dans ses déplacements, ni en ce qui concerne son hygiène personnelle ou la gestion des tâches quotidiennes. »

Les experts ont conclu à une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 22 février 2012. La recourante a déclaré se rallier aux conclusions de l'expertise par écriture du 28 décembre 2015.

L'intimé, se fondant sur deux avis du SMR des 6 et 20 janvier 2016, a estimé, par écriture du 26 janvier 2016, que le rapport d'expertise précité n'était pas convaincant ni probant, contrairement au rapport du SMR du 4 février 2013. L'intimé a par conséquent proposé le rejet du recours.

**D.** Par décision du 30 octobre 2013, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 17 septembre 2013, dans le sens d'une exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que de l'assistance d'office de Me Jeton Kryeziu.

**E.** Les arguments des parties seront repris dans la mesure utile dans la partie en droit ci-après.

**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, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 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 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fériés d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2.** Est litigieuse la question du droit de la requérante à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement à une rente, au regard des atteintes à la santé dont elle souffre.

**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 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant, sans atteinte à la santé, une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**b)** 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 maladif, 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2 ; 137 V 64 consid. 1.2 ; 131 V 49 consid. 1.2).

Dans un arrêt récent 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 jurisprudence 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 objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, 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 des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir 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 (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - 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 peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_58/2013 consid. 3.1).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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 plutôt que 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 (TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 précité consid. 4.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas

soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

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 ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, 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 (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

**5.** En l'espèce, l'existence d'atteintes somatiques réduisant la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle n'est pas litigieuse. Seule est contestée l'existence d'atteintes psychiques invalidantes au sens de l'assurance-invalidité, réduisant la capacité de

travail de la recourante dans toute activité, y compris dans une activité adaptées aux limitations fonctionnelles physiques.

L'intimé conteste en particulier la valeur probante de l'expertise judiciaire, au motif qu'elle ne tiendrait d'une part pas compte des indicateurs déterminés par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, et comporterait d'autre part des contradictions.

Il sied tout d'abord d'observer que le Tribunal fédéral a expressément précisé dans son arrêt 141 V 281, consid. 8, que les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient dans ces cas d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Bien que le rapport d'expertise ait été réalisé en décembre 2015, soit postérieurement à la nouvelle jurisprudence, qui a été publiée en juin 2015, il ne s'agit que de quelques mois. Il ne peut être reproché aux experts de ne pas avoir expressément tenu compte des nouveaux indicateurs. Il sera dès lors examiné si cette expertise peut d'une part se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence en matière de rapports médicaux (cf. supra consid. 4) et d'autre part si elle permet d'examiner le cas à l'aune des indicateurs déterminants.

**a)** Les experts ont procédé à des investigations minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif de la recourante, sans manquer de détailler les éléments pertinents de l'anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète de l'ensemble des pièces médicales et avis médicaux à disposition. Ils ont par ailleurs discuté les diagnostics retenus ou évoqués dans le cas de la recourante, avant de communiquer leurs conclusions. Ces dernières, pour le moins étayées, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations consignées par les experts.

Le Dr M.\_\_\_\_\_, est, selon le registre des professions médicales, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de sorte que

l'exigence jurisprudentielle s'y rapportant est remplie en l'espèce. Il importe peu, contrairement à ce que sous-entend le SMR dans son avis du 6 janvier 2015, qu'il ne soit pas expert SIM.

Le SMR voit une contradiction entre la période retenue par les experts comme celle durant laquelle les premières manifestations de douleurs sévères et permanentes faisant supposer un diagnostic de trouble somatoforme douloureux sont apparues, soit 2011, période à laquelle le trouble mixte de la personnalité se serait également décompensé, et la date de l'incapacité de travail fixée au 22 février 2012. Ces éléments sont selon eux également en contradiction avec le rapport médical du 12 mars 2012 de la Dresse P. \_\_\_\_\_ et le questionnaire rempli par l'ancien employeur de la recourante le 8 mars 2013, qui indiquent le 21 février 2012 comme dernier jour de travail effectif, à 50 %. L'on ne voit toutefois pas de contradiction dans le fait que des symptômes soient apparus dans un premier temps et aient provoqué une incapacité de travail durable petit à petit. Les experts précisent à cet égard que les troubles de la recourante se sont chronicisés et aggravés et ont reconnu qu'il était difficile d'être précis concernant la date à laquelle les symptômes étaient devenus des troubles ayant une incidence significative sur le fonctionnement de l'expertisée.

Le SMR reproche aux experts de ne pas avoir discuté les constatations de majoration des plaintes relevées par la Dresse I. \_\_\_\_\_ et le Dr V. \_\_\_\_\_. Les experts ont pourtant expressément signalé que la Dresse I. \_\_\_\_\_ mentionnait une amplification verbale des plaintes somatiques de la recourante et précisé qu'eux-mêmes notaient une cohérence entre les plaintes émises par l'intéressée et leurs observations. Il ne peut dès lors être retenu que les experts auraient simplement rejeté le syndrome de majoration des plaintes sans explications. Ils ont ensuite précisé qu'ils s'écartaient de l'expertise de la Dresse I. \_\_\_\_\_ non seulement car elle comportait elle-même des contradictions, mais également du fait de leurs observations et au regard de l'hétéro-anamnèse.

Les experts exposent la définition du trouble somatoforme douloureux et expliquent de façon détaillée de quelle manière elle s'applique à la recourante. Ils ont fait de même avec les autres diagnostics retenus. Un manque de systématique ou une analyse incomplète ne peuvent leur être reprochés, contrairement à l'avis du SMR. Dès lors qu'ils ont fourni tous les éléments médicaux utiles à l'appréciation du cas, le fait que les experts n'ont pas expressément utilisé la terminologie médico-asséculoologique n'est pas critiquable.

Le SMR fait encore grief aux experts d'avoir retenu le diagnostic d'obésité, alors qu'il ne peut être considéré comme incapacitant en soi au sens de l'assurance-invalidité. On observe cependant que les experts ne retiennent pas une obésité en soi invalidante, mais comme l'expression et la conséquence des autres atteintes, venant aggraver le tableau clinique global.

Au vu de ce qui précède, les avis médicaux du SMR des 6 et 20 janvier 2015 ne permettent pas de remettre en doute la pleine valeur probante de l'expertise médicale judiciaire, dont les conclusions sont claires, étayées et convaincantes, alors que le rapport de la Dresse I. \_\_\_\_\_ du 4 février 2013, somme toute succinct, a été dûment discuté.

**b)** Il convient alors d'examiner si l'expertise permet une appréciation concluante du cas au regard des nouveaux indicateurs déterminants.

Préliminairement, il sied d'observer que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été posé par un expert en psychiatrie et psychothérapie selon les règles de l'art, en tenant compte du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées.

S'agissant ensuite du critère de gravité fonctionnel, le diagnostic est clairement posé et étayé, confirme les conclusions des médecins traitant de la recourante, et est en rapport avec les

constatations et les symptômes. L'intensité des douleurs et de leurs manifestations est expliquée de manière systématique et convaincante. L'expertise rend compte de douleurs musculaires et articulaires chroniques étendues et localisées ainsi que de symptômes secondaires tels que troubles du sommeil, asthénie, troubles cognitifs et un syndrome anxio-dépressif. Il est également rendu compte de l'échec des traitements, malgré la pleine compliance de la recourante. Les experts décrivent l'effondrement de cette dernière, qui, en lien avec l'intensité des douleurs, démontre l'absence de ressources quant à une réadaptation. Les comorbidités psychiatriques et autres affections sont documentées et les symptômes graves qui en découlent, tels qu'accès d'anxiété paroxystiques, confortent le caractère invalidant du tableau global.

Les experts exposent fort bien le développement et la structure de personnalité de la recourante et en décrivent les conséquences comportementales, telles que l'évitement et le repli sur soi.

Quant au contexte social et de vie, les experts expliquent de manière concluante le retrait que vit la recourante ainsi que son incapacité à accomplir les gestes quotidiens de la vie, auxquels son mari supplée.

Le critère de cohérence est également rempli. En effet, les limitations sont présentes dans tous les domaines de la vie, tant professionnel que personnel et social, tout comme l'incapacité à mobiliser les ressources nécessaires, malgré la médication et les traitements.

**c)** En conclusion, il s'agit, au regard de la jurisprudence, de retenir le caractère invalidant de la symptomatologie douloureuse, ce qui a pour effet que l'exigibilité d'un renvoi à une activité réputée adaptée ne peut être retenue.

L'incapacité de travail durable retenue par l'intimé (art. 28 LAI) débute au 28 août 2011, portant le délai d'attente au 1<sup>er</sup> août 2012.

Cela étant l'incapacité totale de travail dans toute activité reconnue à tout le moins dès février 2012 se confondant avec le degré d'invalidité, il se justifie d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> août 2012, soit à l'échéance du délai d'attente, peu important le délai de 6 mois après le dépôt de la demande du 23 janvier 2012 (art. 29 LAI), ce délai se trouvant respecté.

**6. a)** 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, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

**b)** Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 11 TFJDA (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative, RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

En l'espèce, l'importance et la complexité du litige, qui a nécessité la mise en œuvre d'une expertise, justifient l'allocation d'une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

**c)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Jeton Kryeziu, lequel a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de la recourante le 15 février 2016. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte que la liste des opérations de Me Kryeziu ainsi que le calcul des honoraires, effectué sur la base du tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]) et représentant un montant total de 4'486 fr. 55, débours et TVA compris, peut être admis.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 1'486 fr. 55 est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable par renvoi).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 1'486 fr. 55 dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ), la subrogation étant réservée.

**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 26 juillet 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2012.
- III.** Les frais judiciaires, fixés 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 la recourante la somme de 3'000 fr. (trois milles francs) à titre de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jeton Kryeziu, conseil de la recourante, est arrêtée à 4'486 fr. 55 (quatre mille quatre cent huitante-six francs et cinquante-cinq centimes), TVA comprise.
- VI.** Le montant de 1'486 fr. 55 (mille quatre cent huitante-six francs et cinquante-cinq centimes), non couvert par les dépens alloués, est provisoirement supporté par le canton, la subrogation de l'État de Vaud demeurant réservée.
- VII.** Le 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, tenu au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jeton Kryeziu, avocat (pour X. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :