

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 avril 2016

---

Composition : M. DÉPRAZ, président  
Mme Thalmann, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Pierre Seidler,  
avocat à Delémont,

et

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

---

**Art. 4 al. 1, 6, 7, 8, 28, 29, 59 LAI ; art. 43, 44 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 31 juillet 1976 et de nationalité brésilienne, réside en Suisse depuis le 11 septembre 2001. Elle est titulaire d'un diplôme universitaire d'infirmière délivré au Brésil.

L'assurée dit avoir eu différents emplois en Suisse en tant que collaboratrice ou cheffe de projet dans des sociétés de services. Elle aurait entrepris des études de médecine qui auraient été interrompues pour des raisons de santé. Elle fait valoir qu'elle travaillerait à 100 % si elle était en bonne santé et qu'elle réalisait un revenu mensuel de 7'850 fr. dans son dernier emploi. Toutefois, selon l'extrait du compte individuel AVS figurant au dossier, l'assurée a travaillé essentiellement comme indépendante avec de très faibles revenus, puis a eu une petite activité dépendante avant de bénéficier d'indemnités de l'assurance-chômage.

**B.** Le 17 avril 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) au moyen du formulaire ad hoc en indiquant être incapable de travailler à 100 % depuis mars 2011.

Dans un rapport du 29 mars 2011, la Dresse A.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée souffrait de douleurs chroniques invalidantes dans l'abdomen supérieur dans un contexte de status après de multiples interventions chirurgicales. Elle attestait alors d'une incapacité de travail à 100 % depuis mars 2011.

Dans un rapport du 25 octobre 2011, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics suivants :

« Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

1. Vomissements chroniques itératifs d'origine non-claire avec diagnostics différentiels :

- subocclusion intermittente sur status adhérentiel important
- une origine fonctionnelle
- 2. Douleurs chroniques du ventre traitées par opiacés
- 3. Suspicion de trouble anxieux

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail

Reflux gastro-oesophagien traité chirurgicalement avec :

- status post-fundoplicature selon Nissen par voie laparoscopique en 2008
- status post-desserrage de la fundoplicature par laparoscopie en août 2009 et perforation de l'estomac en septembre 2009

Status post-adhésiolyses multiples à Bern

Status post-neurolyse des nerfs ilio-inguinaux et ilio-hypogastrique bilatéralement en 2009

Status post-hystérectomie totale pour endométriose en 2008 ».

Il a en outre indiqué ce qui suit :

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

J'ai revu la patiente à ma consultation le 12.10.2011, la patiente était peu soulagée avec son traitement habituel de Palladon 16mg/2j et a augmenté son traitement en majorant à 20mg 2x/j sur avis du centre de la douleur de la consultation du CHUV et à la fois de son suivi gastro-entérologique ambulatoire de la PMU à Lausanne. Malgré tout, elle note des douleurs importantes nécessitant l'utilisation de certaines de ces réserves (Palladon 2.6mg). Je note encore que la patiente signale des douleurs abdominales qui empirent le soir au coucher et qui cèdent à l'utilisation de ses somnifères à savoir des benzodiazépines comme le Noctamid 1mg/1xj en réserve et ou de son Zolpidem 10mg, ce qui m'a amené à *conjecturer* une possible composante anxieuse à ces troubles somatiques certains. Elle a d'ailleurs un rendez-vous chez son chirurgien le Dr R. \_\_\_\_\_ le 25.10.2011 pour une éventuelle révision et adésiolyse intestinale et un suivi gastro-entérologique chez la Dresse M. \_\_\_\_\_ au CHUV qui a fait un suivi et un status et imagerie poussée sur ma demande dès le mois de mai 2011.

Constat médical

Douleurs chroniques invalidantes malgré les opiacés avec reflux gastro-intestinal malgré de multiples opérations de fundoplicature et un traitement IPP bien pris. Intolérance multiple à de nombreux médicaments anti-douleurs.

Pronostic

Probablement défavorable du point de vue de ces douleurs.

Nature et importance du traitement actuel

Palladon 20mg 2x/j retard, réserve de 2.6 mg de Palladon 4x/j, Tryptisol 10mg augmenté à 3x/j le 12.10.2011, Zolpidem 10mg 1x/j, Noctamid 1mg en réserve si insomnies malgré Zolpidem.

[...]

Recommandations pour la future thérapie

Je recommande une évaluation psychiatrique pour détecter ou infirmer une composante anxieuse probable et possiblement secondaire à ces douleurs abdominales chroniques, de façon à optimiser un éventuel traitement d'appoint antidépresseur et modulateur de la douleur ».

En outre, le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'activité exercée était exigible à 100 %, mais avec une diminution de rendement à 90 % à cause des douleurs qui apparaissaient dès la station assise plus de 20 minutes. Il n'a pas précisé si et quand une reprise de l'activité professionnelle serait exigible mais a relevé s'agissant des travaux qui pouvaient encore être exigés de l'assurée que « tout va dépendre de l'évolution de ses douleurs abdominales suite à la révision par le Dr R. \_\_\_\_\_ et [d']un éventuel suivi psychiatrique ».

Enfin, le Dr W. \_\_\_\_\_ faisait part des remarques suivantes :

« La patiente consulte de nombreux spécialistes, notamment un orthopédiste le Dr D. \_\_\_\_\_ à Lausanne pour des lésions méniscales ayant pu survenir lors de son opération du ventre, et est suivie aussi par son chirurgien à Berne le Dr R. \_\_\_\_\_, une anesthésiste au centre de la douleur à Berne, par une gastro-entérologue au CHUV la Dresse M. \_\_\_\_\_. Elle mériterait d'être recentrée sur un seul site quoique pour l'instant l'avis chirurgical du Dr R. \_\_\_\_\_ soit important, vu qu'il l'a déjà opérée à plusieurs reprises pour ces adésiolyses. Néanmoins, je préconise fortement une évaluation psychiatrique pour dépister une composante psychique d'accompagnement ».

Plusieurs rapports médicaux étaient joints faisant notamment état de différentes opérations subies par l'assurée, notamment une hystérectomie suite à une endométriose en 2008.

Le 23 novembre 2011, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement. A la requête de l'assurée, une décision formelle du même contenu lui a été notifiée le 15 décembre 2011. Le dossier a en outre été

remis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) pour une instruction plus approfondie sur le plan médical.

Par communication du 1<sup>er</sup> mars 2012, l'OAI, sur recommandation du SMR du 27 février 2012, a confié un mandat d'expertise psychiatrique à la Dresse S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 7 mai 2012, cette experte a retenu le diagnostic de notions de douleurs abdominales chroniques et résistantes, faisant suite à de multiples opérations chirurgicales F68.1 (trouble factice). Aucun diagnostic n'était retenu sur le plan psychiatrique.

Elle appréciait le cas de la manière suivante :

« Il s'agit d'une assurée âgée de 36 ans, née au Brésil, huitième d'une fratrie de neuf enfants. Au bénéficiaire d'un baccalauréat en section scientifique puis d'un diplôme universitaire d'infirmière acquis dans son pays, l'intéressée émigre en Suisse en 1999 après avoir fait connaissance de son mari. En Suisse, son parcours professionnel a d'abord lieu dans des tâches administratives dans lesquelles elle met à profit ses nombreuses connaissances linguistiques, puis en tant qu'infirmière dans un EMS à Flamatt. Après avoir passé une équivalence suisse du baccalauréat, l'intéressée débute des études de médecine à la Faculté de Lausanne en 2007. Un an plus tard, elle doit interrompre cette formation, ayant subi une intervention chirurgicale d'urgence juste avant les examens de fin d'année. Elle reprend un travail d'assistante au service clientèle pour l'entreprise [...] début 2009, avec une cessation d'activité en mars 2011, mise en corrélation avec une atteinte douloureuse chronique faisant suite à de multiples interventions chirurgicales.

Du point de vue psychiatrique, les anamnèses familiale et personnelle sont vierges. L'assurée se présente comme une femme performante, supérieurement intelligente, qui reconnaît réussir tout ce qu'elle entreprend. Elle considère ne souffrir d'aucun symptôme psychiatrique.

Sur le plan somatique, de multiples interventions chirurgicales abdominales (une quinzaine) se succèdent entre 2006 et décembre 2011, avec, depuis la première intervention, l'apparition d'importantes douleurs séquellaires localisées qui nécessitent une prise quotidienne de morphine à hautes doses.

À l'examen de ce jour, il s'agit d'une femme vive et collaborante, aux capacités intellectuelles incontestables. L'entretien se passe sur un mode détendu avec une présentation algique étonnamment peu exprimée, face à l'ampleur des symptômes annoncés. L'examen ne met en évidence aucune atteinte psychiatrique à la santé qui pourrait porter préjudice à son exigibilité

professionnelle. Il permet d'exclure, entre autres, toute symptomatologie anxieuse et dépressive.

En conséquence, l'état de santé psychiatrique de l'intéressée lui permet d'exercer à plein temps toute activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Face à ces observations, contact téléphonique a été pris avec le Dr W.\_\_\_\_\_, le jour de l'examen. Dans un aimable entretien, ce médecin traitant prend note des conclusions de cette expertise, en y donnant son accord. Au vu des antécédents, il prendra en considération le risque inhérent à toute nouvelle intervention chirurgicale, qui ne doit pas exposer l'intéressée à une réactivation des symptômes douloureux.

Quant au positionnement face aux rapports médicaux adressés :

- Le rapport médical signé le 21 mai 2010 par le Pr C.\_\_\_\_\_ met en évidence une femme n'ayant aucun problème neurologique formel et dont le traitement par opiacés chronique n'est pas vraiment envisageable. L'examen de ce jour s'accorde totalement à cette appréciation.
- Quant aux trois rapports médicaux signés par la Dresse A.\_\_\_\_\_, du Centre de la douleur de la Clinique K.\_\_\_\_\_ de [...], bien que la surcharge psychologique qui a été annoncée n'a pas été observée lors de l'examen pour expertise, l'existence de celle-ci dans certaines circonstances ne peut être exclue, tout en ne prenant aucun caractère incapacitant. Les symptômes décrits dans le rapport du 24 juin 2011 sous forme d'une patiente effondrée, d'humeur dépressive, dévalorisée et désespérée peuvent correspondre à des symptômes dépressifs à caractère réactionnel, mais ceux-ci ont dû être transitoires aux dires de l'intéressée et en raison de l'absence de séquelles cognitives observées à ce jour.
- Quant au rapport médical signé le 28 juin 2011 par la Dresse M.\_\_\_\_\_, les vomissements chroniques itératifs d'origine non claire pourraient avoir une origine fonctionnelle ou correspondre à un effet secondaire du traitement par opiacés. Les douleurs abdominales chroniques ne sont pas contestées dans le cadre de l'examen de ce jour.
- Quant au rapport médical signé le 25 octobre 2011 par le Dr W.\_\_\_\_\_, la suspicion de troubles anxieux qui y est mentionnée a pu survenir d'une manière réactionnelle aux symptômes observés. Ces troubles n'ont en tout cas pas de caractère permanent ni invalidant. La recommandation d'une évaluation psychiatrique a été indiquée et suivie, puisqu'elle a fait l'objet de l'examen de ce jour. L'incapacité de travail attestée n'est pas motivée par une atteinte psychiatrique à la santé ».

La Dresse S.\_\_\_\_\_ concluait que l'assurée ne souffrait d'aucune limitation sur le plan psychique et mental ni sur le plan social. Elle conservait une pleine capacité de travail dans l'activité exercée sur le plan psychiatrique. Le traitement d'opiacés est décrit comme n'ayant aucun impact sur les capacités d'apprentissage et de concentration de

l'intéressée. Il n'y avait pas non plus de diminution de rendement. L'experte relevait également que « l'examen de ce jour n'apportant aucun argument permettant d'exclure un syndrome de Münchhausen simple, la plus grande précaution doit être de rigueur avant de poser de nouvelles indications opératoires ».

A la suite de la prise de position du SMR du 18 juin 2012, l'OAI a, par communication du 20 juin 2012, confié un mandat d'expertise de médecine interne au Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport du 5 septembre 2012, ce spécialiste n'a pas posé de diagnostic sur le plan somatique.

Dans la première partie de son rapport, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a retracé l'histoire médicale de l'intéressée. Il résumait comme suit les éléments postérieurs à la date du dépôt de la demande de prestations litigieuse :

« Depuis mai 2011, la prise en charge est assurée par le Dr W.\_\_\_\_\_ à Lausanne. En outre, elle est examinée, dès le 05.05.2011, à la consultation de gastro-entérologie du CHUV par la Dresse M.\_\_\_\_\_. En effet, elle présente des vomissements depuis avril 2011 associés à des douleurs de l'hypochondre droit, une perte pondérale et une fatigue. Un bilan biologique a été effectué qui ne montre pas de carences, ni de signes de dénutrition. Une gastroscopie ne montre pas d'ulcère ou de sténose. Un transit oeso-gastroduodéal montre un passage harmonieux du baryum à tous les niveaux. Quant au status adhérentiel, il est indiqué qu'une adhésiolyse est prévue en août 2011.

L'adhésiolyse a finalement eu lieu le 16.12.2011 suivie d'une très bonne évolution sur le plan digestif. Il n'y a plus de vomissements, ni de douleurs abdominales. Le transit est régulier. Mais, depuis l'opération, elle présente une dysesthésie avec hyperesthésie de la jambe droite et des difficultés d'exonération des selles et des urines. Elle effectue des lavages intestinaux.

Elle a été sevrée du Palladon et des patchs d'opioïdes ainsi que du Tryptizol. Le poids est stable.

Dès juillet 2011, elle est examinée par le Dr D.\_\_\_\_\_, orthopédiste à la Clinique [...], en raison de douleurs des membres inférieurs, en particulier des genoux. Une IRM des genoux montrait une très discrète chondromalacie (27.09.2011), sans autres atteintes. Il proposait un traitement de physiothérapie personnelle.

C'est dans le contexte du sevrage antalgique qu'elle note l'apparition d'une douleur lombaire inférieure droite irradiant vers la fesse, la cuisse droite jusqu'au genou avec fourmillements. Examinée le 09.03.2012 par le Dr T.\_\_\_\_\_, neurologue, il est noté un Lasègue inversé très sensible à droite, une discrète zone d'hypoesthésie à la face latérale de la cuisse droite. L'électro-neuro-myographie est normale. Compte tenu de l'importance de la symptomatologie douloureuse nécessitant Neurontin, Tryptizol, Sirdalud et Palladon 2 x 4 mg/jour, il propose la réalisation d'une IRM lombaire. L'IRM lombaire, effectuée le 22.03.2012, est sans lésion à part une atteinte inflammatoire arthrosique, inter-épineuse L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'inter-facettaire postérieure L5-S1 bilatérale. La symptomatologie douloureuse ne reçoit ainsi pas d'explication. Cette appréciation est partagée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, orthopédiste et spécialiste du rachis, qui a examiné Mme P.\_\_\_\_\_ le 27.03.2012.

Sur plan psychiatrique, la Dresse A.\_\_\_\_\_ faisait état d'une humeur dépressive dès mars 2011 et le Dr W.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 25.10.2011 destiné à l'OCAI Vaud, préconisait fortement une évaluation psychiatrique afin de dépister une composante psychique d'accompagnement. »

Ce médecin décrivait la situation actuelle de l'assurée comme suit :

« Il est fait état de douleurs chroniques à l'origine d'une consommation médicale et médicamenteuse très intense. Depuis 2007, elle est au bénéfice d'un traitement antalgique d'opiacés (Palladon à doses conséquentes, progressives). Ce traitement n'a jamais pu être interrompu. Il est actuellement dosé à 54,4 mg de Palladon (hydromorphone) correspondant ainsi à une dose de 420 mg de sulfate de morphine/jour.

Malgré ces multiples interventions, l'importance du tableau clinique ne reçoit toutefois pas de substrat organique évident. Bien entendu, elle a de toute évidence présenté une endométriose, problème résolu depuis lors, et l'enchaînement des laparoscopies peut être soutenu par un status adhérentiel récidivant mais dont l'importance demeure difficile à quantifier, sans notion d'évidents épisodes de subiléal ou d'obstruction intestinale. Les discordances à la lecture du dossier sont multiples. On peut ainsi relever que chronologiquement, les interventions successives se sont déroulées surtout entre 2008 et 2009 alors même que l'assurée avait pu maintenir sa capacité de travail jusqu'en fin d'année 2010. D'autre part, elle annonce une incapacité de travail dès mars 2011 alors même que la situation s'améliore si l'on se réfère au rapport du 28.06.2011 de la Dresse M.\_\_\_\_\_. L'annonce actuelle de douleurs à 10/10 avec conservation d'un bon état général, sans anomalie clinique ou biologique, constitue également une importante discordance. Celle-ci apparaît tant à l'analyse des douleurs abdominales que des douleurs en région lombo-fessière et du membre inférieur droit lesquelles sont restées à ce jour sans diagnostic précis. L'évolution sous neuro-stimulation tout d'abord favorable lors du traitement par test puis sans aucun effet lors de l'implantation définitive est surprenante. Fort heureusement, cette implantation est réversible.

Ainsi, les plaintes émises, difficiles à catégoriser, résistent aux opiacés à hautes doses et nécessitent une augmentation progressive de ceux-ci. Cette évolution semble suggérer une affection gravissime susceptible de mettre en jeu le pronostic vital avec un fort impact dans les activités de la vie quotidienne et professionnelle. Pourtant, l'observation s'écarte de cette première impression, Mme P.\_\_\_\_\_ apparaissant fonctionner pratiquement normalement malgré l'intensité des douleurs rapportées. Ceci nous fait partager l'appréciation de la Dresse S.\_\_\_\_\_ qui propose le diagnostic de production intentionnelle ou de simulation de symptômes (F68.1 trouble factice), ce diagnostic comprenant entre autre l'hospitalisme, le patient itinérant, et le syndrome de Münchhausen.

Ainsi, sur le plan somatique, les douleurs abdominales ainsi que les douleurs lombaires de la face externe de la cuisse droite ne reçoivent pas à ce jour de substrat organique suffisamment convaincant pour permettre de dégager des limitations fonctionnelles et d'admettre ainsi des répercussions sur la capacité de travail. La consommation d'opiacés, selon l'expertise de la Dresse S.\_\_\_\_\_, est déclarée compatible avec les activités menées par l'assurée, sans comorbidité psychiatrique annoncée ».

S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert relevait que « dans l'activité administrative déployée par [la recourante] jusqu'en décembre 2010, il [n'était] pas relevé de limitations fonctionnelles significatives en l'absence d'un substrat organique convaincant, les investigations itératives et les traitements [devaient] être soigneusement évalués afin d'éviter toute iatrogénicité. »

Cet expert arrivait à la conclusion que les douleurs abdominales chroniques et les douleurs lombo-fessières droites ne recevaient pas de substrat organique suffisamment convaincant pour pouvoir identifier des limitations fonctionnelles. Il considérait que la capacité de travail dans une activité administrative sans port de charges était exigible à plein temps sans diminution de rendement. Il ne retenait aucune incapacité de travail sous réserve d'une incapacité de « quelques semaines » en lien avec l'intervention chirurgicale effectuée le 16 décembre 2011.

A la suite de ces deux rapports d'expertise, le SMR a constaté par avis du 10 octobre 2012 sous la plume du Dr X.\_\_\_\_\_ que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était de 100 %

aucune limitation n'étant retenue ni sur le plan psychiatrique ni sur le plan somatique.

**C.** Le 12 octobre 2012, l'OAI a notifié au conseil de l'assurée un projet de décision lui refusant toute prestation de l'assurance-invalidité tant sous la forme d'un reclassement que d'une rente d'invalidité. Selon l'OAI, il ressortait des observations médicales qu'il n'y avait aucune limitation au plan psychiatrique et aucune maladie somatique ayant le caractère invalidant au sens de l'assurance-invalidité.

Après avoir annoncé que l'assurée allait subir une nouvelle intervention chirurgicale, le conseil de cette dernière a transmis à l'OAI le 18 avril 2013 un protocole opératoire du Prof. H.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique, daté du 6 mars 2013.

L'assurée a indiqué être suivie pour la suite du traitement par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie. Par courrier du 26 août 2013, ce médecin a indiqué avoir été consulté par l'assurée dans le cadre d'un avis neurochirurgical pour le retrait d'un neurostimulateur épidural lombaire et avoir procédé au retrait de ce dernier le 5 juillet 2013 avec des suites opératoires tout à fait simples.

Appelé à se prononcer sur les nouveaux documents médicaux du dossier, le Dr X.\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué dans un avis du 2 octobre 2013 qu'ils n'apportaient pas d'élément nouveau de nature à modifier la position du SMR.

Le 10 octobre 2013, l'OAI a notifié à l'assurée une décision refusant toute mesure de reclassement ainsi que toute rente d'invalidité pour les motifs figurant déjà dans le projet de décision du 12 octobre 2012.

**D.** Par acte du 12 novembre 2013, P.\_\_\_\_\_, représentée par son époux, a interjeté un recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a demandé un délai

pour compléter celui-ci, notamment par la production de nouveaux rapports médicaux.

Par mémoire de son nouveau conseil du 29 janvier 2014, l'intéressée a complété son recours et conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise médicale. Elle fait valoir que sa problématique médicale n'a pas été prise en compte et que les deux experts ont pratiqué des examens insuffisants.

A l'appui de ses dires, elle produit différents rapports médicaux postérieurs à la décision attaquée.

Dans un rapport du 31 octobre 2013, la Dresse F. \_\_\_\_\_ et la Dresse G. \_\_\_\_\_ ont communiqué au Dr J. \_\_\_\_\_, médecin [...] à la Consultation de gastro-entérologie et d'hépatologie ambulatoire du CHUV, le résultat d'un examen de pH-métrie « Bravo » (Capsule) de 48 heures du 11 octobre 2013. Elles ont posé le diagnostic de maladie de reflux gastro-oesophagien symptomatique. Elles ont fait état d'une exposition acide oesophagienne pathologique et d'un nombre d'épisodes de reflux élevés permettant de retenir une maladie de reflux gastro-oesophagien.

Dans un rapport du 11 novembre 2013 adressé au Prof. N. \_\_\_\_\_, le Dr J. \_\_\_\_\_ a posé notamment le diagnostic de reflux gastro-oesophagien avec actuellement persistance des douleurs retrosternales qui ne répondaient pas au traitement maximal des IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) et antagonistes aux H2 et pH-métrie avec capsule Bravo 11 octobre 2013, maladie de reflux persistante. Selon ce médecin, la recourante « souffre d'une maladie de reflux persistante non érosive sous prise des IPP 2x/j, du Zantic, et du Alucol gel qui ne semblent pas diminuer les douleurs épigastriques et rétrosternales. La pH-métrie Bravo montre la persistance d'un reflux gastro-oesophagien sous traitement anti-sécrétoire ».

Dans un rapport du 4 décembre 2013 adressé au Dr W.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_ indiquait avoir revu la patiente pour une réapparition des douleurs à type sciatique qui avaient « un caractère extrêmement invalidant » et qui avaient « même nécessité une consultation en urgence au CHUV ». Selon ce médecin, l'examen clinique montrait une hypoesthésie dans le territoire L5 droit associée à des dysesthésies douloureuses dans le territoire S1 droit. Le Dr V.\_\_\_\_\_ indiquait que la recourante souffrait d'une récurrence de douleurs dans le territoire S1 avec d'importants signes irritatifs et proposait une IRM lombaire et du plexus lombaire droit avant de décider du traitement. Le Dr V.\_\_\_\_\_ se référait également au problème gastrique de la patiente en indiquant que la ph-métrie au CHUV s'était révélée « hautement pathologique » et en faisant état d'une proposition de troisième fundoplicature ou de pose d'un by-pass. Il a adressé la recourante au Dr L.\_\_\_\_\_ pour un deuxième avis médical.

La recourante fait valoir qu'aucun des experts n'a investigué le problème des reflux oesophagiens prolongés qui sont extrêmement douloureux et handicapants. Elle considère donc que l'instruction de l'intimé est insuffisante sur le plan médical puisqu'elle souffre d'une maladie de reflux gastro-oesophagien symptomatique. Elle requiert que le Tribunal ordonne une expertise ad hoc auprès d'un gastro-entérologue afin de disposer d'un diagnostic précis et de pouvoir statuer sur son degré d'incapacité de travail, respectivement son taux d'invalidité.

Dans sa réponse du 27 février 2014, l'intimé conclut au rejet du recours. Il fait notamment valoir que l'expert Z.\_\_\_\_\_ citait explicitement la maladie de reflux gastro-oesophagien et mentionnait ses symptômes douloureux dans la liste des plaintes de la recourante. S'agissant des sciatalgies évoquées par le Dr V.\_\_\_\_\_, l'intimé demande à pouvoir prendre connaissance des résultats de l'IRM. Il produit un avis du SMR du 11 février 2014 dans lequel les Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ indiquaient que la liste des médicaments pris par la recourante ne comportait dans les deux expertises aucun IPP, ce qui faisait penser que la maladie n'était pas traitée lege artis. Ils relevaient également que la non

compliance médicamenteuse était mentionnée par les Dresses F.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ et évoquaient la possibilité de demander un complément d'expertise au Dr Z.\_\_\_\_\_ en lui priant de se prononcer sur les documents précités.

Par réplique du 27 mai 2014, la recourante a indiqué sous la plume de son conseil qu'une opération n'était pas envisageable, les nombreuses opérations qu'elle avait déjà subies n'ayant entraîné aucune amélioration. Elle relevait prendre un traitement palliatif anti-douleur qui n'était pas vraiment efficace sur sa maladie.

Par duplique du 17 juin 2014, l'intimé a maintenu sa position du 27 février 2014. Il indiquait également que le Dr J.\_\_\_\_\_ pourrait être invité à préciser s'il avait évoqué l'hypothèse d'une non-compliance médicamenteuse et de la prise inappropriée d'IPP.

Le 7 octobre 2014, la recourante a produit un nouveau rapport médical, rédigé en allemand, daté du 17 septembre 2014 et émanant du Prof. E.\_\_\_\_\_ du service de gastroentérologie et d'hépatologie de l'Hôpital universitaire de Bâle. Se référant à ce rapport, le conseil de la recourante a critiqué les experts S.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ qui n'auraient pas tenu compte de la problématique liée aux reflux gastro-oesophagiens. En outre, aucun concept clair de traitement en fonction d'une stratégie interdisciplinaire n'aurait été envisagé. La recourante renouvelait sa requête de mise en œuvre d'une expertise d'un gastroentérologue.

Le 12 janvier 2015, la recourante a produit la traduction en français du rapport du Prof. E.\_\_\_\_\_ dont on extrait ce qui suit :

« Diagnostics

1. Syndrome douloureux abdominal chronique suite à de nombreuses interventions abdominales

- Multiples opérations gynécologiques en raison de bartholinites durant les années 2007 et 2008 ; Clinique [...]
- Status après interventions chirurgicales en raison d'une endométriose dans la région du péritoine, de l'uretère et de la vessie, ainsi que pour une appendicectomie (08/2008) ; Clinique [...]

- Status après hystérectomie laparoscopique en raison d'une endométriose (11/2008) ; statu après fundoplicature laparoscopique de Nissen-Rossetti (2008) durant la même narcose ; Clinique [...]
- Status après adhésiolyse laparoscopique de l'intestin, résection recto-sigmoïde gauche, ablation de kystes ovarien bilatéraux, neurolyse bilatérale des nerfs ilio-inguinal et ilio-hypogastrique (04/2009) ; Clinique K.\_\_\_\_\_ [...]
- Status après suppression laparoscopique de la fundoplicature suivie d'une hiatoplastie postérieure (08/2009) ; Hôpital cantonal St-Gall
- Status après laparotomie médiane en raison d'une perforation du fundus de l'estomac avec péritonite ; suture par surjet et lavages (09/2009) ; CHUV Lausanne
- Status après adhésiolyse de l'intestin et correction chirurgicale des cicatrices (07/2010) ; Clinique [...]
- Status après adhésiolyse laparoscopique de l'intestin (12/2010)
- Nouvelle adhésiolyse le 16.12.2011
- Nouvelle adhésiolyse le 06.03.2013.

La patiente a subi un total de onze interventions, dont quatre en raison d'adhésions. Comme indiqué plus haut, les souffrances chroniques ont débuté à la suite d'une intervention qui combinait une hystérectomie (effectuée par le Dr [...]) suivie d'une fundoplicature de Nissen-Rossetti (réalisée par le Dr [...]). Cette situation initiale me semble importante, puisque des expertises médicales (Dr Z.\_\_\_\_\_) ainsi que des avis psychiatriques (Dresse S.\_\_\_\_\_) ont conclu par la suite qu'il était impossible d'obtenir des résultats cliniques objectivables. De surcroît, les deux experts mentionnés plus haut suggèrent que la patiente souffrirait d'un syndrome de Münchhausen.

Un contrôle détaillé des différents examens relève pourtant des divergences évidentes entre les résultats médicaux.

Exemple 1 : l'examen endoscopique a été considéré comme normal, alors que la pH-métrie de 24 heures indiquait un reflux pathologique et donc une maladie persistante de reflux (examen du 11.10.2013). Simultanément, la manométrie montrait une clairance incomplète pour les aliments solides, ce qui indique un dysfonctionnement de la fonction motrice. C'est pourquoi je ne comprends pas que l'on puisse en tirer la conclusion qu'il n'y a pas de résultats cliniques objectivables.

Exemple 2 : syndrome radiculaire L5 pour lequel un neurostimulateur a été implanté (08/2012), puis extrait en 2013 (07/2013), en raison d'un effet insuffisant. Simultanément, le Dr T.\_\_\_\_\_ a déclaré en 2012 que les résultats des examens neurologiques étaient normaux. Quel est donc le diagnostic exact ?

A mon avis, il n'y a aucun doute que suite à de nombreuses opérations chirurgicales, la patiente souffre de multiples troubles fonctionnels en corrélation avec des douleurs chroniques. En fait, il serait surprenant que de telles douleurs ne se soient pas installées après toutes ces interventions. De plus, il est évident

qu'a posteriori, il est impossible de réexaminer ou de remettre en question de manière sérieuse le bien-fondé des diverses opérations chirurgicales. Intuitivement, j'ai l'impression qu'au cours de cette maladie, une stratégie agressive ainsi qu'une gestion souvent invasive ont été privilégiées. En particulier, il faut préciser que le dossier ne permet pas d'identifier un concept de traitement interdisciplinaire. Chaque spécialiste a bien au contraire choisi de traiter un aspect de manière isolée. Rétrospectivement, certaines conséquences auraient éventuellement pu être évitées.

A mon avis, un commentaire est inacceptable : celui de syndrome de Münchhausen. L'histoire des souffrances de la patiente est bien documentée et relate un total de onze interventions chirurgicales. Des adhésions ont été décelées plusieurs fois, ce qui a occasionné de nouvelles opérations. Ces résultats cliniques pathologiques ne sont pas les seuls à avoir été documentés (il y a par ex. une maladie persistante de reflux et un dysfonctionnement de la clairance de l'oesophage pour les aliments solides). En présence de résultats cliniques objectivables (voir plus haut), le syndrome de Münchhausen peut être définitivement exclu, même si les troubles fonctionnels ne sont pas en corrélation directe avec les symptômes exprimés. Un seul entretien avec la patiente ne permet pas d'établir dans quelle mesure elle est en partie co-responsable du traitement agressif et invasif. Dans ce contexte, il me manque un commentaire détaillé dans l'expertise psychiatrique au sujet d'un éventuel abus dans le passé. En effet, il est bien connu que les patientes avec une anamnèse comportant un abus peuvent en particulier avoir tendance à recourir à des examens invasifs.

## Résumé

L'histoire des souffrances de Mme P. \_\_\_\_\_ est marquée par d'innombrables opérations chirurgicales de l'abdomen. En premier lieu, elles étaient destinées à traiter l'endométriase et à assainir une maladie de reflux. Des symptômes postopératoires dont l'origine a été examinée tardivement se sont ensuite déclarés, mais n'ont jamais vraiment été élucidés.

Etant donné que la patiente ne s'est pas sentie prise au sérieux dans la clinique où les deux premières interventions ont été pratiquées, elle a demandé un deuxième avis. Ceci a mené à un cercle vicieux incroyable d'examens et de traitements dans différentes disciplines. Il faut relever qu'en raison de ces efforts, la patiente a été opérée à différents endroits (Lausanne : [...] et CHUV ; Berne : Clinique K. \_\_\_\_\_ ; Rorschach : Hôpital cantonal de St-Gall). Plusieurs de ces interventions ont entraîné des complications postopératoires. De plus, la patiente a subi des traitements et des examens neurologiques à Lausanne, à Berne et à Zurich, surtout pratiqués par des médecins du groupe K. \_\_\_\_\_. Les derniers efforts ont eu pour conséquence l'implantation d'un neurostimulateur qui n'a pas atteint son but thérapeutique et a donc dû être extrait.

L'anamnèse documente un historique d'engagement d'un trop grand nombre de médecins avec des opinions et des appréciations différentes. Ceci a eu pour conséquence que chaque spécialiste a examiné le problème de son point de vue particulier mais sans qu'un concept global pour le traitement de la problématique ne soit établi. Poser la question de la responsabilité n'est certainement pas opportun et n'a aucune utilité pour la patiente. A mon avis, il est important

d'établir une procédure interdisciplinaire où les médecins concernés décideront en commun de la stratégie de traitement à adopter et de sa mise en oeuvre. Le traitement d'un syndrome douloureux chronique de l'abdomen est en principe difficile. Vu la durée de l'historique et les nombreux essais jusqu'à présent, ceci ne constitue pas une tâche aisée.

Je ne m'exprimerai pas au sujet de l'incapacité de travail, car cela ne faisait pas partie du mandat officiel. Je tiens toutefois à signaler que selon la jurisprudence récente, il faut considérer non seulement les critères de diagnostics médicaux mais également les examens qui concernent les troubles fonctionnels et les pertes de performance. Dans le cas présent, ces deux éléments jouent un rôle important.

## Conclusions

De nouveaux examens gastro-entérologiques ne permettront pas de mettre de nouveaux aspects en évidence, puisque la patiente a été examinée de manière approfondie, tant au niveau de l'imagerie qu'au niveau fonctionnel. Il est important d'établir un concept de traitement interdisciplinaire pour améliorer les différents complexes de symptômes. A mon avis, l'expertise psychiatrique est incomplète puisqu'elle ne comprend que des indications rudimentaires au sujet d'abus possible dans le passé (« pas d'indication pour un abus »). Dans ce sens, une exploration complémentaire pourrait être d'un grand secours. »

Par courrier du 12 février 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions. Il s'est référé à un avis du SMR du 26 janvier 2015 dans lequel les Drs [...] et B.\_\_\_\_\_ constataient que le rapport du Prof. E.\_\_\_\_\_ ne contenait pas d'arguments objectifs pour remettre en cause les expertises et leurs conclusions dans la mesure où tous les aspects somatiques et psychiques avaient été pris en compte par les experts. En outre, ces médecins relevaient que le Prof. E.\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur la capacité de travail de la recourante. S'agissant de l'éventuel abus, il n'existait aucun élément au dossier permettant de l'établir.

Par courrier de son conseil du 27 avril 2015, la recourante a fait valoir que les arguments du Prof. E.\_\_\_\_\_ remettaient en cause les résultats des expertises, puisque les diagnostics retenus par ce praticien avait une incidence directe sur l'ensemble de ses limitations. Un diagnostic n'avait pas d'autre utilité. L'expertise démontrait l'insuffisance de l'instruction sur le plan médical et devait conduire à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire qui devait être confiée à « un collège d'experts de rang universitaire », comprenant au moins un spécialiste gastro-entérologue doublé d'un expert en psychiatrie.

Selon un protocole opératoire non daté du Prof. I.\_\_\_\_\_, la recourante a en outre subi une intervention chirurgicale au CHUV le 18 décembre 2014 pour une reconfecion d'une foundoplicature pour maladie de reflux persistants et résistants au traitement IPP. Selon la synthèse de ce praticien, l'intervention s'est déroulée sans complications. La reprise d'alimentation était bien tolérée avec un bon passage sans nausée ni vomissement.

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant si bien que le dossier a été gardé à juger.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'occurrence, le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Par décision du 10 octobre 2013, l'intimé a nié à la recourante le droit à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité en l'absence de limitation ayant un caractère invalidant. La recourante critique l'appréciation de la situation médicale eu égard à ses troubles médicaux, en particulier psychiques et gastroentérologiques, et requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, respectivement le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire en ce sens.

Le litige porte ainsi sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'intimé à la suite de la demande déposée en avril 2011, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier à la recourante le droit à une rente d'invalidité.

**3.** L'invalidité se définit comme 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). L'incapacité de gain consiste en la 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 se définit 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).

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). 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 (art. 16 LPGA).

**4. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en

cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Conformément au principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale 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. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c).

En particulier, 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. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la

justice afin d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, 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\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

**5. a)** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b et les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4).

**b)** En l'espèce, cela signifie que les documents en mains de la Cour de céans qui sont postérieurs au prononcé de la décision entreprise doivent être pris en considération en tant qu'ils se rapportent à l'état de fait déterminant pour trancher le litige soit l'état de santé de la recourante au moment où la décision litigieuse du 10 octobre 2013 a été rendue.

Or, un certain nombre d'éléments dont se prévaut la recourante concernent des modifications de son état de santé postérieures à la décision attaquée. Ainsi, la récurrence de sciatalgies dont

fait état le Dr V.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 décembre 2013 est intervenue après la décision attaquée. Il en va de même de l'intervention chirurgicale que la recourante a subie au CHUV le 18 décembre 2014. Dans la mesure où ces éléments constitueraient des aggravations de l'état de santé de la recourante, il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans le cadre du présent litige, la recourante étant cas échéant renvoyée au dépôt d'une nouvelle demande de prestations.

**6. a)** Il convient maintenant d'examiner si, au moment où la décision litigieuse a été rendue, la recourante souffrait d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, constituant une invalidité au sens des dispositions précitées.

Selon l'intimé, la recourante ne souffre d'aucune affection somatique ou psychique ayant un caractère invalidant. La décision querellée se fonde principalement sur les conclusions des deux expertises ordonnées dans le cadre de la procédure administrative, soit celle de la Dresse S.\_\_\_\_\_ relative au status psychiatrique et celle du Dr Z.\_\_\_\_\_ relatif au status somatique.

Au contraire, la recourante estime que ces expertises ne sont pas convaincantes. Elle fait en particulier valoir que les experts n'auraient tenu aucun compte de la maladie de reflux gastro-oesophagien diagnostiquée par plusieurs médecins.

**b)** D'abord, on relèvera que le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, exposait dans son premier rapport à l'attention de l'intimé que celle-ci souffrait de vomissements chroniques itératifs d'origine non-claire avec diagnostics différentiels ainsi que d'un reflux gastro-oesophagien. C'est parce que ce médecin suspectait une composante psychique et recommandait même une évaluation psychiatrique que l'intimé a confié un mandat d'expertise psychiatrique à la Dresse S.\_\_\_\_\_.

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, cette experte a bien pris en considération les troubles du reflux gastro-oesophagien. Ainsi, la Dresse S.\_\_\_\_\_ a fait état des plaintes de la recourante sous la forme de « douleurs permanentes concernant l'abdomen et la région lombaire, qui s'exacerbent après les repas et à la position assise » (expertise, p. 5). On relèvera que la recourante n'a formulé aucune plainte sur le plan psychiatrique. La Dresse S.\_\_\_\_\_ a en outre établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse puisqu'elle fait référence aux différents éléments médicaux du dossier. L'anamnèse somatique fait explicitement état d'un « reflux gastro-oesophagien » ainsi que de « douleurs abdominales intenses qui ne cèdent que partiellement et exclusivement aux traitements opiacés fortement dosés » (expertise, p. 4). Pour le surplus, tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sur le plan psychiatrique sont claires. Enfin, les conclusions du rapport, soit l'absence de tout trouble de nature psychiatrique à caractère invalidant, sont dûment motivées et convaincantes. La recourante n'a d'ailleurs jamais prouvé ni même allégué souffrir d'une atteinte à sa santé psychique. En conclusion, le rapport d'expertise a une pleine force probante dans la mesure où il satisfait à toutes les conditions posées par la jurisprudence précitée. On relèvera pour terminer que les considérations de l'experte à propos d'un possible syndrome de Münchhausen, qui sont vigoureusement contestées par la recourante, ne font pas partie intégrante de ses conclusions, soit l'absence d'atteinte à la santé psychique, et ne sont pas de nature à les modifier, si bien qu'elles n'apparaissent pas décisives.

**c)** S'agissant maintenant des atteintes à la santé somatique, la recourante critique également l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ en faisant principalement valoir que ce praticien n'aurait pas tenu compte de la maladie de reflux gastro-oesophagien. Ce reproche est infondé.

On relève d'abord que le Dr Z.\_\_\_\_\_ a tenu compte de l'histoire médicale de la patiente, qui est exposée dans le détail. Les problèmes de reflux gastro-oesophagien et les interventions chirurgicales subies par la recourante en lien avec cette affection sont documentés.

S'agissant des plaintes de la recourante, le Dr Z.\_\_\_\_\_ relève les « douleurs épigastriques et des deux hypochondres, [...] constantes, notés à 10/10 en permanence ». Certes, le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne retient aucun diagnostic d'un trouble somatique ayant des répercussions sur la capacité de travail, mais il expose de manière claire sur la base de la description du contexte médical et de l'appréciation de la situation médicale les raisons pour lesquelles il parvient à ce constat. L'expert n'a notamment relevé aucune anomalie clinique ou biologique à l'issue d'un examen complet de la recourante, soit 1h30 pour l'anamnèse suivie de 45 minutes d'examen clinique. Il s'ensuit que les conclusions de l'expert, dûment motivées, apparaissent convaincantes.

La recourante estime également que le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, n'avait pas les compétences requises et que l'expertise aurait dû être confiée à un gastro-entérologue. A cet égard, il faut constater que la recourante ne s'est pas opposée à la désignation d'un spécialiste en médecine interne générale dans le cadre de la procédure administrative et n'a pas requis à ce stade que l'expertise soit confiée à un gastro-entérologue. La spécialité du Dr Z.\_\_\_\_\_ a en outre permis à l'expert d'appréhender l'état de santé somatique de la recourante dans sa globalité.

En définitive, il n'existe pas de motif de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'absence de trouble somatique à caractère invalidant.

**d)** La recourante se prévaut de l'avis du Prof. E.\_\_\_\_\_ qui démontrerait que l'instruction n'est pas complète sur le plan médical, ce qui justifierait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Contrairement aux expertises diligentées dans le cadre de la procédure administrative, le rapport du Prof. E.\_\_\_\_\_ ne satisfait pas aux conditions posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une force probante. Le rapport du 17 septembre 2014, dont la traduction en français a été produite le 12 janvier 2015, ne détaille pas

l'histoire médicale de la recourante. Il ne distingue en outre pas clairement ce qui relève des plaintes de la recourante - notamment s'agissant des douleurs qu'elle dit ressentir - et ce qui résulte des constatations objectives du praticien lors de son examen. On ignore d'ailleurs si un examen médical a été pratiqué puisque le Prof. E. \_\_\_\_\_ se borne à mentionner qu'il a « rencontré et questionné » la recourante qui était accompagnée de son mari.

On relèvera encore que le Prof. E. \_\_\_\_\_ se prononce sur des points sans pertinence pour l'issue du présent litige comme une hypothétique faute professionnelle des médecins qui ont suivi la recourante, l'absence de concept de traitement interdisciplinaire mis en place pour soigner cette dernière ou encore l'engagement d'un trop grand nombre de médecins avec des opinions et des appréciations différentes. En revanche, ce praticien ne se prononce pas au sujet de l'incapacité de travail de la recourante, pourtant décisive pour déterminer si la recourante est réputée invalide au sens de l'art. 8 LPGA.

S'agissant plus particulièrement des troubles gastro-entérologiques, le Prof. E. \_\_\_\_\_ relève lui-même que de nouveaux examens sont inutiles dans la mesure « où la patiente a été examinée de manière approfondie, tant au niveau de l'imagerie qu'au niveau fonctionnel », ce qui tend à rendre plus crédibles les conclusions des experts dans la mesure où ces derniers ont pris en compte l'ensemble des éléments médicaux figurant au dossier. A cet égard, il faut relever que l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ prend en compte le suivi de la recourante depuis mai 2011 par la Dresse M. \_\_\_\_\_, gastro-entérologue au CHUV, qui faisait déjà état dans son rapport du 28 juin 2011 d'un reflux résistant aux IPP mis en évidence par une pH-métrie. Le résultat de la ph-métrie pratiquée le 11 octobre 2013, postérieur à la décision attaquée, ne constitue donc pas un élément nouveau ou contradictoire avec les constatations du Dr Z. \_\_\_\_\_ (« exemple 1 »).

S'agissant des contradictions entre les médecins consultés par la recourante pour un syndrome radiculaire L5 pour lequel un

neurostimulateur a été implanté puis retiré, contradictions mises en évidence par le Prof. E. \_\_\_\_\_ (« exemple 2 »), on ne discerne pas en quoi ces diagnostics contradictoires seraient de nature à influencer la décision attaquée dans la mesure où ni la Dresse S. \_\_\_\_\_ ni le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'ont retenu une telle atteinte à la santé. Pour le surplus, il résulte du dossier, notamment du rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 4 décembre 2013, qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante s'agissant des sciatalgies est postérieure à la décision attaquée, si bien qu'elle doit cas échéant être examinée dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

Enfin, le Prof. E. \_\_\_\_\_ reproche à l'experte psychiatre de ne pas avoir investigué d'éventuels « abus » dans le passé. Outre qu'on ne distingue pas clairement à quel type d'abus ce médecin fait référence, force est de relever qu'il n'existe aucun élément dans le dossier - ni parmi les plaintes de la recourante ni dans l'anamnèse - laissant penser que la recourante ait pu être victime d'abus. Il n'apparaît dès lors pas pertinent que l'expertise psychiatrique soit complétée sur ce point.

En conclusion, le rapport du Prof. E. \_\_\_\_\_ n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions des rapports d'expertise sur lesquels s'est fondé l'intimé pour rendre la décision litigieuse.

**e)** L'intimé s'est donc fondé à juste titre sur les conclusions des expertises S. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ pour constater que la recourante ne souffrait d'aucune affection à sa santé physique, mentale et psychique ayant un caractère invalidant et rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité du 17 avril 2011.

**7.** Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire - même confiée aux plus grands spécialistes universitaires - n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C\_764/2009 du 12 octobre

2009 consid. 3.2 et 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**8. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 10 octobre 2013 par l'intimé confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante, bien que représentée par un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'P.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Pierre Seidler, avocat (pour P. \_\_\_\_\_),
- 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 :