

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mars 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958, au bénéfice de diplômes d'éducatrice de la petite enfance et de technicienne en stérilisation, a notamment travaillé comme surveillante et comme employée de bureau, avant d'être engagée dès le 12 janvier 2009 en qualité de réceptionniste par l'EMS J._____. Elle a été en incapacité de travail à 100 % depuis le 16 janvier 2015, excepté à 50 % le 23 février 2015, attestée par son médecin généraliste traitant, le docteur T._____, en raison de cervico-brachialgies et d'épicondylalgies.

Par certificats médicaux successifs, précisés par un courrier du 10 août 2015, le docteur T._____ a attesté une incapacité totale de travail, avec une reprise thérapeutique à 30 % dès le 13 juillet 2015 dans une activité adaptée, soit à la réception et dans l'animation, mais pas en tant que téléphoniste. Le rendement avoisinait 10 %. La capacité de travail était de 40 % à compter du 31 août 2015, avec un rendement de 50 % (cf. certificats médicaux des 6 juillet, 4 et 19 août 2015).

Le 28 juillet 2015, 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).

Dans un rapport du 18 août 2015 à l'OAI, le docteur Q._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de syndrome cervico-brachial partiellement C6 irritatif droit, d'épicondylalgies d'accompagnement, ainsi que de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent. En tant que réceptionniste, une reprise à un taux de 50 %, voire 100 % pouvait raisonnablement être exigée au vu de « l'absence de substrat organique sous-jacent significatif contenu dans [cette] activité professionnelle ». Celle-ci était adaptée à l'état de santé de la patiente.

L'assureur perte de gain de l'employeur, X._____, a régulièrement versé des indemnités journalières. Elle a mandaté la

B._____ pour effectuer une expertise de l'assurée. Dans un rapport du 21 septembre 2015, faisant suite à un examen du 4 septembre 2015, la doctoresse M._____, spécialiste en rhumatologie, a posé le diagnostic de dégénérescence (discopathie) du disque intervertébral C5-C6. Elle a relevé que dans l'activité habituelle, le travail en porte-à-faux cervical prolongé était limité, mais non requis. Le travail nuque penchée sur la gauche de façon prolongée pouvait être facilement contourné en modifiant l'ergonomie du travail, notamment en tenant le téléphone avec la main gauche. La doctoresse M._____ ne retenait aucune limitation fonctionnelle significative en lien avec la pathologie dégénérative cervicale. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail dans l'activité habituelle était totale, avec un rendement total, au jour de l'examen. Elle a précisé que l'assurée avait repris son travail à 30 %, puis à 40 % depuis septembre 2015, et qu'elle envisageait une augmentation progressive, se plaignant non pas d'algies, mais de fatigue.

Par décision du 30 septembre 2015, X._____ a mis fin au versement de ses prestations au 11 octobre 2015, au motif que selon le rapport d'expertise précité, une reprise du travail à 100 % dans l'activité habituelle était possible dès le 4 septembre 2015.

Le 2 octobre 2015, le docteur T._____ a fait parvenir à l'OAI plusieurs rapports médicaux, notamment un rapport du 28 mai 2013 de la doctoresse N._____ à la caisse-maladie S._____, informant que le but du traitement actuel était une stabilisation du poids et soutenant une demande pour une abdominoplastie, ainsi qu'un rapport du 10 juillet 2015 du docteur K._____, pneumologue, constatant une ronchopathie compliquée d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil léger, stable et peu symptomatique.

Dans un rapport du 27 octobre 2015 à l'OAI, le docteur T._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fibromyalgie, soit de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent selon le docteur Q._____, depuis 2014, de syndrome d'apnées du sommeil depuis 2008, de fatigue chronique sur récurrence de syndrome

d'apnées du sommeil sur reprise de poids, d'obésité morbide avec limitations fonctionnelles (œdèmes des membres inférieurs, insuffisance veineuse) sur hyperphagie boulimique dès 2006, d'état dépressif fluctuant avec épisodes dépressifs récurrents depuis 1985, d'état de stress post-traumatique récidivant depuis 1981. La capacité de travail dans l'activité habituelle était actuellement de 40 % avec un rendement de moins de 15 %, en raison de douleurs, de la fatigue et d'un manque de concentration.

Le 28 octobre 2015, l'employeur a résilié les rapports de travail pour le 31 décembre 2015.

Le 13 novembre 2015, l'assurée, désormais représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a contesté la valeur probante de l'expertise effectuée par la doctoresse M._____, relevant notamment que cette dernière n'était pas formée à la médecine des assurances suisse et que rien ne permettait de conclure qu'elle serait autorisée à pratiquer en Suisse. En outre, la B._____ ne présentait pas de garanties suffisantes pour réaliser une expertise impartiale. Elle a prié le X._____ de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

Dans un rapport du 9 décembre 2015 au docteur T._____, le docteur Q._____ a retenu les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgiforme) et de rachialgies chroniques. Il a relevé la présence de 18 points d'insertion douloureux sur 18. Il a constaté une chronicisation de la symptomatologie douloureuse avec extension et cristallisation de la situation sous forme de douleur polyinsertionnelle de type fibromyalgiforme pour lequel il n'y avait que peu de substrat pour expliquer l'ampleur de la symptomatologie. Il était difficile de se prononcer sur une capacité de travail résiduelle, étant donné que l'assurée avait mal au moindre mouvement et sollicitation physique. Une expertise multidisciplinaire pourrait être proposée en évaluant l'aspect psychologique.

X._____ a confié une expertise bidisciplinaire aux docteurs G._____, spécialiste en rhumatologie, et R._____, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie, lesquels ont examiné l'assurée le 20 avril 2016. Dans son rapport du 26 avril 2016, la doctoresse R._____ a notamment énoncé qu'en l'absence de problématique psychosociale majeure au moment de l'apparition des symptômes, elle ne retenait pas de diagnostic de type syndrome douloureux somatoforme persistant. Elle a constaté que l'expertisée ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique. Dans son rapport du 2 mai 2016, le docteur G._____ a posé le diagnostic de discopathie C5-C6, probablement depuis 2012, limitant la capacité de travail dans une activité avec des travaux très contraignants pour la région cervicale. Au vu de ces limitations, il n'y avait pas d'incapacité de travail dans l'activité de secrétaire-réceptionniste-téléphoniste, hormis en cas de conditions de travail très particulières. Le docteur G._____ a également diagnostiqué un syndrome douloureux de type fibromyalgique, une obésité, ainsi qu'un syndrome d'apnées du sommeil, n'ayant tous aucune répercussion sur la capacité de travail. Il a fait l'appréciation suivante du cas :

« F._____ est une assurée d'origine suisse, âgée de 58 ans. Elle a obtenu un certificat de technicienne en stérilisation en 1989. Elle a effectué différentes activités professionnelles comme contrôleuse d'achat, préparatrice en librairie, déléguée commerciale puis secrétaire et téléphoniste. Depuis janvier 2009, elle travaillait comme réceptionniste et téléphoniste dans un EMS.

Dans un contexte d'obésité morbide, elle a fait des démarches pour être opérée d'un by-pass mais y a renoncé en 2010. Dans ce contexte, elle présentait un syndrome d'apnées du sommeil qui a été appareillé depuis 2010. Elle a renoncé à cet appareillage en 2015 alors qu'elle avait perdu 40 kg et que le contrôle du pneumologue avait montré une amélioration.

Depuis l'âge de 30 ans, elle présente quelques épisodes de lumbago aigu. Depuis 2012, elle a des cervico-brachialgies et, depuis 2013, des douleurs à la face externe des 2 coudes prédominant à gauche. Les douleurs augmentent malgré des traitements médicamenteux et de physiothérapie et elle arrête son activité le 16 janvier 2015. Elle fait de la physiothérapie en milieu thermal avec une légère amélioration. Elle reprend une activité à un taux occupationnel de 30 % à mi-juillet 2015 puis à 40 %. Elle est examinée en expertise le 4 septembre 2015 par une rhumatologue, la Doctoresse M._____ à la B._____ à [...] : celle-ci retient une discopathie C5-C6 entraînant des limitations fonctionnelles pour le travail en porte-à-faux cervical. Elle conclut cependant que l'activité habituelle est adaptée et qu'il n'y a pas d'incapacité de travail dans cette activité. L'assurée est licenciée à fin décembre 2015 et n'a pas repris d'activité professionnelle.

De l'étude du dossier, on retient la notion d'une anomalie somatique d'allure banale, à savoir une discopathie C5-C6. Les différents

médecins ayant examiné l'assurée ne décrivent pas de critère de gravité pour le problème cervical, notamment pas de signe neurologique. L'importance du syndrome douloureux semble mal expliqué par les constatations objectives et l'on parle de fibromyalgie et de syndrome douloureux à composante psychosomatique.

Les plaintes de l'assurée sont concordantes avec celles figurant au dossier. Il s'agit de cervico-brachialgies constantes, d'intensité fluctuante, exacerbées par le maintien de position, qui s'accompagnent parfois de sensation d'engourdissement des membres et de diminution de la force. Elle a également des lombofessalgies intermittentes exacerbées par la marche. Elle décrit des troubles de la mémoire alors qu'elle ne se sent pas très déprimée et est améliorée par la prise de Cymbalta.

L'examen de l'assurée nous met en présence d'une femme de 58 ans qui se montre tout à fait collaborante durant l'entretien. Elle adopte, par contre, un comportement douloureux démonstratif lorsque l'on examine les ceintures scapulaire et pelvienne, avec l'annonce de vives douleurs à la palpation des régions cervicale, scapulaire, lombo-fessière, péri-trochantérienne et de la face interne des genoux. Objectivement, on constate une obésité morbide avec un indice de masse corporelle à 44,8. Il y a une limitation modérée de la mobilité active des épaules. Dans ce contexte de douleurs diffuses cervico-scapulaires, des tests précis de la coiffe des rotateurs sont difficiles à effectuer et valoriser. On constate des mobilités passives complètes des membres supérieurs et l'absence de signes inflammatoires. Pour les membres inférieurs, on note une limitation de la mobilité des genoux avec de vives douleurs à la palpation interne des 2 côtés ainsi que sur les grands trochanters. Il n'y a pas de signe de déficit neurologique dans le sens d'une atteinte centrale ou périphérique.

Les radiographies à disposition montrent une discopathie C5-C6 d'allure banale avec un léger rétrécissement des trous de conjugaison du côté droit à ce niveau. Une échographie de l'épaule droite, pratiquée pendant l'expertise, permet d'exclure une rupture complète de la coiffe des rotateurs ; il y a une petite calcification à l'insertion du tendon supra épineux, d'allure banale : il n'y a pas de signe de bursite ni d'épanchement articulaire.

Au terme de cette expertise, sur le plan somatique, on peut confirmer l'existence d'une discopathie C5-C6. Son rôle exact dans l'entretien des douleurs chroniques cervico-scapulaire est difficile à préciser, dans la mesure où il n'y a aucun critère de gravité objectif, que ce soit sur les radiographies ou à l'examen clinique. Il est possible qu'il y ait un conflit sous-acromial de l'épaule droite mais il n'y a pas non plus, à ce niveau, de critères de gravité.

Il y a des douleurs épicondyliennes, à prédominance droite, qui se fondent dans ce tableau de douleurs diffuses. Rappelons qu'une échographie effectuée par le Docteur Q. _____ n'avait pas montré de signes inflammatoires en mars 2015.

La fatigue annoncée par l'assurée ne semble pas être liée à un syndrome d'apnées du sommeil. En effet, actuellement le score sur l'échelle de somnolence d'Epworth est de 4, nettement en dessous du seuil de 9 à partir duquel on suspecte une dette de sommeil.

L'obésité morbide ne constitue pas un diagnostic incapacitant, dans la mesure où elle ne s'accompagne pas de complication importante, même si elle joue un rôle défavorable, notamment pour les lombalgies et pour un syndrome d'apnées du sommeil.

L'importance des symptômes et leur résistance aux traitements proposés ne trouve donc pas d'explication claire. L'association de douleurs chroniques du tronc et de la racine des membres à divers symptômes, tels que fatigue, troubles du sommeil, symptômes dépressifs, peut faire retenir un diagnostic de fibromyalgie. Il faut cependant rappeler que, pour la plupart des auteurs, il ne s'agit pas d'une maladie à proprement parler mais d'un label servant à décrire un syndrome associant les diverses caractéristiques susmentionnées.

Dans ce contexte, l'examen des particularités psychiques de l'assurée est important, notamment pour voir si l'on peut regrouper la symptomatologie au sein d'une entité psychiatrique. Au terme de son évaluation psychiatrique, la Doctoresse R. _____ ne retrouve cependant aucun signe d'une psychopathologie, a fortiori incapacitante. Il n'y a, en effet, aucun critère pour un trouble dépressif ou anxieux important, ni pour un trouble de la personnalité. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant n'est pas non plus retenu.

En conclusion, les cervico-scapulalgies et les lombo-fessalgies chroniques dont souffre l'assurée font partie d'un syndrome douloureux chronique, de type fibromyalgie, qui n'est pas associé à une psychopathologie incapacitante. Bien qu'il y ait une bonne cohérence entre les allégations de l'assurée, le dossier médical et la présente expertise, force est de constater qu'il n'y a pas de critères de gravité objectifs. Par ailleurs l'assurée semble disposer encore de ressources importantes, permettant de vivre une vie sociale et familiale active.

Les limitations fonctionnelles en relation avec les anomalies somatiques constatées sont peu importantes et concernent les travaux en porte-à-faux cervical et les efforts répétés en élévation des membres supérieurs. D'après la description du dernier poste de travail, celui-ci n'était pas incompatible avec l'état de l'assurée même si l'ergonomie du poste aurait pu être améliorée, notamment pas l'utilisation d'un système "mains libre" au poste de téléphoniste. Sur le plan thérapeutique, il faut en effet encourager l'assurée à continuer un programme de rééducation active visant à améliorer sa condition physique générale et à lutter contre la kinésiophobie. On ne peut cependant pas considérer ce traitement comme étant une condition sine qua non pour une reprise d'activité professionnelle adaptée. »

Par avis médical du 20 octobre 2016, le docteur P. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a admis une capacité de travail entière dans toute activité adaptée depuis octobre 2015. Les limitations fonctionnelles retenues au plan somatique étaient compatibles avec l'activité habituelle, qui était donc adaptée et exigible, comme celles de secrétaire, réceptionniste ou téléphoniste. Il a en outre fait état de ce qui suit :

« En synthèse, nous disposons de trois avis spécialisés au plan somatique rhumatologique (deux expertises et un médecin consulté [ndlr : le docteur Q. _____]), qui confirment tous une discopathie

C5-C6 banale, sans déficit neurologique et sans critères de gravité objectifs, dans un contexte douloureux de type fibromyalgie. Les diagnostics sont donc bien étayés et pertinents et ne peuvent pas être remis en cause, étant confirmés par trois spécialistes. L'analyse clinique somatique est complétée par une évaluation psychiatrique qui élimine toute comorbidité psychiatrique de manière convaincante. L'assurée dispose encore de ressources et parle elle-même d'une vie sociale riche. Il n'y a pas de restrictions sévères des activités quotidiennes et l'environnement psycho-social est conservé. [...] L'analyse est cohérente et probante. [...] Il n'y a aucune raison objective de s'écarter des conclusions des experts, qui sont motivées et consistantes et se confirment mutuellement. »

Par projet de décision du 27 octobre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a expliqué que depuis le mois d'octobre 2015 au plus tard, rien ne s'opposait médicalement à la mise en œuvre d'une entière capacité de travail, notamment dans l'activité habituelle de réceptionniste.

Le 30 novembre 2016, par son conseil, l'assurée s'est opposée à ce projet, soutenant que les « experts n'[avaient] pas suffisamment instruit le dossier », notamment s'agissant du diagnostic de fibromyalgie. En annexe, elle a joint les documents suivants ne figurant pas au dossier :

- un rapport du 14 mai 2008 du docteur K. _____ au docteur T. _____, posant les diagnostics de ronchopathie compliquée d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de sévérité légère à moyenne, pour lequel un traitement était indiqué, de status après dépression d'épuisement, actuellement traitée, ainsi que d'obésité morbide. L'importante prise pondérale, soit plus de 40 kg en quatre ans, jouait probablement un rôle dans le syndrome d'apnées du sommeil ;
- un rapport du 18 février 2016 de la doctoresse V. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, au docteur T. _____, constatant que l'assurée présentait un syndrome douloureux chronique, de type fibromyalgique, avec vraisemblablement une haute composante psychosomatique. La spécialiste relevait que l'obésité et la sédentarité importantes ne faisaient que déconditionner la patiente et entretenir le syndrome douloureux,

auxquelles s'ajoutaient le licenciement et le conflit asséurologique. L'intéressée paraissait très motivée pour « se battre » avec l'assurance perte de gain, mais avait moins d'énergie pour sortir de sa sédentarité ;

- un courrier du 26 juillet 2016 du docteur T._____ au conseil de l'assurée, en réponse à ses questions, expliquant que les expertises des docteurs G._____ et R._____ étaient incomplètes et inexactes s'agissant de l'anamnèse familiale, professionnelle et sociale. Un diagnostic de personnalité ou de fonctionnement psychique n'avait pas été recherché par les experts. Selon le médecin traitant, « un psychiatre traitant, la doctoresse W._____, ou la psychosomaticienne N._____ auraient pu avoir été consultés par les experts ». Il évoquait l'hypothèse d'un trouble borderline. Les différentes atteintes de l'assurée, à savoir une obésité morbide, des apnées du sommeil, un état dépressif et un syndrome fibromyalgique ou somatoforme douloureux, devaient être mises en relation. La capacité de travail était actuellement nulle. La « reprise thérapeutique » aurait pu aboutir en 2015, si elle n'avait pas été contrariée par l'assureur et l'employeur. Une reprise progressive dans une activité adaptée, soit de secrétaire, réceptionniste, téléphoniste, ou animatrice sociale était envisageable, dans le cadre d'un processus long et cadré. Une capacité résiduelle hypothétique résiderait dans une activité de télé-secrétariat à domicile, à temps très partiel, pour autant qu'elle soit accompagnée de mesures thérapeutiques. Etaient joints un récapitulatif concernant l'évolution du poids de la patiente et les expertises précitées, portant des annotations manuscrites du docteur T._____ ;
- un courrier du 15 août 2016 adressé par le conseil de l'assurée au X._____, contestant les conclusions des rapports d'expertise susmentionnés et concluant à une instruction insuffisante ;
- un courrier du 26 août 2016 du docteur T._____ au conseil de l'assurée, posant les diagnostics de trouble de personnalité de type

borderline, avec une composante d'état de stress post-traumatique, de trouble somatoforme douloureux, ainsi que d'épisodes dépressifs.

Par avis médical du 12 janvier 2017, le docteur P._____ a relevé que le docteur T._____, dans son courrier du 26 juillet 2016, contestait les conclusions de l'évaluation psychiatrique en se livrant à une analyse psycho-sociale reprenant les épreuves de vie de l'assurée, éléments qui avaient été pris en considération lors de l'évaluation par l'experte psychiatre. Le médecin traitant outrepassait ses compétences lorsqu'il retenait des hypothèses diagnostiques éliminées par celle-ci. Ce courrier témoignait d'une appréciation différente d'une même situation clinique et ne contenait pas d'éléments objectifs probants nécessaires pour remettre en cause les avis des experts.

Par décision du 16 janvier 2017, l'OAI a confirmé son refus d'octroi d'une rente d'invalidité. Dans une lettre du même jour, il a expliqué que l'avis du médecin traitant n'était qu'une appréciation différente d'une même situation et ne saurait prévaloir sur l'avis des experts. Les arguments avancés par l'assurée n'étaient pas de nature à modifier sa position.

B. Par acte du 13 février 2017, F._____, toujours représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2016, subsidiairement au renvoi à l'OAI pour complément d'instruction au sujet de la fibromyalgie. Elle a soutenu qu'à la suite des objections formulées quant au rapport de la B._____, X._____ avait accepté de procéder à une nouvelle expertise, de sorte que la première aurait dû être écartée du dossier et ne pas être remise aux nouveaux experts. Celle-ci n'avait pas valeur probante et il convenait de ne pas en tenir compte. Par ailleurs, il était douteux que l'expertise des docteurs G._____ et R._____ disposait d'une telle valeur. En effet, le docteur T._____ avait notamment relevé que l'anamnèse était incomplète et l'histoire familiale

et professionnelle insuffisamment explorée pour établir un diagnostic psychiatrique. Il estimait également qu'un diagnostic de la personnalité ou de fonctionnement psychique n'avait pas été recherché par les experts. La recourante s'est étonnée que ces derniers n'aient pas cherché des renseignements auprès de sa psychiatre traitante, respectivement sa psychosomaticienne, la doctoresse N._____, ainsi qu'auprès du docteur Q._____. Le rapport du docteur G._____ ne faisait aucune mention du rapport du 9 décembre 2015 du docteur Q._____. Enfin, cette expertise n'appliquait pas les critères de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral pour évaluer l'incapacité de travail en raison de la fibromyalgie. La recourante a joint plusieurs rapports, figurant tous déjà au dossier.

Dans sa réponse du 27 mars 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a notamment relevé que les conclusions de l'expertise des docteurs G._____ et R._____ n'étaient pas contradictoires avec l'appréciation du docteur Q._____, lequel reconnaissait ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressée. L'avis des experts était conforme aux exigences de la jurisprudence actuelle en matière de troubles somatoforme douloureux, de sorte qu'une nouvelle expertise n'était pas justifiée.

Par réplique du 25 avril 2017, la recourante a répété que l'expertise des docteurs G._____ et R._____ avait uniquement fait suite à sa contestation de la compétence et de la partialité des experts de la B._____.

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 (art. 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 (art. 69 al. 1

let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (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 al. 1 LPGA).

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).

c) En l'espèce, formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'estimation de sa capacité de travail.

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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). 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 LPGGA).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

5. La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre

d'apprécier – sur les plans médical et juridique – la capacité de travail raisonnablement exigible d'un assuré souffrant d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tel que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65) et le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et 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 – ou d'une affection psychosomatique assimilée – 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 psycho-social 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).

6. En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, ce que l'intéressée conteste.

Celle-ci soutient tout d'abord que l'expertise effectuée par la doctoresse M._____, concluant à une discopathie C5-C6 n'entraînant aucune incapacité de travail dans l'activité habituelle, ne dispose pas d'une valeur probante et aurait dû être écartée du dossier. Elle allègue que l'experte n'est pas formée à la médecine des assurances suisse, qu'elle n'est vraisemblablement pas autorisée à pratiquer en Suisse et que la B._____ ne présente pas de garantie suffisante pour réaliser une expertise impartiale. Toutefois, l'absence de formation à la médecine des assurances en Suisse de la doctoresse M._____ - pour autant qu'elle soit établie, ce qui n'est pas le cas ici - ne justifie pas de nier d'emblée la valeur probante de l'expertise. La recourante n'allègue pas sur quels points l'experte ferait une constatation qui serait contraire à des principes de médecine des assurances en Suisse. En outre, il ressort du registre des

professions médicales que la doctoresse M._____ est au bénéfice d'un diplôme de médecin depuis 1987 et d'un titre postgrade en rhumatologie depuis 1989, octroyés en France et reconnus en Suisse le 9 octobre 2008 (<https://www.medregom.admin.ch/FR>). Quoi qu'il en soit, les rapports des docteurs G._____ et R._____ corroborent très largement les constatations de la doctoresse M._____ et sont suffisamment probants pour statuer (cf. infra). Sur le plan somatique, le docteur G._____ a en effet également conclu à une discopathie C5-C6 n'entraînant pas d'incapacité de travail dans l'activité de secrétaire-réceptionniste-téléphoniste. Il n'y a pas lieu d'invalider leur expertise au motif qu'ils avaient eu connaissance de celle de la doctoresse M._____ avant d'établir leurs rapports. En effet, on doit admettre que les docteurs G._____ et R._____ étaient en mesure de faire la part des choses et de se fonder sur leurs propres constatations, sachant qu'ils effectuaient une seconde expertise à la suite d'une contestation de la première par l'assurée.

La recourante doute également de la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire, soutenant que l'anamnèse serait incomplète et l'histoire familiale et professionnelle insuffisamment explorée pour établir un diagnostic psychiatrique. Elle allègue en outre que les experts auraient dû se renseigner auprès de sa psychiatre traitante, de la psychosomaticienne N._____, ainsi que du docteur Q._____. Sur ces différents points, l'intéressée reprend les critiques formulées par son médecin traitant, le docteur T._____, dans le courrier qu'il lui a adressé le 26 juillet 2016. Toutefois, celles-ci ne sont pas pertinentes.

En effet, l'assurée a été suivie par la doctoresse N._____ de 2010 à 2013 s'agissant de la problématique de l'obésité, mais ne la consultait plus dès 2014. Il en va de même avec la doctoresse W._____, psychiatre, dont le suivi s'est arrêté en 2010 (cf. rapport du 27 octobre 2015 du docteur T._____). On peut donc comprendre que les experts n'aient pas jugé nécessaire de les contacter. Par ailleurs, les constatations du docteur G._____ rejoignent largement celles de son confrère Q._____, ces deux spécialistes évoquant une fibromyalgie.

Contrairement à ce que soutient la recourante, le docteur Q._____ n'a pas conclu à une incapacité de travail. En effet, dans son rapport du 18 août 2015, ce spécialiste a tout d'abord retenu qu'en tant que réceptionniste, une reprise à un taux de 50 %, voire 100 % pouvait raisonnablement être exigée, cette activité étant adaptée. Par la suite, dans son rapport du 9 décembre 2015, il a énoncé qu'il était difficile de se prononcer sur une capacité de travail résiduelle et a suggéré la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire. Dans ces circonstances, la recourante ne peut se prévaloir du fait qu'aucun renseignement supplémentaire n'ait été demandé au docteur Q._____.

S'agissant ensuite de l'anamnèse contenue dans les rapports des docteurs G._____ et R._____, elle est suffisante pour permettre aux experts, avec les constatations cliniques et la lecture des autres pièces au dossier, de poser un diagnostic et d'évaluer la capacité de travail de l'assurée de manière probante.

Par ailleurs, les experts ont procédé à un examen de l'intéressée et ont pris en compte les plaintes de cette dernière. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Leurs conclusions sont en outre bien motivées. On observera que la doctoresse R._____ a envisagé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avant de renoncer à le retenir en raison de l'absence de retentissement psychosocial de l'atteinte. Elle n'a pas estimé que les symptômes de l'assurée présentaient le degré de gravité requis pour justifier de poser ce diagnostic ni, a fortiori, retenir une incapacité de travail notable. Ce constat se recoupe avec l'indicateur relatif à la cohérence entre les symptômes dont se prévaut la recourante et leur retentissement allégué sur la capacité de travail, d'une part, et sur la vie quotidienne, d'autre part. En effet, cette cohérence est faible, étant donné qu'il n'y a pas de répercussions particulières de l'atteinte dans les activités quotidiennes. Selon les propres déclarations de l'assurée, elle se lève vers 6 h 30 et prépare le petit déjeuner pour son ami, avec lequel elle habite. Leur relation se passe bien. Au cours de la journée, elle s'occupe du ménage à son rythme, effectue des promenades ou fait les magasins. Elle

va également boire des cafés avec des amis et s'occupe parfois de sa petite-fille de quatre ans. Elle rencontre sa mère une fois par semaine, de même que sa fille et a un contact téléphonique quotidien avec son fils, même si, selon les annotations manuscrites du docteur T._____, les relations seraient difficiles. Elle chante une fois par semaine dans une chorale et aide occasionnellement une association. Par ailleurs, elle décrit une vie sociale riche (cf. expertise du 2 mai 2016 du docteur G._____, p. 7 et du 26 avril 2016 de la doctoresse R._____, pp. 3 et 4). Tel que relevé par le docteur G._____, elle dispose de ressources importantes, s'illustrant notamment dans les multiples changements d'emploi qu'elle a effectués. Enfin, il n'y a pas de corrélation entre la gravité des atteintes énoncées par le médecin traitant et le fait que celui-ci n'ait pas adressé sa patiente à un spécialiste afin qu'elle puisse bénéficier d'un suivi psychiatrique.

Au vu de ce qui précède, l'expertise des docteurs G._____ et R._____ remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il y a donc lieu de se rallier à ses conclusions, selon lesquelles la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité de secrétaire-réceptionniste-téléphoniste, correspondant à l'activité habituelle. Celles-ci ont au demeurant été confirmées par le docteur P._____ (cf. avis médicaux des 20 octobre 2016 et 12 janvier 2017).

Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions de cette expertise. En particulier, les différents rapports du docteur T._____, de même que ses annotations manuscrites opérées sur l'expertise n'établissent pas l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de celle-ci et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère incomplet. Notamment, les diagnostics d'état dépressif et de trouble de la personnalité de type borderline retenus par ce médecin dans ses courriers des 26 juillet et 26 août 2016 ne sauraient être pris en considération, dès lors que ce dernier n'est pas spécialisé en psychiatrie. La reconnaissance

de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose en effet notamment la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). En outre, son reproche quant au fait que les experts n'ont pas mis en relation les différentes atteintes de sa patiente ne saurait être suivi, dès lors que ceux-ci ont également tenu compte dans leur appréciation de l'obésité de l'intéressée et du syndrome d'apnées du sommeil. S'agissant particulièrement de cette atteinte, le rapport du 10 juillet 2015 du docteur K._____ fait état d'une ronchopathie compliquée d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil léger, stable et peu symptomatique, soit insuffisant pour soutenir que cette atteinte pourrait se révéler incapacitante, même conjuguée à d'autres facteurs.

Il ressort de ce qui précède que l'intimé a retenu à juste titre que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 16 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de F._____.

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 :

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour F._____)
- 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 :