

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 septembre 2023

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Pierre-Yves Brandt, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a déposé une demande de prestations le 24 avril 2014 invoquant des œdèmes et des douleurs dorsales (hernie discale) existant depuis 2013. Elle indiquait être aide-infirmière à 100 % à l'Hôpital [...] ([...]).

Selon le questionnaire employeur du 6 juin 2014, l'assurée était en arrêt de travail partiel ou total en fonction des périodes.

D'après le questionnaire 531bis du 3 juillet 2014, l'assurée en bonne santé travaillerait à 100 % par nécessité financière.

Dans un rapport du 9 juillet 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique existant depuis mai 2014, de trouble hypocondriaque existant depuis 2013 et de trouble mixte de la personnalité à traits paranoïaques existant depuis l'adolescence. Selon ce médecin, l'incapacité de travail était totale depuis le 15 mai 2014 pour une durée indéterminée.

Dans un rapport du 14 juillet 2014, la Dre M. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de cervicalgies persistantes dans le cadre de troubles dégénératifs et de dysbalances musculaires, de lombalgies persistantes dans le cadre de troubles statiques et d'un déconditionnement musculaire, de fibromyalgie, d'arthrose nodulaire des doigts, d'ostéopénie corticale (densitométrie osseuse 02.07.2014), de trouble dépressif probable et de tabagisme chronique. Ce rapport se conclut comme suit :

"Mme A. \_\_\_\_\_ souffre depuis 3 ans de cervicalgies, qui seraient apparues des suites d'un traumatisme par accélération/décélération, avec par la suite un deuxième accident en février 2013. Elle ressent depuis lors des cervicalgies persistantes, l'examen clinique ne révélant pas de limitation fonctionnelle ni de syndrome cervical ni de syndrome radiculaire. Le bilan radiographique réalisé l'an dernier a

démontré une unco-discarthrose C5-C6. A l'examen clinique, actuellement présence d'une importante tendomyose de toute la musculature cervicale et scapulaire.

A cela s'ajoutent des dorsolombalgies persistantes, actuellement sans syndrome articulaire irritatif ou déficitaire. L'IRM dorsale et lombaire réalisée récemment n'a pas démontré d'anomalie significative, hormis de discrets troubles dégénératifs débutants.

Le tout s'inscrit dans un contexte de douleurs musculo-squelettiques diffuses, qui ont été mises en rapport avec une fibromyalgie chez une patiente très fatiguée et épuisée par son activité professionnelle mais aussi par des difficultés familiales. La thymie est déprimée, tout en relevant que la patiente suit un traitement antidépresseur médicamenteux et qu'elle bénéficie d'un suivi spécialisé.

Relevons d'autre part à l'examen clinique des éléments pour une arthrose nodulaire des doigts (nodulose de Bouchard)."

Dans un rapport du 15 juillet 2014, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de syndrome algique récurrent cervico-scapulaire et lombo-vertébral sur troubles dégénératifs (arthrose avec discopathie C5-C6 et discopathies de L2 à L5 avec arthrose des articulaires postérieures) existant depuis 2013 et de lymphœdème chronique primaire des membres inférieurs existant depuis de nombreuses années. Ce médecin se référait pour les diagnostics psychiatriques au rapport du Dr E.\_\_\_\_\_. Selon le Dr P.\_\_\_\_\_, le pronostic était réservé compte tenu de l'intrication de pathologies somatiques et un trouble psychique qui impose à l'assurée une interprétation parfois presque délirante de ses symptômes. S'agissant de l'incapacité de travail, le Dr P.\_\_\_\_\_ se référait également au rapport du psychiatre.

L'assurée a été licenciée pour le 30 novembre 2015.

Une expertise a été confiée au C.\_\_\_\_\_ (C.\_\_\_\_\_) de [...] et les Drs I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, O.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont rendu leur rapport le 7 mars 2016 dont il résulte ce qui suit :

"Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, l'examen de ce jour, en dehors de la présence d'un lymphœdème des membres inférieurs et d'une diminution globale de la sensibilité superficielle et de la pallesthésie au membre inférieur gauche, sans territoire précis, est rigoureusement normal. Une origine veineuse a été exclue par deux examens spécialisés angiologiques. Il n'y a pas de caractère incapacitant, mais dans le cadre d'une activité, il y a lieu d'éviter les stations debout prolongées.

L'hypertension artérielle est compensée et ne représente pas de caractère incapacitant.

Sur le plan rhumatologique, l'examen clinique est non relevant.

Les différents examens radiologiques montrent uniquement de discrets troubles dégénératifs lombaires compatibles avec l'âge à l'IRM [imagerie par résonance magnétique] d'avril 2014, et la description d'une discopathie C5-C6 sur un rapport de radiographies cervicales de 2013.

Madame A. \_\_\_\_\_ présente donc des cervicalgies chroniques, et une anamnèse et un examen clinique compatibles avec un syndrome douloureux chronique.

Sur le plan thérapeutique, son traitement est adéquat avec prise en charge médicamenteuse adéquate, en physiothérapie, en acupuncture et sur le plan psychiatrique.

Sur le plan strictement rhumatologique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles, hormis en raison des cervicalgies, les ports de charges lourdes et les travaux lourds, de manière répétée. Sa capacité de travail est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations.

Sur le plan psychique, Madame A. \_\_\_\_\_ se plaint d'une symptomatologie dépressive (depuis environ trois ans) et anxieuse (depuis les années 90) : humeur dépressive d'intensité 6/10, surtout présente le soir, pleure souvent, ruminations dépressives ; a perdu la motivation et l'envie, perte de libido depuis un an et demi, tendance au repli, car elle est déçue de l'attitude des autres ; troubles de l'endormissement ; fatigabilité ; perte de confiance depuis l'été 2014 ; difficultés à se concentrer, pessimisme ; idées suicidaires après le procès de 2007 et son licenciement, mais n'a jamais fait de tentatives de suicide dans sa vie. Après l'annonce en juillet 2015 de son licenciement, elle a eu des crises de panique permanentes pendant 3 semaines, elle a dû prendre 3 comprimés de Risperdal par jour et rester la plupart du temps chez elle.

Actuellement, il lui arrive d'avoir des crises d'angoisse moins fortes lorsqu'elle a des crises de douleurs ou lorsqu'elle doit se rendre chez l'assistante sociale. Elle se sent étouffer dans les lieux fermés et elle a peur des microbes depuis une année. Surtout depuis sa séparation en 1991, elle est devenue anxieuse, car elle a dû prendre en charge beaucoup de choses notamment l'éducation de ses enfants. Actuellement, elle se sent très vulnérable au stress et elle est vite

perturbée et préoccupée dès que quelque chose ne se déroule pas comme prévu.

Elle se décrit comme une femme de caractère, une battante. Elle savait motiver les autres et était considérée comme une locomotive pour autrui. Elle ne se laisse pas faire et elle peut rentrer facilement en conflit lorsqu'elle estime que les gens sont tordus et ne respectent pas les règles. Elle n'aime pas les menteurs et les traîtres. Son psychiatre traitant estime qu'elle a des traits de personnalité paranoïaque, il la décrit comme projective et relativement revendicatrice...besoin de reconnaissance des torts subis. Elle n'a pas d'habitudes toxiques hormis un tabagisme qu'elle tente actuellement de limiter avec l'aide de divers thérapeutes.

La description des activités quotidiennes nous apprend qu'elle prend en charge ses activités ménagères à son rythme en se ménageant des pauses régulières, gère ses tâches administratives (parfois fait des erreurs), se rend à ses rendez-vous de médecins, sort se promener environ une demi-heure par jour, joue à la pétanque environ une fois par semaine. Elle n'est pas repliée socialement, fréquente régulièrement sa famille, des copines. Elle conduit sur de petits trajets 2 à 3 fois par semaine.

L'examen psychiatrique montre une femme en surpoids, fatiguée, légèrement déprimée (triste, pessimiste, manquant de confiance en elle). Le contenu de la pensée est fixé sur ses problèmes physiques et sa vulnérabilité au stress qui l'empêchent de vivre normalement ainsi que sur l'agacement et sa révolte vis-à-vis de l'attitude de l'assurance-invalidité de la part de qui elle ne se sent pas soutenue et se sent suspectée de ne pas suffisamment se soigner. Aucun trouble cognitif patent n'est observé. L'assurée n'est pas ralentie. Il n'est observé aucun signe de la lignée anxieuse ni psychotique. L'assurée collabore avec l'expert, le contact est adéquat, elle ne se montre pas irritable.

Le dosage plasmatique de l'Escitalopram montre un taux à 9 nmol/l pour un intervalle se situant entre (46 et 246). L'expertisée dit prendre 5 mg le matin d'Escitalopram, le prélèvement a été fait à 14h45. D'après le compendium, le taux plasmatique maximal est atteint après 4 heures de la prise, la demi-vie d'élimination est de 30 heures. Après vérification des interactions entre les nombreuses molécules qui lui sont prescrites, aucune diminution des taux plasmatiques n'est mentionnée dans le compendium.ch. Aucune interaction entre l'Escitalopram et le tabagisme n'existe. Quoi qu'il en soit, il est possible de mettre ce résultat sur le compte de la faible posologie prescrite, en effet le compendium mentionne que pour une posologie de 10 mg/j l'intervalle de référence se situe entre 20 et 125 nmol/l. Il faudrait effectuer d'autres dosages, pour affirmer une observance médicamenteuse non optimale.

En conclusion, la symptomatologie anxieuse généralisée existant depuis le début des années 90 avec une composante phobique plus récente nous fait retenir le diagnostic d'autres troubles anxieux mixtes (F41.3). La symptomatologie dépressive chronique depuis trois ans et plutôt modérée nous oriente vers un diagnostic de dysthymie (F34.1).

La symptomatologie algique chronique sans substrat organique claire, d'après l'expert rhumatologue, dans un contexte psychosocial évident (problématique familiale et professionnelle entre autres), nous fait poser le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

D'après la grille d'examen en cas de troubles somatoformes découlant de l'arrêt du Tribunal Fédéral du 3 juin 2015, nous retiendrons qu'il existe des troubles psychiques, sous la forme d'une dysthymie et d'autres troubles anxieux mixtes. Nous ne mettons par contre pas en évidence de trouble de la personnalité.

Concernant ses ressources internes, retenons que l'expertisée a pu s'intégrer en Suisse, se marier, oser se séparer d'une relation insatisfaisante, élever seule ses deux fils. Elle a pu assumer son travail durant de nombreuses années dans divers postes, sa vie professionnelle montre une certaine stabilité. Elle est sociable et peut compter sur le soutien d'un entourage social de qualité.

Des mesures de réadaptation sont exigibles du point de vue psychiatrique.

Concernant la cohérence, la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes, elle est suivie régulièrement par son psychiatre traitant. Par contre il faudrait effectuer d'autres dosages afin d'apporter la preuve d'une observance thérapeutique optimale.

Elle a bien collaboré avec les trois experts.

Concernant la capacité de travail, nous ne retrouvons pas de limitation fonctionnelle d'ordre psychique, la capacité de travail est complète dans toute activité sans diminution de rendement.

#### RÉPONSES AUX QUESTIONS DE L'OFFICE D'ASSURANCE INVALIDITE

- I. Atteinte à la santé
  1. Manifestation et gravité des constats objectifs  
Cf. discussion.
  2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé  
Cf. discussion.
  3. Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels)  
Cf. discussion.
  4. Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, et de leur ampleur  
Aucun.

5. En cas de maladie addictive, examen de la question de savoir si un trouble préalable ayant valeur de maladie grave a conduit au syndrome de dépendance  
Aucune.
  6. Le syndrome de dépendance a-t-il entraîné un trouble irréversible ?  
Il n'y a pas de dépendance.
  7. Analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assurée et de son évolution  
Cf. discussion.
  8. Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assurée et sur les ressources personnelles dont il dispose.  
Cf. discussion.
- II. Contexte social
1. Anamnèse conforme aux directives et menée par l'ensemble des experts impliqués  
Cf. discussion.
  2. Description détaillée du quotidien et de l'environnement de l'assurée  
Cf. ci-dessus.
  3. Appréciation de la partie non médicale du dossier, relative par ex. à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage  
Elle décrit être très limitée également dans ses activités ménagères en raison des douleurs, mais parvient à les assumer.
  4. Indications détaillées sur les difficultés d'ordre social, par ex. chômage ou autres situations de vie précaires, directement à l'origine de problèmes fonctionnels  
Cf. discussion.
  5. Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de l'assurée par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie, etc.)  
Cf. discussion.
- III. Diagnostics
1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail
    - Cervicalgies chroniques.
    - Lymphœdème des membres inférieurs depuis de nombreuses années.
  2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail
    - Autres troubles anxieux mixtes (F41.3).
    - Dysthymie (F34.1).

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Thrombose d'un membre inférieur en 1990 (ne sait plus de quel côté).
- Ablation d'un polype sur les cordes vocales il y a 12-13 ans.
- Hypertension artérielle depuis un an et demi environ.

3. Interactions des diagnostics :  
Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assurée dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts  
Le syndrome douloureux pourrait être interprété comme une expression somatique d'une souffrance psychique liée au contexte psycho-social.

#### IV. Traitement et réadaptation

1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?  
Oui.
2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assurée au cours des thérapies effectuées  
Bonne coopération.  
Il reste à prouver l'observance médicamenteuse avec plasmaticues.
3. Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes indépendamment de la motivation de l'assurée  
Aucune, si ce n'est éventuellement d'augmenter l'antidépresseur qualité de vie.
4. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assurée si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès  
Il n'y a pas eu de mesures de réadaptation.
5. Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent-ils du tableau clinique de l'assurée ?
6. Dans quelle mesure ?
7. Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation  
Elles sont exigibles.

#### V. Cohérence

1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assurée

Il existe une bonne cohérence entre ses dires et sa vie actuelle (elle est très limitée dans toutes ses activités, en fonction des efforts et surtout de son stress).

2. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales)  
Cf. ci-dessus.
  3. Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé  
Cf. discussion.
  4. Evaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques  
Cf. discussion.
  5. Analyse permettant de savoir si l'assurée présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie  
Il n'y a pas d'inaptitude.
- VI. Capacité de travail
1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici  
La capacité de travail est fonction du cahier des charges, si celui d'aide-infirmière implique des charges lourdes et répétées (transfert de patient), des travaux lourds et des stations debout prolongées, la capacité est nulle.  
Si les limitations peuvent être respectées, la capacité est pleine.
  2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée  
Temps et rendement pleins dans une activité respectant les limitations.
  3. Quelles sont les incapacités de travail dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée médicalement justifiées, à quel taux (sur un 100%) et depuis quand.  
Merci d'indiquer l'évolution de celles-ci  
Dans activité habituelle : cf. ci-dessus.  
Dans activité adaptée : pas d'incapacité.  
Cf. discussion.
  4. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?  
Pas de station debout prolongée.  
Pas de travaux lourds ou de lourdes charges de manière répétée.
  5. Quelles sont les ressources personnelles de l'assurée ?  
Cf. discussion."

Dans un rapport du 24 mars 2016, se fondant sur l'expertise, le Dr Q.\_\_\_\_\_, du SMR (Service médical régional de l'assurance-

invalidité), a retenu que l'assurée était inapte au port de charges lourdes et répétées (transfert de patient), aux travaux lourds et aux stations debout prolongées. Il en conclut que l'activité habituelle n'est plus exigible mais que la capacité de travail est totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles.

Par courrier du 29 avril 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a mis en demeure l'assurée de lui confirmer par écrit qu'elle souhaitait bénéficier de mesures de réadaptation et qu'elle collaborerait pleinement tout au long des mesures qui seront mises en place. A défaut de réponse ou en cas de réponse négative dans le délai fixé, l'office avertissait l'assurée qu'il mettrait un terme à ses démarches et qu'il évaluerait le taux d'invalidité de l'assurée en tenant compte d'une capacité de travail de 100 % dans une activité non qualifiée adaptée aux limitations fonctionnelles.

Le 18 mai 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_ a écrit ceci à l'OAI :

“Il me paraît primordial de vous transmettre les éléments précisés ci-dessous qui remettent en question le caractère probant de l'avis psychiatrique de l'expertise du C. \_\_\_\_\_ du 07.03.2016, sur laquelle vous étayez votre prise de position quant à une capacité de travail entière pour l'assurée (en date du 24.03.2016). En effet, cette expertise ne rend pas compte de manière cohérente des limites de la patiente sur le plan psychiatrique dans les diagnostics retenus et manque de rigueur dans sa réalisation et ceci pour les motifs suivants :

- A aucun moment l'expert psychiatre n'a tenté de joindre le soussigné afin que je puisse lui transmettre des informations plus récentes sur l'évolution de la patiente (depuis mon rapport AI du 09.07.2014).
- Cette expertise décrit une patiente « très limitée dans toutes ses activités, en fonction des efforts et surtout de son stress ». Ceci s'accompagne très clairement d'une limitation majeure pour la patiente à faire face à toute sollicitation qu'elle a le sentiment de ne pouvoir assumer (je vous renvoie ici aux limitations décrites à cet égard dans mon rapport AI du 09.07.2014), qu'elle perçoit comme stressante, et vis-à-vis desquelles elle se trouve très démunie (avec un vécu rapidement persécutoire). A aucun moment, l'expertise ne détaille en quoi cette limitation, qui pourtant est décrite comme très importante (rubrique V, p. 22) impacte le quotidien de l'assurée et à fortiori dans tout environnement professionnel envisagé.

- L'expertise retient un diagnostic de « dysthymie (F34.1) » en raison « d'une symptomatologie dépressive chronique depuis 3 ans et plutôt modérée ». Pour rappel, un tel diagnostic ne peut se poser que lorsque la sévérité est insuffisante ou dont la durée des épisodes est trop brève pour poser un diagnostic de trouble dépressif récurrent. L'aspect longitudinal de l'évolution clinique de la patiente, bien que partiellement décrit (pas de mention de l'épisode de 2010) et notamment les épisodes dépressifs de 1991 et 1994 (ayant nécessité la prise d'antidépresseurs) n'est en l'occurrence pas pris en compte dans la démarche diagnostic. Ceci est également vrai pour l'évolution du tableau dépressif actuel qui se trouve résumé à sa plus simple expression (« la symptomatologie dépressive chronique depuis trois ans et plutôt modéré nous oriente vers un diagnostic de dysthymie », p19), alors même que l'intensité dudit tableau a grandement varié avec au printemps 2014 l'ensemble des critères présents pour poser un diagnostic dépressif majeur, puis une évolution sensiblement favorable à mettre ici en lien avec la mise à distance de l'environnement professionnel perçu comme très hostile par la patiente.
- Le diagnostic retenu de « autres troubles anxieux mixtes (F41.3) » n'est pas non plus étayé. En sus de l'anxiété généralisée, il est juste fait mention d'une « peur des microbes » depuis une année. Pour rappel, toute phobie s'accompagne de tentatives d'évitement de l'objet précipitant le trouble anxieux. En l'occurrence, l'assurée a développé une relation effectivement phobique aux microbes, non pas dans l'environnement extérieur mais à l'intérieur de son corps (et notamment dans la sphère gastro-intestinale et uro-génitale) qu'elle rend responsable de la symptomatologie douloureuse (notamment de brûlures) avec des demandes répétées d'investigation et traitements dans un discours qui par moment est délirant (conviction inébranlable d'avoir une maladie en lien avec ces microbes ou autre maladie grave que les médecins n'ont pas réussi à trouver). Le fait que la relation phobique soit cristallisée sur des sensations ou des objets perçus à l'intérieur de son corps et qu'elle ne peut dès lors éviter est à mettre en relation avec le discours hypochondriaque et les phénomènes dissociatifs (qui expliquent l'aspect parfois discordant entre le discours de la patiente et le status psychiatrique et somatique) qui n'ont pas été soulevés par l'expertise.
- Les aspects d'enfance carencée et traumatique soulevés dans l'expertise et le fonctionnement de la patiente ne sont pas repris dans la discussion, et l'expert exclut la présence d'un trouble de la personnalité sans réellement étayer en quoi ce trouble n'est pas présent. En l'occurrence, la péjoration de l'état de l'assurée depuis 2013 s'inscrit dans la décompensation de son trouble de la personnalité (décrit dans mon rapport du 09.07.2014), dans un contexte où l'émancipation de ses enfants et son incapacité à assumer à satisfaction son cahier des charges professionnel, lui ont fait perdre les étayages nécessaires à stabiliser son trouble de la personnalité (qui lui conféraient un contenant identitaire plus stable). L'incapacité de l'assurée à se contenir lors de

l'entretien de transmission de la position de l'AI, avec l'émergence immédiate d'un discours de menace de procès et d'une sortie après quelques minutes, est à mettre sur le compte du grave trouble de la personnalité dont souffre l'assurée.

Au vu de ce qui précède, une réévaluation du positionnement de l'AI paraît indispensable tant au Dr P. \_\_\_\_\_ qu'au soussigné, au risque sinon de prêter de manière très importante le pronostic de l'assurée. En l'état, la capacité de travail dans tout environnement professionnel est nulle. Toutefois, nous vous proposons la mise en place d'un stage d'évaluation, par exemple à [...], où le taux de présence que l'assurée devrait être capable d'assurer est évalué par le soussigné à 50%. Ce stage pourrait ainsi permettre d'évaluer de manière plus circonstanciée un éventuel potentiel de reclassement chez cette patiente en tenant compte de la réalité de son état et de ses limites. [...]"

Dans un avis du 31 mai 2016, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions antérieures. Il relève qu'il est contradictoire de conclure à une incapacité de travail totale pour un trouble dépressif sévère tout en proposant un stage de 50 %.

Le 18 juillet 2016, le Dr P. \_\_\_\_\_ a adressé le courrier suivant à l'OAI :

"En réponse à la lettre de l'Office AI datée du 27 juin dernier, je puis vous donner les éléments d'information suivants :

1. Diagnostics précis avec répercussion sur la capacité de travail : troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire, pluri-étagée avec syndrome douloureux récurrent des ceintures cervico-scapulaire et lombo-pelviennne. Lymphœdème chronique des MI [membres inférieurs]. Trouble hypochondriaque chez une personnalité à traits anxieux et paranoïaques. HTA [hypertension artérielle] labile.
2. Evolution de l'état de santé depuis mon rapport du 15.07.2014 : Globalement défavorable : les algies rachidiennes et péri-rachidiennes se sont montrées multi-récurrentes, déclenchées par le moindre effort, y compris les tâches ménagères simples, aggravées de violentes bouffées de chaleur qui s'accompagnent d'un florilège de symptômes neuro-végétatifs qui submergent littéralement la patiente de manière paroxystique (« état de bouillonnement, je cuis, je brûle, j'ai l'anus en feu, je vais faire un AVC... ») ; le plus souvent ces « crises » sont également marquées par la sensation que le lymphœdème s'aggrave, entraînant la patiente dans un activisme important pour le faire diminuer (enchaîne les cures d'acupuncture et d'homéopathie, se masse intensivement les MI pour les drainer).

3. Capacité de travail dans l'activité habituelle : nulle !
4. Capacité de travail dans une activité adaptée : probablement nulle à l'heure actuelle : en effet déjà les tâches ménagères quotidiennes sont difficiles, voire impossibles à réaliser, alors je vois mal Mme A.\_\_\_\_\_ réaliser des tâches plus contraignantes !
5. Limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical : Je ne me prononcerai bien sûr que sur les limitations d'ordre somatique (la sphère psychique relevant de la compétence du Dr E.\_\_\_\_\_ ) : le port de charge, a fortiori en position debout ou lors de mouvements de flexion ou de rotation du tronc, ainsi que le travail avec les bras au-dessus des épaules, est contre-indiqué. Les mouvements de la nuque en extension ou rotation, particulièrement s'ils sont répétitifs, sont contre-indiqués. Les postures statiques prolongées sont défavorables, tout particulièrement la station debout, de même que la position accroupie ou à genoux ou en flexion extrême de la hanche ddc [des deux côtés] (lymphœdème), ainsi que toute activité en ambiance chaude.
6. Dates et taux précis des arrêts de travail : 100 % du 24/05/2013 au 08/07/2013 puis 50 % du 09/07/2013 au 04/08/2013, puis 40 % du 05/08/2013 au 30/08/2013, puis les incapacités de travail ont été reprises par le Dr E.\_\_\_\_\_.
7. Traitements en cours et compliance : Port de bas de contention de classe II de type collant, physiothérapie de mobilisation douce en piscine avec drainage lymphatique, Dafalgan 1 g, 4x/j en réserve, Risperidon 0.5 mg, 1x/j en réserve, Torem 5 mg, 1 x/j. A mon avis, la compliance est probablement limitée par le fait que la patiente préfère ne pas traiter les symptômes, de peur de masquer une pathologie évolutive dont elle est convaincue de l'existence et dont elle redoute les complications ! NB : une nouvelle évaluation du lymphœdème devrait avoir lieu ces prochains mois au CHUV.
8. Remarques : Formellement le point 4 devrait être évalué en atelier ad hoc et de manière progressive, mais la situation psychique de la patiente rendra vraisemblablement cette évaluation impossible, tant la patiente a d'abord besoin qu'on reconnaisse sa souffrance et qu'on la valide par le biais de l'acceptation formelle de son invalidité...L'aspect quérulent de sa personnalité risque fort de se manifester par des manœuvres de recours juridiques multiples si, par hypothèse, son invalidité n'était pas reconnue au préalable."

Par avis du 16 août 2016 le Dr Q.\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions précédentes.

Le 4 octobre 2016, le Dr E.\_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport. Il y a posé les diagnostics de somatisation (dès 2016), d'autres

troubles anxieux mixtes (dès 2015), de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission partielle (dès 2015) et de trouble mixte de la personnalité à traits paranoïaques (dès l'adolescence). On peut aussi y lire ceci :

“Depuis mon dernier rapport, l'évolution du tableau dépressif est sensiblement favorable dans le contexte de la mise à distance de l'environnement professionnel, perçu comme très hostile et qui la confrontait à ses limites, avec toutefois une péjoration du tableau anxieux et algiques dans les suites des expertises effectuées fin 2015, puis de la transmission de leur conclusion (mars 2016). Cette péjoration s'accompagne d'un changement dans l'expression du trouble somatoforme, avec un glissement d'un trouble hypocondriaque à un trouble de type somatisation (la demande récurrente de pouvoir faire disparaître ses symptômes et l'impact de ceux-ci sur le quotidien prenant le pas sur la demande d'investigation récurrente et la peur que les symptômes soient la résultante d'une maladie invalidante et potentiellement mortelle). Ses doléances sont essentiellement algiques avec la description notamment de brûlures dans le corps, qu'elle perçoit dans un vécu morcelé (« mon bassin a la fièvre ») avec des angoisses massives et un discours par moment délirant (« je soupçonne la nourriture irradiée de me contaminer », etc.). Le vécu de méfiance et de persécution lié à son trouble de la personnalité auparavant cristallisé autour de l'environnement professionnel s'est étendu au réseau thérapeutique avec un discours de plus en plus revendicateur et projectif à l'égard de ses thérapeutes et notamment de son généraliste (Dr P. \_\_\_\_\_), ceci s'accompagnant d'une demande accrue des services de soins d'urgence (médecin de garde, urgences somatiques) avec comme corollaire une plus grande confusion pour la patiente dans l'étiologie possible des doléances algiques (constipation, nerfs lésés, etc.) et la péjoration des doléances anxieuses vis-à-vis desquelles elle décrit par moment le sentiment « de perdre pied avec la réalité ». C'est dans ce contexte qu'une hospitalisation en médecine interne au CHUV (avec un objectif d'investigations) est organisé (voir point 1.3) ainsi que des investigations auprès d'un angiologue qui aurait diagnostiqué un déficit congénital dans un récepteur permettant le drainage lymphatique, ceci explicitant notamment les œdèmes de la patiente.

[...]

Les restrictions sont liées à l'intensité des doléances anxieuses et algiques (décrites au point 1.4) qui s'accompagnent d'une restriction du périmètre de vie qui est allé en se péjorant de manière très importante depuis mes derniers rapports (avec notamment la fin de l'activité hebdomadaire de pétanque qui représentait une des rares sources de sociabilisation) ainsi qu'en lien avec le grave trouble de la personnalité de la patiente. Pour rappel, ce dernier est caractérisé par une difficulté pour la patiente à poser des limites vis-à-vis d'autrui, cette dernière étant rapidement submergée par des affects de colère ou d'angoisse dès lors qu'elle se trouve confrontée à un environnement interpersonnel qu'elle ne comprend pas ou qu'elle doit faire face à des attentes qu'elle ne parvient pas à assumer,

avec alors l'exacerbation d'un vécu de victime et l'émergence d'éléments revendicateurs, projectifs, avec par moment une perte d'ancrage dans la réalité, dans un climat persécutoire péjorant encore d'autant l'isolement de la patiente."

Le psychiatre concluait à une incapacité de travail de 100 %.

Un examen pratiqué au CHUV a confirmé le lymphœdème des membres inférieurs primaire.

Le 25 novembre 2016, le Dr P. \_\_\_\_\_ a adressé le courrier suivant au SMR :

"En réponse à la lettre de l'Office AI datée du 18 novembre dernier, je puis vous donner les éléments d'information suivants concernant l'évolution de la situation médicale depuis mon dernier rapport daté du 18.07.2016 :

1. Evolution de l'état de santé : Je suis frappé ces derniers mois par la péjoration de l'état dépressif, me faisant suspecter un épuisement progressif des ressources psychiques, qui lui permettaient auparavant de faire face : je retrouve en effet une patiente qui parle de cauchemar permanent (pour évoquer sa situation), de perte d'espoir, qui évoque une aboulie totale et une importante anergie, qui n'arrive plus à se réjouir de rien, même en famille. Les douleurs rachidiennes (lombaires en particulier), des MI et du bassin (brûlures pelviennes diffuses) sont quotidiennes et imposent de s'allonger régulièrement et de fractionner toutes les activités ménagères.
2. Capacité de travail dans l'activité habituelle : nulle depuis 2013 !
3. Capacité de travail dans une activité adaptée : nulle au moins depuis septembre 2016 !
4. Limitations fonctionnelles : la psychiatrie étant aussi une discipline médicale à part entière, je vous laisserai voir ce point avec le Dr E. \_\_\_\_\_. Les limitations d'ordre somatique ont déjà été amplement listées dans mon précédent rapport, je rajouterai simplement une HTA labile qui provoque souvent des pics hypertensifs jusqu'à 220 de systolique, tout particulièrement en cas de stress. Le lymphœdème chronique, confirmé par le CHUV récemment, contre-indique clairement toute activité en station debout ou assise prolongée et à risque de blessure aux MI. Les activités physiques recommandées doivent être douces et régulières.
5. Je n'ai pas refait formellement de certificat d'incapacité de travail depuis le 30.08.2013, car leur gestion en incombait au Dr E. \_\_\_\_\_.

6. Traitements en cours et compliance : drainages lymphatiques hebdomadaires, mobilisation douce en piscine, suivi psychiatrique régulier auprès du Dr E. \_\_\_\_\_ à [...].  
Médicaments : DAFALGAN 1g, 4 x/j en réserve, DUPHALAC sirop, ESIDREX 25 mg, 1x/j {1-0-0-0}, CERES calendula teint mère, VITAMINE B12 1000 microg, 1 x/j {1-0-0-0}, PANTOPRAZOL 20 mg, 1 x/j {1-0-0-0}. La compliance est, à mon avis, correcte. Je ne me prononce pas au sujet d'éventuels traitements psychotropes prescrits par le Dr E. \_\_\_\_\_. [...]"

L'assurée a séjourné au CHUV, dans le service de médecine interne, du 6 au 8 septembre 2016 en raison de dysesthésies d'origine fonctionnelle. Il a été conclu à une probable origine fonctionnelle en raison d'une symptomatologie variable, atypique et non évocatrice d'une origine somatique.

Par projet du 23 février 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande au motif que la capacité de travail de l'intéressée serait entière dans une activité adaptée.

Malgré les prolongations accordées au conseil de l'assurée, aucune objection n'a été formulée et une décision dans le sens du projet a été rendue le 12 juin 2017.

**B.** A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Pierre-Yves Brandt, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 15 août 2017, concluant à la réforme de la décision du 12 juin 2017 en ce sens que son degré d'invalidité est arrêté à 70 % au moins et lui donne par conséquent droit au versement d'une pleine rente dès le 1<sup>er</sup> février 2015 ; subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

L'intimé a répondu le 10 octobre 2017 concluant au rejet.

La recourante a répliqué le 17 novembre 2017. Elle joignait un rapport du 18 octobre 2017 du Dr P. \_\_\_\_\_ dont la teneur est la suivante :

“Je me permets de vous écrire, afin d'étayer vos démarches en contestation des décisions de l'AI. Pour mémoire, je me permets de rappeler quelques arguments que j'avais évoqués en avril dernier, qui gardent à mon sens toute leur pertinence, tout en précisant certains points :

- Au plan psychiatrique, sans revenir trop en détails sur le courrier du Dr E. \_\_\_\_\_, psychiatre, adressé au SMR de l'AI en date du 18.05.2016, et dont les conclusions me semblent parfaitement opportunes, je relève en effet que les symptômes psychiques de la patiente constatés en consultation ne font que s'aggraver ces derniers mois et ne sont donc plus du tout à la mesure de ce qui a été décrit lors de l'expertise de novembre 2015. J'en avais d'ailleurs fait la description dans mon rapport complémentaire à l'AI le 25.11.2016, dont je vous adresse copie en annexe. J'y évoque la notion de vie cauchemardesque, de perte d'espoir et d'énergie, d'une incapacité à se réjouir, les trois derniers de ces symptômes entrant dans les critères d'un trouble dépressif majeur. Le raccourci que fait l'expert en associant ces symptômes à un simple trouble dysthymique, quand bien même il y a un historique de trouble récurrent depuis de nombreuses années, un traitement antidépresseur en cours et un suivi psychiatrique est contestable ; on aurait pu aussi, sur les mêmes bases, poser à tout le moins le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent en rémission partielle.

Par ailleurs, l'expert ne retient pas le diagnostic d'un trouble de la personnalité, alors que Mme A. \_\_\_\_\_ a une tendance chronique et systématique à avoir une vision catastrophique de sa situation, à laquelle elle répond de manière tout aussi systématique par un comportement quérulent et procédurier. La vision catastrophiste se caractérise en particulier chez elle par une crainte démesurée et sans fondement d'avoir une maladie infectieuse grave généralisée, qui va inmanquablement la conduire à la gangrène, à l'amputation, et donc à la dépendance ! Elle vit donc dans la terreur d'une complication et se montre à l'affût du moindre symptôme anormal ; cette vision catastrophiste prend parfois une allure franchement délirante, car la patiente envisage toujours le pire, évoquant des symptômes dysmorphophobiques qui sont hors de proportion avec la réalité « je suis jaune, verte ou violette, bouffie, le visage déformé par la tuméfaction, je vais me noyer dans ma lympe,... » avec comme raccourci cognitif systématique : « je suis pourrie de l'intérieur (gangrène), je vais faire un AVC, finir paralysée et mourir prématurément ... ».

- Pour souligner encore le caractère quérulent et la rigidité du fonctionnement psychique de la patiente, je mentionne qu'à chaque consultation, et ceci depuis plus d'un an, la patiente affirme qu'elle a droit à une réparation financière pour le tord (*sic*) que l'AI lui fait en lui refusant des prestations, qu'on bafoue son droit à une rente et qu'elle se dit prête à remonter à la Cour Européenne pour faire valoir ses droits, sans qu'aucun argument de ma part puisse lui faire entrevoir la réalité autrement ! Même la réalité financière (elle n'a probablement pas les moyens de poursuivre sa croisade judiciaire...) ne peut la détourner de cette idée et je ne pense pas que ce soit par

bêtise, mais bien en raison d'un fonctionnement psychique pathologique. Sa quérulence n'est pas nouvelle d'ailleurs, puisque c'est à cause de cela que son ancien médecin traitant, le Dr X.\_\_\_\_\_, avait fini par la mettre à la porte de son cabinet il y a plus de 10 ans !

- je me permets encore d'insister sur le fait que les experts reconnaissent l'aspect cohérent entre les dires de la patiente et sa vie actuelle et son excellente collaboration lors de l'expertise (elle s'y est montrée adéquate, non démonstrative et non majorante, il n'y a donc pas lieu de penser qu'elle cherche à manipuler l'interlocuteur). Je crois que le parcours de vie difficile de Mme A.\_\_\_\_\_ a fait d'elle un être hyper-adaptable durant de longues années. Je souligne qu'elle a travaillé vaillamment depuis l'âge de 16 ans (en tant qu'ouvrière d'usine, puis caissière en magasin, avant de devenir aide soignante) à plein temps malgré ses 2 enfants à élever, et ce jusqu'en 2013.
- Au plan physique, je n'ai aucun argument significatif nouveau à apporter.

Mme A.\_\_\_\_\_ aura prochainement une biopsie des glandes salivaires, mais cela n'aura probablement pas d'implications sur les démarches AI en cours. Je mentionne cependant, pour insister encore sur le fait que Mme A.\_\_\_\_\_ ne simule pas, qu'elle n'a pas pu se rendre au [...] pour le mariage de son fils aîné, car elle est certaine que la chaleur amplifie ses symptômes et elle a préféré renoncer plutôt que de souffrir.

Au vu de tout ce qui précède, je ne peux pas m'imaginer que Mme A.\_\_\_\_\_ soit manipulatrice ou profiteuse, de même que je ne peux pas concevoir qu'on ne lui accorde pas une contre-expertise psychiatrique, tant les symptômes psychiques sont flagrants."

Dans un avis du 4 décembre 2017, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions.

Le 14 février 2018, la recourante a produit un nouveau rapport du 22 décembre 2017 du Dr P.\_\_\_\_\_ dont la teneur est la suivante :

"En réponse à votre lettre du 20.12.2017, je puis apporter les remarques suivantes concernant l'avis médical SMR daté du 14.12.2017 et signé du Dr Q.\_\_\_\_\_ :

1. La patiente ne parvient plus à jouer à la pétanque depuis l'automne 2016 et elle doit fractionner ses activités ménagères afin de pouvoir se reposer et s'allonger régulièrement, il est donc faux d'affirmer que sa situation somatique ne s'est pas péjorée depuis l'expertise de fin 2015. Cet état de fait impacte nécessairement la capacité de travail, y compris dans une activité adaptée. Je rappelle ici que l'expert avait souligné le

caractère collaborant de la patiente et l'absence de signe de simulation, je ne vois donc pas pourquoi on mettrait cela en doute à ce jour. Je reste sur ma position que seule une évaluation en atelier ad hoc permettrait d'y voir plus clair sur le taux et le type d'activité acceptable, ainsi que sur le rendement et les capacités (*sic*) de collaboration.

2. Mme A. \_\_\_\_\_ peut certes conduire (plutôt sur de courte distance (*sic*) d'ailleurs !), mais elle a renoncé à se rendre au [...] pour le mariage de son fils cet été de peur de la chaleur (à cause en particulier de son lymphœdème, qui s'aggrave avec le chaud) et elle a dû renoncer à une activité physique aussi légère que la pétanque, en raison des douleurs dans la nuque et la ceinture scapulaire, mais aussi du fait de la station debout que cela implique. La vie sociale de la patiente est donc significativement altérée.
3. L'AVC (ou plus précisément « être au bord de l'AVC ») évoqué à plusieurs reprises n'est pas une réalité diagnostique dans cette situation (d'où l'absence d'IRM !), mais une peur, sans limites et irrationnelle, que la patiente évoque comme complication potentielle de ses problèmes de santé, ce qui démontre bien son catastrophisme permanent. On peut évoquer aussi le refus de faire de la physiothérapie en piscine, de peur d'attraper une infection. Il semble y avoir donc une composante anxio-phobique chez Mme A. \_\_\_\_\_.
4. Nul n'a jamais parlé de schizophrénie à ma connaissance ! Force est cependant de constater que les angoisses de la patiente prennent souvent un caractère délirant et désorganisant la pensée, comme évoqué au point 3 ci-dessus.
5. Dans mon rapport de novembre 2016, je mentionnais que le lymphœdème contre-indiquait « toute activité en station debout ou assise prolongée et à risque de blessure aux MI », mais en aucun cas tout travail. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ insiste pour qu'on lise les rapports de manière détaillée, qu'il le fasse aussi de son côté...
6. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ nous reproche de nous « arquebouter », mais il fait la même chose en refusant d'entendre que la vision catastrophiste de la patiente l'empêche, indépendamment de toute autre considération plus ou moins objectivable, de mobiliser des ressources psychiques autrefois présentes pour pouvoir affronter une activité professionnelle. Je n'ai certes pas la compétence de mettre cela en lien avec un diagnostic psychiatrique *lege artis*, mais je suis témoin, à chaque consultation ou lors de chaque contact téléphonique avec la patiente, de ce fonctionnement psychique qui est, selon moi, notablement incapacitant : en effet, la patiente a la conviction inébranlable que, tôt ou tard, son HTA, son lymphœdème et/ou ses douleurs vont provoquer une complication majeure de son état de santé (AVC, OAP, attaque cardiaque). Dans son optique, toute activité qui risque de péjorer son HTA, son lymphœdème ou ses douleurs ne peut que la mettre en danger (de mort éventuellement) et elle se montre incapable, ces dernières années, de modifier cette vision des choses !”

Dans un nouvel avis du 27 février 2018, le Dr Q. \_\_\_\_\_ maintient ses conclusions.

Le 17 juillet 2018, la recourante a produit deux rapports radiologiques du 12 juillet 2018 suite à une IRM dorsale et lombaire et à des radiographies du thorax de face et de profil en position debout. Le premier rapport conclut à une colonne dorsale dans la norme, sans rétrécissement canalaire ni atteinte médullaire. L'IRM montrait aussi une discopathie lombaire étagée visible de L2 à L5 et que les discopathies prédominaient en L2-L3 et L3-L4, qu'elles étaient protrusives mais sans franche hernie ni conflit radiculaire. Les dimensions canalaires restaient suffisantes à tous les niveaux. Il y avait de minimes altérations de facearthrose. Le radiologue relevait aussi qu'il existait une réaction inflammatoire de type Modic 1, accompagnant la discopathie L2-L3. Le second rapport concluait à une image thoracique dans les limites de la norme.

Dans un rapport du 22 juillet 2019, le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin associé au Service de médecine génétique du CHUV, a indiqué qu'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh) avait été diagnostiqué chez la recourante.

Dans un rapport du 9 août 2019, le Dr P. \_\_\_\_\_ a écrit au conseil de la recourante que le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile était une maladie d'origine génétique et qu'elle était donc incurable et persistante. Elle représentait pour la recourante une altération sévère de sa qualité de vie et impactait de manière très sévère ses aptitudes professionnelles tant par l'imprévisibilité des symptômes que par leurs répercussions professionnelles durant les épisodes. Il expliquait qu'un traitement curatif était inexistant et que les traitements proposés l'étaient dans le but principal de limiter le handicap fonctionnel en prévenant le déconditionnement et la kinesiophobie mais qu'ils n'avaient qu'un impact marginal sur les douleurs.

Dans un avis du 19 août 2019, le Dr B.\_\_\_\_\_, du SMR, a relevé que tous les critères d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile n'étaient pas présents.

Le 9 octobre 2019, la recourante a adressé un rapport du 4 octobre 2019 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, dont la teneur est la suivante :

“Diagnostics :

- Douleurs multiples, notamment musculaires, d'origine indéterminée (voir discussion)
- Cervico-dorsolombalgies dans le cadre de raccourcissements musculaires multiples, de légers troubles statiques et dégénératifs du rachis cervico-dorso-lombaire ; s/p whiplash à répétition (1x en 2011 et 2x en 2013)
- Lymphœdèmes primaires bilatéraux des membres inférieurs ; absence d'insuffisance veineuse ; notion de TVP [thrombose veineuse profonde] du membre inférieur G [gauche] en 1990, non confirmée
- RGO [reflux gastro-œsophagien] ; gastrite érythémateuse antrale en 2016
- HTA traitée
- Troubles anxio-dépressifs chroniques ; personnalité à traits paranoïaques
- [...]

Anamnèse actuelle et appréciation :

Mme A.\_\_\_\_\_ a été revue par le Dr N.\_\_\_\_\_ en juillet 2019. Ce dernier retient le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, proposant une physiothérapie complexe, ainsi que la prise de Carnitine et l'apprentissage de techniques de relaxation. Mme A.\_\_\_\_\_ a aussi eu un sudoscan le 31.07.2019, dont le résultat serait anormal selon Mme A.\_\_\_\_\_ ; cette information n'est toutefois pas confirmée par le rapport reçu après coup. Il n'y a donc pas de neuropathie des petites ou des grandes fibres.

Mme A.\_\_\_\_\_ relate la persistance de ses divers symptômes, dont en particulier une déshydratation-hypersudation diffuse, une sécheresse et brûlure des yeux à prédominance matinale, un œdème de l'hémicorps G avec sensation de lourdeur aux 4 membres, des douleurs aux avant-bras, articulations, ainsi qu'à la ceinture scapulaire notamment. Mme A.\_\_\_\_\_ dit ne pas supporter le port des sous-vêtements si bien qu'elle a arrêté le port des bas de contention. Elle n'envisage pas de porter d'autres moyens de contention, tels que ceux habituellement proposés dans le SEDh. Mme A.\_\_\_\_\_ dit en outre se sentir parfois comme déconnectée de la réalité, étant comme dans de la ouate et ayant de la peine à intégrer ce qui se passe autour d'elle ; cela peut durer jusqu'à une semaine. Son psychiatre aurait parlé de schizophrénie et introduit une médication qui n'y a rien changé. Ce traitement a été entre-temps arrêté.

La situation reste donc inchangée pour Mme A. \_\_\_\_\_, chez qui un diagnostic de SEDh a été retenu par le Dr N. \_\_\_\_\_. Pour ma part, je ne peux retenir ce diagnostic, en l'absence d'une hypermobilité articulaire ancienne (NB : pas de notion d'hypermobilité articulaire, mais uniquement quelques épisodes d'entorses, qui ne suffisent pas à évoquer une hypermobilité) ou actuelle (score de Beighton à 0/9 points), en l'absence aussi d'une anamnèse familiale positive (divers problèmes médicaux chez les parents mais aucun diagnostic de SED posé ni clairement suggéré), ou de symptômes évocateurs d'un SEDh avant 2014 environ. En outre, les patients avec un SEDh sont habituellement soulagés et améliorés par le port de moyens de contention, que Mme A. \_\_\_\_\_ ne supporte pas.

Au vu des nombreuses investigations qu'a déjà eu Mme A. \_\_\_\_\_, ne permettant de ne retenir aucun élément parlant en faveur d'une affection auto-immune, neurologique, rhumatismale inflammatoire, métabolique, hormonale, carencielle, toxique ou post infectieuse, l'on s'oriente à priori plutôt vers le diagnostic de syndrome fibromyalgique, dont elle remplit les critères actuellement, pour autant évidemment, qu'aucun autre diagnostic ne permette d'expliquer sa symptomatologie.

Je propose donc de la traiter comme telle pour le moment, à savoir en poursuivant les mesures en cours, dont la marche quotidienne, en suivi psychiatrique, auxquelles j'ajoute un traitement de Duloxétine 30 mg/j."

Dans un avis du 23 octobre 2019, le Dr B. \_\_\_\_\_ conclut comme suit :

"Nous sommes devant la situation d'une assurée qui a eu de multiples investigations qui ne permettent pas de retenir une affection auto-immune, neurologique, rhumatismale inflammatoire, métabolique, hormonale, carencielle toxique ou post infectieuse, selon le point Dr G. \_\_\_\_\_. Le Dr N. \_\_\_\_\_ et le Dr G. \_\_\_\_\_ ne retiennent pas le même diagnostic. Dans ces situations, nous nous basons, non pas sur le diagnostic, mais sur les limitations fonctionnelles objectives et l'évaluation des ressources disponibles, comme ce qui a été effectué lors de l'expertise pluridisciplinaire Med@p indépendante au C. \_\_\_\_\_.

Il n'y a pas lieu de modifier les conclusions du rapport d'examen SMR GED 24/03/2016."

Le 28 novembre 2019, le Dr P. \_\_\_\_\_ a écrit ceci à l'avocat de la recourante :

"En réponse à votre dernier courrier du 6 novembre dernier, je puis vous apporter les remarques suivantes :

- le SMR se fonde sur une expertise qui date maintenant de presque 4 ans ! La situation a, depuis, évolué et s'est aggravée :

- Dans l'expertise, il est fait mention à la page 10 que Mme A. \_\_\_\_\_ gérait, déjà à l'époque, son ménage de manière fractionnée par tranches de 15 minutes, étant obligée d'entrecouper les activités physiques par de moments de repos. Le 10.09.2019, lors d'une consultation chez moi, elle m'affirme n'avoir pas pu changer les draps de son lit durant tout l'été : « trop crevée, trop confuse aussi, je passe plus de temps à fuir la chaleur et à me doucher pour me rafraîchir, sinon je brûle, qu'à faire mon ménage ; j'ai même eu des vers chez moi par manque d'hygiène ! Je cuis quand je m'agite ». Une telle description me semble difficilement compatible avec une capacité conservée à assumer ses tâches ménagères...
- En terme de vie sociale, Mme A. \_\_\_\_\_ me dit s'être progressivement coupée du monde, car elle met des limites envers ses copines, qui continuent à ne pas comprendre qu'elle va mal et à lui proposer de faire des sorties, alors qu'elle n'a plus un sou à dépenser ; elle semble ainsi s'isoler de plus en plus. Elle ne fait plus de pétanque, à cause des douleurs selon elle, depuis plus de 3 ans.
- Durant les périodes de « crises », durant lesquelles la patiente dit ressentir de fortes douleurs et qui peuvent durer de quelques jours à quelques semaines, elle dit ne plus sortir marcher, car cela aggrave ses douleurs. Durant ces périodes, elle se décrit comme confuse, totalement dispersée et désorganisée, incapable de faire ses paiements, d'honorer ses rendez-vous, se faire à manger... Cette description montre bien les répercussions importantes des symptômes somatiques (même s'ils restent toujours inexplicables) sur la sphère mentale et psychique, avec génération d'angoisses massives qui se greffent sur un fond anxieux persistant ; en effet, Mme A. \_\_\_\_\_ se montre hypervigilante concernant ses symptômes, à l'affût des prodromes, car elle est terrifiée par ce qui pourrait arriver de grave si elle ne réagit pas à temps (peur de l'infarctus si la tension artérielle monte trop, de faire un AVC, d'avoir le cancer ou une infection sévère...), ce qui démontre des traits anxio-phobiques.
- Bref, en résumé, je ne peux que redire à quel point la situation somatique n'est pas stabilisée et qu'il me semble souhaitable d'insister sur les répercussions psychiques de la maladie pour demander une nouvelle expertise sur ce dernier plan."

Le 27 février 2020, la recourante a adressé un rapport du 22 janvier 2020 du Dr T. \_\_\_\_\_, de la Clinique de la douleur à [...], qui conclut ainsi :

"Mme A. \_\_\_\_\_ présente des douleurs chroniques diffuses dont l'origine reste peu claire. L'association à une fatigue chronique généralisée, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs et diverses co-morbidités (digestive, urinaire, neuro-végétative) font suspecter un syndrome somatoforme de type fibromyalgie mais dont la présentation clinique (douleurs prédominantes à l'hémicorps gauche et survenance par crises) resterait atypique. Un syndrome d'Ehlers-Danlos a récemment été évoqué mais également mis en doute par plusieurs spécialistes... Devant ce tableau de douleurs

dysfonctionnelles (secondaire à sensibilisation centrale), j'ai proposé à la patiente de réaliser dans un premier temps des perfusions de Lidocaïne intraveineuse à dose croissante, de tester l'utilisation d'un TENS sur les zones les plus douloureuses et de prévoir des séances de stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) souvent efficace sur les douleurs neuropathiques et dysfonctionnelles ainsi que sur les troubles du sommeil, cognitifs ou de l'humeur."

La recourante a également produit un rapport du 7 février 2020 du Dr G. \_\_\_\_\_ qui pose les mêmes diagnostics que dans son rapport précédent en y ajoutant une probable fibromyalgie. Il explique retenir un tel diagnostic dont la recourante remplit les critères contrairement au syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile.

Dans un avis du 12 mars 2020, le Dr B. \_\_\_\_\_ a pris la même conclusion que dans son avis précédent.

Le 24 août 2020, la recourante a produit un nouveau rapport du 19 août 2020 du Dr P. \_\_\_\_\_. Selon celui-ci, la recourante continuait de souffrir quotidiennement de douleurs qui entravaient sévèrement sa qualité de vie ; elle était suivie par le Dr T. \_\_\_\_\_. Le médecin traitant précisait encore que « la maladie causale de base » restait pour l'heure encore peu claire.

Dans un avis du 1<sup>er</sup> septembre 2020, le Dr B. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas d'élément pour modifier la position de l'intimé, fondée sur l'expertise C. \_\_\_\_\_.

**C.** Par décision du 29 août 2017, A. \_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 août 2017. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Pierre-Yves Brandt lui a été désigné.

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

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** L'objet du litige porte sur le droit de la requérante à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2015, singulièrement sur le taux d'invalidité qu'elle présente.

**b)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un

marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**4. a)** En l'espèce, la recourante reproche à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise du C.\_\_\_\_\_ en se plaignant de la non-prise en compte des avis divergents des médecins consultés. Ce faisant, elle conteste disposer d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (en l'occurrence, des activités industrielles légères comme par exemple le petit montage-assemblage, la finition de pièces sortant de fabrication, la surveillance d'un processus de production, le conditionnement, l'emballage léger, les petits travaux à l'établi ou la profession d'ouvrière de production), telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Faisant valoir que les rapports médicaux des médecins consultés valent contre-expertise, elle conclut à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> février 2015, fondée sur un degré d'invalidité « arrêté à 70% au moins ». Subsidiairement, la recourante requiert la mise

en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire par le tribunal « qui puisse se déterminer sur la capacité de travail de l'intéressée ».

**b)** Il importe, dans cette affaire, de rappeler que, selon l'art. 8 LPGA, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé en soi, mais sa conséquence soit une diminution de la capacité de gain (MICHEL VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 29 *ad* art. 4 LAI). L'incapacité de travail correspond à une perte ou à une limitation fonctionnelle de la capacité d'accomplir un acte physique ou une action mentale. Il s'agit d'examiner selon une approche fonctionnelle si l'intéressé peut ou non effectuer tous les actes qui constituent son activité professionnelle individualisée ou seulement certains d'entre eux et, cas échéant, pendant combien de temps. La seule appréciation médico-théorique de la capacité de travail n'est pas déterminante, soit l'évaluation dans l'abstrait de l'atteinte à la santé d'après des critères médicaux, sans tenir compte des effets concrets du déficit fonctionnel sur l'exercice d'une certaine profession et des possibilités de gain. En outre, l'incapacité de travail est par ailleurs une notion objective : l'appréciation subjective que fait la personne assurée de son état de santé et de son incapacité à exercer sa profession n'est pas prise en considération (MARGIT MOSER-SZELESS *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 19 et 20 *ad* art. 6 LPGA).

**c)** En l'occurrence, sur le plan somatique, de multiples diagnostics ont été posés (Dre M.\_\_\_\_\_, 14 juillet 2014 : cervicalgies persistantes dans le cadre de troubles dégénératifs et de dysbalances musculaires, de lombalgies persistantes dans le cadre de troubles statiques et d'un déconditionnement musculaire, de fibromyalgie, d'arthrose nodulaire des doigts et d'ostéopénie corticale [densitométrie osseuse 02.07.2014] ; Dr P.\_\_\_\_\_, 15 juillet 2014 : syndrome algique récurrent cervico-scapulaire et lombo-vertébral sur troubles dégénératifs [arthrose avec discopathie C5-C6 et discopathies de L2 à L5 avec arthrose des articulaires postérieures] existant depuis 2013 et de lymphœdème chronique primaire des membres inférieurs existant depuis de

nombreuses années ; expertise C.\_\_\_\_\_, 7 mars 2016 : syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] ; Dr N.\_\_\_\_\_, 22 juillet 2019 : syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile ; Dr G.\_\_\_\_\_, 4 octobre 2019 : douleurs multiples, notamment musculaires, d'origine indéterminée, cervico-dorso lombalgies dans le cadre de raccourcissements musculaires multiples, de légers troubles statiques et dégénératifs du rachis cervico-dorso-lombaire, s/p whiplash à répétition [1x en 2011 et 2x en 2013], lymphœdèmes primaires bilatéraux des membres inférieurs, absence d'insuffisance veineuse, notion de thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche en 1990, non confirmée, reflux gastro-œsophagien et gastrite érythémateuse antrale en 2016).

La Dre M.\_\_\_\_\_ ne relevait pas de limitation fonctionnelle en raison des cervicalgies persistantes.

Les experts du C.\_\_\_\_\_ ont conclu à de discrets troubles dégénératifs lombaires et une discopathie C5-C6. Ils ont tenu compte des cervicalgies et ont posé de ce fait des limitations fonctionnelles, incompatibles avec l'exercice de l'activité habituelle d'aide-infirmière. Le Dr P.\_\_\_\_\_ pose, sur le plan somatique, des limitations fonctionnelles qui ne sont guère différentes de celles figurant dans l'expertise (rapport du 18 juillet 2016 du Dr P.\_\_\_\_\_ à l'OAI Rép. 5). D'ailleurs, les rapports radiologiques produits en juillet 2018 font état d'une colonne dorsale dans la norme sans rétrécissement canalaire ni atteinte médullaire, une discopathie visible de L2 à L5, prédominant en L2-L3 et L3-L4 sans franche hernie ni conflit radiculaire. L'image thoracique était dans les limites de la norme. Le Dr G.\_\_\_\_\_ fait les mêmes constats s'agissant des lésions objectivables (rapports des 4 octobre 2019 et 7 février 2020). Force est donc de constater que sur le plan somatique, les lésions objectivables constatées ne font pas obstacle à l'exercice d'une activité adaptée.

Dans son dernier rapport, le Dr P.\_\_\_\_\_ fait état d'une « maladie causale de base » peu claire. Il ne fait plus mention du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Il n'y a aucune raison de s'écarter de l'expertise du C.\_\_\_\_\_.

**d) aa)** Sur le plan psychique, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une 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 - étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elle doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

**bb)** Les experts du C. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics d'autres troubles anxieux mixtes (F41.3), de dysthymie (F34.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Dans sa critique du 18 mai 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_ relève que des épisodes dépressifs de 1991 et 1994 ne sont pas pris en compte. Tel n'est pas le cas puisque ces épisodes sont mentionnés et qu'ils s'inscrivaient dans le cadre du conflit conjugal. L'expert psychiatre a relevé qu'à ces occasions, des psychotropes ont été prescrits. Il est aussi fait mention dans l'expertise de l'enfance chaotique de la recourante (enfant placard, impossibilité de fréquenter l'école lorsqu'elle était clandestinement en Suisse) et de l'obligation qu'elle a eue d'élever seule ses enfants, son ex-mari ne s'en occupant pas (expertise p. 10 à 12).

La recourante a fait l'objet d'un examen clinique complet et les experts, sur le plan de la médecine interne, ont relevé un examen normal hormis le lymphœdème des membres inférieurs.

Sur le plan rhumatologique, les experts n'ont relevé que de discrets troubles lombaires et une discopathie C5-C6 induisant des limitations fonctionnelles comme la station debout prolongée, le port de charges lourdes et les travaux lourds de manière répétée. La capacité de travail de la recourante est totale dans une activité respectant ces restrictions fonctionnelles. Les derniers rapports radiographiques produits ne permettent pas de s'écarter de cette appréciation.

Sur le plan psychique, l'expertise fait état des plaintes de la recourante. Elle est motivée s'agissant de ses conclusions. Elle pose le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant compte tenu des douleurs alléguées et du manque de substrat organique (à l'exception des cervicalgies). De ce fait, les experts se sont penchés sur les indicateurs posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral et c'est dans ce cadre qu'ils ont exposé qu'il existait une bonne cohérence entre les dires de la recourante et sa vie actuelle (expertise p. 22). Pour le surplus, le Dr E. \_\_\_\_\_ admet une « évolution sensiblement favorable » (rapport du 18 mai 2016). Il est va de même dans le rapport du 4 octobre 2016.

L'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_ ne permet pas d'écarter les conclusions de l'expertise. Il ne fait état d'aucun diagnostic que les experts auraient méconnu. En outre, il fait état d'une évolution globalement défavorable depuis juillet 2014 au contraire du Dr E.\_\_\_\_\_. De même, en novembre 2016, il fait état d'une péjoration de l'état dépressif de la recourante les derniers mois, ce en contradiction des constatations du psychiatre traitant. De même, en décembre 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_ fait état d'une aggravation sur le plan somatique depuis l'automne 2016 (« la patiente ne parvient plus à jouer à la pétanque ») alors que les atteintes révélées par les radiographies produites en juillet 2018 ne paraissent pas devoir faire obstacle à l'exercice d'une activité adaptée. Les rapports produits ultérieurement par la recourante ne sont d'aucun secours à celle-ci. Le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile n'a pas été confirmé et le Dr G.\_\_\_\_\_ s'oriente aussi vers un trouble somatoforme persistant (rapport du 4 octobre 2019).

**e)** Dans ces conditions, il n'existe aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du C.\_\_\_\_\_, étant souligné que le rapport d'expertise du 7 mars 2016 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3d supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, il contient une appréciation claire de la situation par des spécialistes et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Celles-ci peuvent donc être suivies. En présence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, c'est à juste titre que l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité.

**5.** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante dans ses écritures - à savoir, la réalisation d'une expertise judiciaire multidisciplinaire - doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des

preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**6. a)** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** Par décision de la juge en charge de l'instruction du 29 août 2017, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 août 2017 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Pierre-Yves Brandt. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 10 novembre 2020, totalisant vingt-six heures et huit minutes de travail et sans mention de débours. Sur la base de la liste des opérations produite, c'est ainsi un montant de 4'704 fr. (vingt-six heures et huit minutes x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires, plus la TVA à 8 %, d'un montant de 123 fr. 60 pour les opérations effectuées jusqu'au 31 décembre 2017, et à 7.7 %, d'un montant de 243 fr. 25 pour celles effectuées dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, soit 5'070 fr. 85 au total.

A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 253 fr. 30.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 5'324 fr. 15 (5'070 fr. 85 + 253 fr. 30).

**e)** La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

**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 12 juin 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

**V.** L'indemnité d'office de Me Pierre-Yves Brandt, conseil de la recourante, est arrêtée à 5'324 fr. 15 (cinq mille trois cent vingt-quatre francs et quinze centimes), débours et TVA compris.

**VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Pierre-Yves Brandt (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :