

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 avril 2019

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

MM. Neu et Métral, juges

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,  
avocat, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 LPGA ; art 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, a exercé la profession d'ouvrière (contrôleuse de qualité) à 100 % auprès de A.\_\_\_\_\_SA depuis le 2 juillet 2001.

Elle a été en incapacité de travail à compter du 2 septembre 2013 avant que l'employeur précité ne résilie son contrat de travail avec effet au 30 juin 2014.

**B.** Dans l'intervalle, elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 14 février 2014.

Sollicités par l'OAI dans le cadre de l'instruction de cette requête, les médecins traitants de l'assurée ont évoqué différents diagnostics du registre somatique, à savoir des cervico-dorso-lombalgies sur troubles statiques du rachis, une épicondylite récidivante du coude droit, des omalgies gauches avec tendinite du long chef du biceps, des gonalgies droites sur syndrome fémoro-patellaire, une diplopie horizontale intermittente sur exophorie, une hypersomnolence diurne d'origine indéterminée et une toux chronique (cf. rapports de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2013, du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, du 25 février 2014, du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, du 14 mars 2014, et du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et pneumologie, du 26 août 2014). Sur le plan psychique, étaient relevés une fibromyalgie et un trouble dépressif récurrent (cf. rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 26 mars 2014).

L'OAI a diligenté un examen rhumatologique et psychiatrique de l'assurée, lequel a eu lieu le 20 octobre 2014 au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Au terme de leur rapport du 21 novembre 2014, les

Drs H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et rhumatologie, et K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu le diagnostic de chondropathie rotulienne bilatérale débutante comme seul susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'assurée. Une fibromyalgie, ainsi que des lombalgies et cervicalgies communes, demeureraient sans incidence sur dite capacité. L'assurée restait en mesure d'exercer son activité habituelle, ainsi que toute activité adaptée à sa pathologie des genoux, à plein temps depuis octobre 2013.

L'assurée a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce du 8 décembre 2014 au 6 février 2015 sous la forme d'une formation aux techniques de recherche d'emploi (TRE) et d'un stage auprès de la Fondation N.\_\_\_\_\_  
(cf. communication de l'OAI du 6 janvier 2015).

**C.** Le 5 février 2015, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, envisageant de rejeter sa demande de prestations au motif que sa capacité de travail était entière dans l'activité habituellement exercée. En dépit de la contestation formulée par l'assurée, assistée de son conseil, Me Philippe Nordmann, une décision reprenant les termes du projet précité lui a été adressée le 22 juin 2015.

Statuant sur le recours de l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a partiellement admis et annulé la décision du 22 juin 2015 par arrêt du 17 février 2016 (AI 222/15 - 40/2016). Elle a prononcé le renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise de l'assurée sur les plans psychiatrique et rhumatologique, d'autres spécialités pouvant être prises en compte en fonction de l'évolution de son état de santé. En particulier, il s'imposait de préciser les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux, cas échéant d'examiner leurs effets à l'aune de la jurisprudence pertinente du Tribunal fédéral (consid. 7 de l'arrêt cantonal).

**D.** Dans le cadre de la reprise d'instruction de son dossier, l'assurée a rappelé à l'OAI souffrir d'un problème ophtalmologique, soit

d'une diplopie horizontale intermittente investiguée au sein de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_. Le 4 avril 2016, elle a par ailleurs fait parvenir un nouveau rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, non daté, où ce spécialiste a réitéré les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant et de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, « d'intensité légère à moyenne, réactionnel à la souffrance physique somatique ».

En exécution de l'arrêt cantonal du 17 février 2016, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, comprenant des volets de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie. Le mandat a été confié à la Clinique B.\_\_\_\_\_, laquelle a procédé aux investigations utiles du 24 au 26 avril 2017, avant de communiquer son rapport en date du 23 mai 2017. Les experts de la Clinique B.\_\_\_\_\_, à savoir les Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'ont retenu aucun diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de l'assurée, ceux de suspicion de personnalité passive-agressive, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive et d'état douloureux chronique diffus s'avérant non incapacitants. Ils ont précisé que les diagnostics somatiques évoqués n'étaient pas confirmés, s'inscrivant dans le cadre de l'état douloureux chronique, tandis que les traits de personnalité présentés par l'assurée n'atteignaient pas un degré de gravité suffisant pour être considérés comme des troubles susceptibles d'entraver sa capacité de travail.

Fondé sur ces conclusions, l'OAI a établi un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de reclassement le 13 juin 2017, indiquant à l'assurée qu'elle ne présentait aucune pathologie invalidante et que sa capacité de travail et de gain demeurait entière.

L'assurée s'est opposée à ce projet avec l'assistance de Me Nordmann, et, par correspondance du 25 septembre 2017, a fourni des rapports des Drs G.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, datés respectivement des 19 juillet 2017 et 14 septembre 2017. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a pour sa part réitéré les diagnostics d'un syndrome somatoforme douloureux persistant et d'un

trouble dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique. Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il a mis en évidence des troubles dégénératifs de la région sterno-costale, dans un contexte de cervicobrachialgies récurrentes et d'omalgies droites.

L'OAI a sollicité la détermination des experts de la Clinique B.\_\_\_\_\_ sur ces nouvelles pièces, lesquels ont communiqué leur position les 23 octobre 2017 et 8 novembre 2017, maintenant les conclusions de leur rapport d'expertise du 23 mai 2017.

Par décision du 20 novembre 2017, l'OAI a repris les termes de son projet de décision du 13 juin 2017 et nié le droit de l'assurée à des prestations AI.

L'assurée a produit auprès de l'OAI un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2018, où ce spécialiste a mentionné les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant, trouble dépressif récurrent sévère avec syndrome somatique, phobie sociale très sévère, état de stress post-traumatique et trouble panique avec agoraphobie.

**E.** Dans l'intervalle, l'assurée, représentée par Me Nordmann, a déféré la décision du 20 novembre 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 8 janvier 2018. Elle a mis en exergue les différents problèmes de santé l'affectant sur les plans rhumatologique, pulmonaire et ophtalmologique, et rappelé au surplus la récente jurisprudence fédérale relative aux troubles dépressifs. Etaient notamment produits un nouveau rapport médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2017 retenant une toux chronique d'origine multifactorielle, une suspicion de dyskinésie laryngée et un syndrome d'hyperventilation, ainsi qu'un certificat médical du Dr C.\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2017, lequel attestait d'une capacité de travail demeurée nulle. L'assurée a insisté sur les conséquences fonctionnelles globales de ses diverses atteintes à la santé pour conclure à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

L'OAI a répondu au recours le 8 mars 2018 et en a proposé le rejet, considérant que le rapport d'expertise de la Clinique B. \_\_\_\_\_ pouvait se voir accorder pleine valeur probante. Un avis du Dr W. \_\_\_\_\_ du SMR, daté du 5 mars 2018, joint en annexe, corroborait cette détermination.

Par réplique du 27 mars 2018, l'assurée a maintenu ses conclusions et fait valoir que l'OAI n'avait pas pris en compte l'ensemble de ses atteintes à la santé. Les avis convergents de ses médecins traitants justifiaient par ailleurs de douter des conclusions de l'expertise de la Clinique B. \_\_\_\_\_. Elle a dès lors suggéré la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

L'OAI a dupliqué le 30 avril 2018 et a derechef conclu au rejet du recours, en se référant à l'avis du SMR susmentionné.

Par correspondance du 23 mai 2018, l'assurée a fait parvenir à la Cour de céans un rapport du 17 mai 2018, rédigé par le Dr G. \_\_\_\_\_, lequel a mentionné les diagnostics précédemment évoqués et rappelé celui de phobie sociale retenu dès novembre 2017. Il a précisé que sa patiente souffrait également d'une absence complète de libido.

Aux termes d'un pli du 14 juin 2018, l'OAI a persisté dans ses conclusions, soulignant qu'il incombait au juge de se déterminer sur les faits existants à la date de la décision attaquée.

Quant à l'assurée, elle a indiqué le 16 août 2018 que le diagnostic de phobie sociale était antérieur à la décision querellée, les pièces médicales produites dans le cadre de la procédure de recours lui apparaissant de toute façon suffisantes pour faire douter des conclusions de la Clinique B. \_\_\_\_\_.

La magistrate instructrice a rejeté la requête d'expertise judiciaire formulée par la recourante par correspondance du 20 décembre 2018, précisant que la cause était gardée à juger.

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

**1.**           **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA et 60 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

**2.**           Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

**3.**           **a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident  
(art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

**b)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou

améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

**4. a)** 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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 physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le 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 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

**5. a)** 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 ; 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 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 ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6.** En l'espèce, la recourante a été expertisée en rhumatologie, psychiatrie et médecine interne au sein de la Clinique B.\_\_\_\_\_, laquelle a rendu son rapport le 23 mai 2017 et fait part de son appréciation du cas en ces termes :

« [...] Lors de nos examens, l'assurée a été perçue comme une femme faisant son âge, soignée de sa personne, mais maigre, au visage triste, abattue, avec un air plaintif.

Elle s'est révélée capable de rester assise de manière prolongée, toutefois en se levant lors des examens de médecine générale et de psychiatrie, sans expression douloureuse perceptible.

A l'interrogatoire, les plaintes sont exprimées de manière imprécise, et de nombreuses plaintes se sont ajoutées au cours des interrogatoires dirigés. Les lombalgies, les douleurs des épaules, des coudes, des genoux sont listées. Il apparaît aussi la toux irritative, déclenchée finalement par toute ambiance extérieure à son domicile, la peur du bruit et de la foule, mais aussi celle des tunnels, apparaissent à différents points de l'anamnèse.

Les plaintes étaient manifestement inductibles, de nouvelles plaintes s'ajoutant à l'évocation de chaque système.

Son comportement, initialement seulement plaintif, s'est révélé caricatural et démonstratif lorsque les systèmes concernés par ses douleurs étaient évalués ; c'est-à-dire principalement au cours de l'expertise **rhumatologique**, durant laquelle l'assurée a parasité l'examen, par des réactions disproportionnées aux stimuli non nociceptifs et par des contrepulsions à l'examen des mobilités articulaires. Au cours de cet examen, de nombreuses douleurs de l'appareil locomoteur étaient listées, mais ce sont les douleurs lombaires et les cervicalgies qui dominent.

Au moment de l'examen, ces douleurs sont cotées à 100 sur l'EVA de 100.

L'expert note l'importance de l'empan entre les plaintes et ses constatations objectives : en dépit du parasitage de l'examen, il n'observe pas de limitation de l'appareil locomoteur. Ni son examen, ni les documents d'imagerie, souvent de qualité médiocre, ne soutiennent les diagnostics multiples évoqués au dossier ; il relève l'absence d'anomalie à l'IRM lombaire, donc au siège des douleurs alléguées comme les plus incapacitantes.

Finalement, l'état douloureux chronique diffus et les constatations objectives ne permettent pas de confirmer les multiples diagnostics rhumatologiques évoqués au dossier.

L'expertise **psychiatrique** a recueilli une anamnèse personnelle plus détaillée, où dominent l'imprécision et surtout la multiplicité et la variabilité, des plaintes comme de la description de la vie quotidienne.

En dépit des douleurs, décrites comme constantes à l'expert rhumatologue, l'assurée confirme qu'elle est capable de sortir deux à trois fois par jour, promener le chien de son fils. Il s'agit là d'une des contradictions multiples relevées durant chacune des anamnèses successives et entre elles.

A l'anamnèse et au status, le psychiatre ne trouve pas réunis les critères qui confirmeraient le diagnostic de dépression majeure évoquée par le psychiatre traitant.

Il s'accorde en cela avec l'examen psychiatrique au SMR, du Dr K. \_\_\_\_\_, en 2014.

La symptomatologie anxieuse et dépressive est trop fluctuante et réactive aux ressentis somatiques, pour être compatible avec le diagnostic de dépression majeure.

S'il confirme l'abaissement de l'humeur, l'aboulie, l'anhédonie, la diminution de confiance en soi, les idées de dévalorisation, l'attitude morose, tous ces symptômes n'ont pas la sévérité requise et ne sont pas assez nombreux, pour retenir un épisode dépressif au-delà du degré léger.

La symptomatologie anxieuse n'est pas constatée lors de l'examen et sa description est contradictoire.

Finalement, l'expert ne retient que le diagnostic de trouble de l'adaptation. L'état anxio-dépressif lui apparaît comme réactionnel, à la situation économique et aux douleurs, et n'atteint pas l'ampleur d'un trouble anxieux ou dépressif majeur.

Les ressources personnelles apparaissent surtout limitées par une personnalité pré-morbide, aux traits passifs-agressifs.

Il s'agit là de traits de personnalité, qui justifient sans doute ses difficultés relationnelles avec son employeur et une certaine rancœur vis-à-vis des gens plus chanceux qu'elle, des médecins ou encore de l'Al. Mais il ne s'agit pas d'un trouble de la personnalité au caractère incapacitant, chez cette femme qui a été capable au début de l'âge adulte de poursuivre une activité professionnelle, stable durant plus de vingt ans, dans deux entreprises différentes.

L'expert n'a pas retrouvé les facteurs étiologiques susceptibles d'avoir généré un trouble somatoforme douloureux.

L'atteinte psychiatrique, qu'il s'agisse de traits de personnalité passive-agressive ou du trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, n'atteint pas une gravité telle qu'elle prive l'assurée de ses capacités à assumer la quasi-totalité de ses activités quotidiennes. Les contacts sociaux sont maintenus.

Diverses explications ont été avancées par l'assurée, pour éviter ou mettre un terme, aux mesures d'orientation professionnelle initialement proposées par l'Al.

Enfin, du point de vue du comportement, de nombreuses incohérences ont été notées, comme il a été vu ci-dessus. La multiplicité des plaintes, leur caractère inductible, le comportement démonstratif et opposant au cours de l'examen clinique, le maintien d'une activité sociale, la marche quasi-quotidienne avec son chien, viennent contredire l'incapacité alléguée de l'assurée à reprendre une activité professionnelle.

**Au total, chez cette femme de 43 ans, ayant exercé une activité professionnelle continue pendant une vingtaine d'années, l'état douloureux chronique s'est progressivement étendu à partir de 1996, pour conduire à des mises en incapacité de travail, d'abord brèves, puis continues à partir de septembre 2013.**

**De multiples diagnostic somatiques ont été évoqués, qui ne sont pas confirmés et s'inscrivent dans le cadre d'un état douloureux chronique diffus. Les examens cliniques et radiologiques ne permettent de les rattacher à aucun substrat somatique.**

**L'assurée présente des traits de personnalité, et non pas un trouble grave et incapacitant, qui se serait manifesté beaucoup plus tôt dans la vie et qui lui interdirait d'interagir avec un milieu professionnel.**

**Le conflit professionnel et la situation sociale à laquelle elle est maintenant confrontée, altèrent son humeur, sans atteindre un degré de gravité suffisant pour justifier une incapacité de travail.**

**Les indicateurs de cohérence sont aussi largement battus en brèche.**

**Il n'y a finalement pas d'atteinte à la santé justifiant une quelconque incapacité de travail chez Mme Y. \_\_\_\_\_ . [...] »**

7. a) Sur le plan strictement rhumatologique, le Dr L. \_\_\_\_\_ de la Clinique B. \_\_\_\_\_ a rapporté les constats suivants ressortant de son examen clinique :

« [...] **Observation générale**

On est face à une femme de 43 ans, faisant son âge, maigre, aux traits tombants mais pouvant être expressive. Il n'y a aucun ralentissement psychomoteur. L'assurée interrompt l'entretien à plusieurs reprises par des quintes de toux. En revanche, elle ne corrige pas sa position en raison d'une douleur. Elle se dévêt sans épargne mais s'assoit pour ôter ses pantalons serrés en raison, dit-elle, de troubles de l'équilibre. Elle porte une ceinture lombaire souple.

Elle oppose à l'examen physique un comportement douloureux très marqué, démonstratif, qui rend impossible l'application d'un protocole standard des mesures d'angles articulaires. Les signes de Waddell pour la lombalgie sont positifs. La rotation du tronc d'un bloc, ceinture fixée, déclenche des douleurs des hanches et des genoux. La pression sur le vertex déclenche une douleur cervicale puis un lâchage des genoux. Tous les mouvements rachidiens déclenchent une douleur stéréotypée. L'assurée oppose des contre-pulsions musculaires volontaires aux mouvements rachidiens passifs, des rictus, des soupirs, des expressions verbales. Elle se tient au divan d'examen lorsqu'il s'agit de se relever d'une position antéfléchie du rachis. Il existe une différence manifeste entre la distance doigt-sol (37 cm) et la distance doigt-orteil (20 cm).

La collaboration est très partielle, l'assurée s'auto-limitant manifestement pour plusieurs tests : ainsi, l'abduction active de l'épaule droite s'interrompt abruptement à 90° (160° à gauche). La force de préhension est dérisoire, mesurée à la manchette à pression à 10 mmHg des deux côtés pour un témoin à plus de 250.

Aucun test s'appuyant sur la réponse douloureuse n'est interprétable avec pertinence. L'assurée annonce en effet une douleur pour des stimuli non nociceptifs : elle décrit par exemple une douleur de la cheville lors de la simple flexion du genou, une douleur du genou à la recherche d'un épanchement. Dans ce contexte, toute palpation est douloureuse et la recherche des points de la fibromyalgie est dénuée de sens.

Objectivement, pour autant qu'on fasse abstraction de l'opposition créée par le comportement, on peut avancer les données suivantes :

**Rachis**

Bassin à niveau. Dos relativement plat. Scoliose dorso-lombaire à long rayon, sans gibbosité lors de la flexion antérieure, sinistro-convexe, modérée, équilibrée. Le déroulement lombaire est satisfaisant avec un Schober qui passe de 10 à 13,5 cm pour une distance doigt-sol de 37 cm. La distance menton-sternum est de 4 cm en flexion, de 14 cm en extension. Les rotations cervicales sont de 60° des deux côtés mais avec une forte contre-pulsion musculaire.

**Membres supérieurs**

La mobilité passive des épaules est symétrique pour la rotation externe coude au corps (80°) et l'abduction de la gléno-humérale

lorsque la scapulo-thoracique est bloquée (90°). Il y a une différence de 12 cm en défaveur de la droite dans la distance pouce-C7 par le bas. La flexion-extension des coudes est à 130-0-7°. La flexion-extension des poignets est à 90-0-80°. Il existe une forte résistance à la flexion palmaire du poignet droit. La distance pulpe-paume est nulle sur les doigts longs. Pas de synovite, vallécules bien profilées.

### **Membres inférieurs**

Le morphotype des membres inférieurs est en valgus. La mobilité des hanches est symétrique avec une flexion-extension à 120-0-0° pour des rotations externes-internes à 40-0-20°. La distance talon-fesse est des deux côtés de 5 cm. Les genoux sont stables latéralement et sagittalement. La mobilité des tibio-taliennes et des sous-taliennes est symétrique. Pied creux longitudinal du premier degré. Avant-pied grec avec, du côté droit, chevauchement du 2<sup>ème</sup> orteil. [...] »

Quant à son appréciation du cas, il a conclu comme suit :

« [...] L'approche clinique actuelle permet de mesurer l'empan entre les plaintes, respectivement les handicaps allégués, et les constatations objectives. L'assurée annonce en effet que sa douleur obère toutes les activités et la confinent pratiquement à une vie sédentaire à domicile. On comprend pourtant, au fil des questions, qu'elle promène plusieurs fois par semaine le chien de son fils, qu'elle est autonome pour les activités ménagères, qu'elle peut conduire une voiture, qu'en d'autres termes elle est indépendante pour toutes les activités de la vie quotidienne, pour ses déplacements, qu'elle reste autonome dans la vie domestique, qu'elle peut communiquer et maintient un réseau social.

L'examen physique est à l'avenant : on est surtout face à un comportement douloureux qui parasite considérablement l'application d'un protocole de mesure des angles articulaires (voir détails ci-dessus). Les tests s'appuyant sur la réponse douloureuse ne peuvent être interprétés avec pertinence ; on soulignera qu'une douleur est annoncée pour des stimuli à priori non nociceptifs. Objectivement, on ne retient pas de limitation de l'appareil locomoteur ni aucun élément orientant sur une origine lésionnelle spécifique.

L'examen des documents d'imagerie se situe en droite ligne des constats précédents : les radiographies sont de qualité médiocre mais ne révèlent pas d'anomalie significative, pour autant qu'on en puisse juger. Ce qui frappe, c'est l'absence d'anomalie à l'IRM, principal site des doléances.

***On doit en conclusion admettre qu'il n'y a pas de socle somatique objectif aux doléances et que les plaintes sont démesurées en regard des constatations objectives. Dans ce contexte, il ne nous paraît pas licite de décliner l'état douloureux sous différents labels lésionnels ; on est ici face à un état douloureux diffus, chronique, évoluant depuis de nombreuses années. Le recours au diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux se fera en fonction de l'appréciation psychiatrique et de notre discussion de synthèse au cours de laquelle nous discuterons des critères CIM 10.***

***Quoi qu'il en soit, si je m'arrête à mon domaine de compétences, il n'y a pas d'atteinte organique à la santé susceptible de retentir sur la capacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée. [...] »***

**b)** Dans ce même registre rhumatologique, on se doit d'observer que les médecins traitants de la recourante n'ont mis en évidence aucune problématique qui permettrait faire douter des constats et conclusions de la Clinique B.\_\_\_\_\_.

En particulier, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans son rapport du 15 mai 2013, des diagnostics d'omalgies gauches sur arthropathie acromio-claviculaire, de gonalgies droites sur probable syndrome fémoro-patellaire et d'épicondylite droite. Il précisait toutefois que le bilan radiographique était « rassurant » avec une rectitude cervicale et une colonne « dans les normes », ainsi que l'absence de trouble dégénératif des épaules et des genoux. Ultérieurement, par rapport du 14 septembre 2017, ce spécialiste a retenu des cervicobrachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et des omalgies droites sans signe de tendinopathie ou de conflit, avec arthropathie acromio et sterno-claviculaire au décours. Il a par ailleurs mis en évidence des troubles dégénératifs du registre sterno-costal et souligné que l'ultrasonographie des épaules était « rassurante » sans signe de tendinopathie, de rupture même partielle de collection liquidienne intra-articulaire. Il a conclu son rapport comme suit :

« En conclusion, Mme Y.\_\_\_\_\_ présente des douleurs thoraciques hautes, sur probable arthropathie sterno-claviculaire, à insérer dans le contexte de minime trouble dégénératif sous-jacent. L'ensemble de la symptomatologie s'inscrit en avant-plan d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec douleurs insertionnelles multiples et d'un syndrome cervicobrachial récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. [...] »

Le Dr D.\_\_\_\_\_ n'a mentionné aucune incapacité de travail en lien avec les symptômes relatés, d'origine essentiellement douloureuse, et n'a finalement fait état d'aucune évolution substantielle de la situation à la date de la décision querellée.

On ajoutera que l'expert rhumatologue de la Clinique B.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_, s'est prononcé sur le dernier rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ aux termes d'un complément d'expertise du 23 octobre 2017. Il a conclu à l'absence d'élément nouveau en présence d'une « arthropathie sterno-claviculaire ou acromio-claviculaire banale sans retentissement fonctionnel significatif ». Les conclusions de ce spécialiste, exemptes de contradictions, ont ainsi lieu d'être suivies.

**c)** S'agissant de la problématique pulmonaire rappelée par la recourante, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué le 8 juillet 2014 retenir le diagnostic de syndrome d'hyperventilation déclenché par l'état anxio-dépressif et l'exposition à des irritants, considérant qu'un asthme était toutefois improbable. Des investigations effectuées au sein des Hôpitaux E.\_\_\_\_\_ en avril 2015 ont par ailleurs conclu à une toux chronique par hypersensibilité sensorielle (cf. rapport médical du 23 avril 2015), sans qu'aucune incapacité de travail n'ait été mentionnée de ce fait.

Au stade de la présente procédure, la recourante a produit un nouveau rapport du Dr J.\_\_\_\_\_, daté du 26 octobre 2017, où ce praticien a mentionné les diagnostics de toux chronique d'étiologie multifactorielle probable, de suspicion de dyskinésie laryngée et de syndrome d'hyperventilation. Sans mentionner quelconque incapacité de travail ni restriction dans ce contexte, il a considéré que la toux chronique était « de faible intensité » dans le cadre d'une situation demeurée somme toute stationnaire.

**d)** Quant au problème oculaire (diplopie horizontale intermittente), investigué auprès de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_, le rapport corrélatif du 18 décembre 2013 a relaté une exophorie décompensée. Une intervention ambulatoire sur les muscles oculomoteurs pouvait être envisagée.

A la date de la décision incriminée, on ne voit pas que la situation se soit modifiée dans ce registre. En particulier, la recourante ne mentionne pas avoir subi l'intervention suggérée par l'Hôpital F.\_\_\_\_\_,

lequel n'avait au demeurant pas prononcé de limitations en termes de capacité de travail.

**e)** En définitive, sur le plan somatique, aucune pièce ne vient sérieusement remettre en question le rapport d'expertise de la Clinique B.\_\_\_\_\_, l'ensemble des investigations conduites auprès de la recourante ne permettant pas de conclure à une quelconque incapacité de travail. On ajoutera que compte tenu des pièces médicales versées au dossier et citées ci-avant, on peut considérer que l'état de santé somatique de la recourante a fait l'objet d'analyses complètes et étayées, dont les résultats concordent avec les conclusions motivées des experts. Il convient d'ailleurs de relever que les experts ont expressément souligné la variabilité des plaintes, inductibles en fonction des examens par système, et les multiples imprécisions des éléments décrits par la recourante. On peut donc conclure que l'état de santé somatique, précisément étudié au sein de la Clinique B.\_\_\_\_\_, est resté sensiblement identique à celui décrit par les spécialistes du SMR à la date de leur examen du 20 octobre 2014.

**8. a)** Du point de vue psychique, l'expert de la Clinique B.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_, a mis en évidence ce qui suit :

« [...] Pour l'expertisée, il est très difficile de décrire une journée type : en effet, selon les douleurs plus ou moins fortes, qu'elle ressent dès le matin, ses journées sont très différentes. Quand les douleurs sont très fortes, elle ne parvient à rien faire, même pas à se faire à manger. Par contre, certains jours, les douleurs sont un peu moins pénibles et elle se fait un planning dès le matin pour faire ses courses (en général à pied, avec un sac à dos, en faisant une liste pour ne rien oublier et en n'achetant que peu de choses à la fois), faire un peu le ménage (elle se fait aider pour des tâches plus physiques comme passer l'aspirateur ou le nettoyage des vitres par son fils), essaie de lire un peu le journal (mais elle n'arrive plus bien en raison de la concentration dit-elle, alors qu'avant elle pouvait lire un livre par semaine. Maintenant, elle a du mal à en finir un seul dans l'année, en s'intéressant beaucoup aux civilisation anciennes comme les Incas et les Mayas mais aussi à la psychologie) et promener le chien de son fils, parfois deux à trois fois par jour pendant dix à quinze minutes en essayant de trouver les horaires et les endroits les plus calmes. Le sommeil est également décrit comme très irrégulier, parfois elle passe presque 24 heures par jour au lit à somnoler voire à dormir. A d'autres moments, elle passe des nuits blanches ou avec une période de sommeil d'à peine trois heures, de trois à six heures du matin.

[...]

Mme Y. \_\_\_\_\_ montre de manière tout à fait authentique une grande souffrance, tant dans son corps, qu'elle ressent comme l'ayant trahie, que dans son psychisme. Elle se vit comme une victime de ce corps mais aussi de son ex-employeur voire du corps médical et de l'AI. A plusieurs reprises, elle relève que les médecins lui auraient dit qu'il n'y a pas de traitement pour ses douleurs et qu'il fallait qu'elle apprenne à vivre avec. Or, elle se sent incapable d'envisager un tel avenir, tout comme de manière plus générale, elle n'arrive plus à se projeter, même au lendemain, ne sachant jamais comment elle va se réveiller. Alors, elle se désespère, se replie sur elle et certains jours, elle reste couchée. Elle ne bouge plus beaucoup. Elle se déconditionne physiquement et mentalement et entretient, à son corps défendant, un cercle vicieux.

Dans ce contexte, elle a développé une symptomatologie anxieuse et dépressive qui cependant, aux dires même se l'expertisée, est très fluctuante et réactive au ressenti somatique du jour, alors que pour parler d'épisode dépressif il est généralement admis par la littérature qu'elle ne doit pas fluctuer d'un jour à l'autre (cf. CIM-10 p. 107 : « l'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances »). Par ailleurs la plupart des symptômes dépressifs cardinaux, s'ils sont bien présents (abaissement de l'humeur, aboulie et anhédonie, diminution de la confiance en soi, idées de dévalorisation, attitude morose face à l'avenir), ne prennent pas, la plupart du temps, la sévérité et ils ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse parler d'épisode dépressif d'intensité au moins moyenne mais ils évoquent au plus un épisode dépressif léger.

Concernant les angoisses, l'anxiété et d'éventuelles phobies, de tels symptômes n'ont été relevés que peu dans le passé par nos confrères, si ce n'est sous forme d'un état anxieux de longue date décrit par le médecin-traitant et le psychiatre traitant. C'est à la demande que Mme Y. \_\_\_\_\_ évoque ce qui ressemble à des attaques de panique dans des endroits clos ou des tunnels (qui pourraient faire craindre une claustrophobie). Mais elle arrive à traverser seule avec sa voiture le tunnel [...]. Par ailleurs, elle a signalé à mon collègue, le Dr L. \_\_\_\_\_, le même jour, des symptômes plutôt en faveur d'une agoraphobie.

Quoi qu'il en soit, elle ne montre pas lors de l'examen d'aujourd'hui des symptômes patents d'anxiété particulière. Si l'anamnèse aussi bien que l'examen clinique sont tout à fait compatibles avec une personnalité anxieuse, il ne s'agit pas ici d'une maladie psychiatrique mais plutôt de traits de personnalités existant depuis longtemps et n'ayant pas empêché Mme Y. \_\_\_\_\_ de travailler sans trop de difficulté jusqu'en 2012.

Que la situation socio-économique de l'expertisée, associée à des douleurs ressenties comme insupportables certains jours, accentuent cette anxiété de fond est plausible, si ce n'est probable. Mais on ne peut dès lors retenir que le diagnostic de trouble de l'adaptation, même s'il perdure au-delà des 2 ans retenus habituellement. Le facteur de stress perdure et avec lui le trouble de l'adaptation dans lequel, selon la définition de la CIM-10, la vulnérabilité individuelle joue un grand rôle, même si on admet que sans le facteur de stress en cause le trouble ne serait pas survenu.

Mme Y. \_\_\_\_\_ ne remplit pas tous les critères pour parler d'une dépression majeure (syndrome dépressif récurrent ou épisode dépressif d'intensité au moins modérée). Par contre, elle présente des traits de personnalité anxieuse, évitante et passive-agressive accentués par la situation et ses douleurs. La bonne foi attestée de manière authentique par l'expertisée aussi bien en ce qui concerne sa volonté de retravailler que de simplement participer à un stage a été à plusieurs reprises mise en échec par son comportement. Elle trouve toujours une explication rationnelle à son impossibilité de participer [...].

On ne peut s'empêcher de constater que Mme Y. \_\_\_\_\_ arrive à mobiliser des ressources pour trouver un nouvel argument apparent pour ne pas être obligée de se confronter à nouveau à la réalité du travail. L'opposition dissimulée et la résistance passive par un comportement teinté parfois d'obséquiosité à toute forme d'autorité ou de contrainte associée à un sentiment d'être mal compris, un caractère morose, des plaintes concernant la malchance et de la jalousie envers les plus chanceux sont les caractéristiques principales de la personnalité passive-agressive. Aussi bien l'anamnèse que les propos de l'expertisée (elle dit que les médecins qui font des pronostics négatifs ne sont quand même pas des dilettantes tout en ayant du mal à suivre leurs conseils concernant par exemple la prise médicamenteuse) montrent qu'elle remplit tous les critères pour une personnalité passive-agressive.

Concernant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux soulevé par le psychiatre traitant de l'expertisée, si on se tient à la définition stricte de la CIM 10, on ne peut que donner raison au Dr [...] lorsqu'il décrit en décembre 2014 déjà « qu'aucun trouble psychique sévère ni aucun problème psychologique individuel pouvant être à l'origine de la survenue des troubles somatiques n'a pu être mis en évidence ». La situation n'a pas changé depuis lors et ne justifie ainsi pas un tel diagnostic. »

Le spécialiste de la Clinique B. \_\_\_\_\_ a communiqué ses conclusions en ces termes :

« En résumé, Mme Y. \_\_\_\_\_, bien que souffrant physiquement et psychiquement, ne souffre d'aucun diagnostic psychiatrique avéré limitant ses capacités de travail.

L'état anxio-dépressif dont elle souffre est réactionnel à sa situation socio-économique et à ses douleurs mais ne prend pas l'ampleur d'un trouble anxieux ou dépressif majeur.

Si les ressources personnelles paraissent limitées au vu de l'évolution récente mais aussi de sa personnalité prémorbide avec des traits passif-agressifs, elle reste indépendante pour les activités de la vie quotidienne et peut se consacrer pratiquement aux mêmes activités qu'auparavant, la plupart du temps.

Le cumul des différents troubles (les douleurs, la diplopie, la toux chronique, l'hypersensibilité à de multiples substances, la réaction anxio-dépressive réactionnelle et la personnalité passive-agressive), dont chacun pris isolément n'est pas incapacitant, pourrait faire penser à une limitation de la capacité de travail. Or, dans le cas de l'expertisée, il y a trop d'incohérences dans l'anamnèse et dans l'évaluation du jour pour adhérer à cette possibilité. [...]

En conclusion, Mme Y.\_\_\_\_\_ présente une personnalité pré-morbide de type passive-agressive qui ne l'a pas empêchée de travailler jusqu'en 2012 et qui ne limite pas plus sa capacité de travail dans son métier habituel que le trouble de l'adaptation anxio-dépressif actuel. »

**b)** Le psychiatre traitant de la recourante, le Dr G.\_\_\_\_\_, a pour sa part maintenu les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant et de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, posés notamment dans son rapport réceptionné par Me Nordmann le 31 mars 2016. Après avoir pris connaissance du rapport d'expertise de la Clinique B.\_\_\_\_\_, il a confirmé son appréciation du cas dans un courrier au mandataire de la recourante du 19 juillet 2017. Ce document est toutefois largement empreint de considérations personnelles et dénote le parti pris de ce praticien, le Dr G.\_\_\_\_\_ ayant insisté sur un « soupçon de subjectivité en faveur des buts d'économie de l'assurance-invalidité » de la part des experts mandatés. Au demeurant, il ne motive aucunement les raisons l'ayant conduit à poser les diagnostics concernés. On ne saurait donc considérer que cette pièce serait de nature à ébranler les observations du Dr M.\_\_\_\_\_ de la M.\_\_\_\_\_. Ce dernier s'est d'ailleurs exprimé sur les remarques du Dr G.\_\_\_\_\_ dans un complément d'expertise du 8 novembre 2017 sollicité par l'intimé. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a confirmé sa position précisant que la situation de vie de la recourante et ses traits de personnalité semblaient « plus importants dans l'étiologie et l'entretien de sa souffrance » que des troubles psychiatriques considérés comme « réactionnels ». On peut relever du reste que cette appréciation rejoint pour l'essentiel celle communiquée antérieurement par les spécialistes du SMR suite à l'examen clinique effectué le 20 octobre 2014.

**c)** Compte tenu des documents précités, singulièrement de l'avis étayé de l'expert de la Clinique B.\_\_\_\_\_, il convient de déduire que la recourante n'est pas atteinte dans sa santé psychique dans une mesure qui serait susceptible d'entraver sa capacité de travail. Aucun diagnostic du registre psychique n'ayant été retenu, il apparaît superflu de procéder à une nouvelle expertise de la recourante qui contiendrait strictement la grille d'évaluation imposée par la récente jurisprudence fédérale.

On relève quoi qu'il en soit qu'une lecture attentive de l'expertise de la Clinique B.\_\_\_\_\_ permet de constater que les ressources fonctionnelles de la recourante demeurent globalement préservées. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a exposé que celle-ci parvenait à mobiliser ses ressources pour trouver des arguments lui permettant d'éviter de se confronter à la réalité du monde du travail, ainsi que pour organiser ses journées. La recourante présente d'ailleurs des intérêts à la lecture et à des sorties, conservant finalement la possibilité de diversifier ses activités. En outre, à l'instar de ce qu'avait constaté le Dr L.\_\_\_\_\_, les plaintes formulées par la recourante sont majoritairement induites par les questions posées, sans qu'elle ne présente de problèmes cognitifs ou de concentration. Dès lors, en présence de capacités à se mobiliser et à gérer les activités quotidiennes, de la multiplicité de plaintes non objectivées et des incohérences du comportement de la recourante, il convient de considérer que la symptomatologie douloureuse et anxio-dépressive présentée par celle-ci n'a pas un impact suffisant en termes de ressources fonctionnelles pour être qualifiée d'invalidante au regard des indicateurs posés par le Tribunal fédéral.

**d)** Postérieurement à la décision litigieuse, a été fourni à l'intimé un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2018 où sont évoqués les diagnostics de phobie sociale très sévère et d'un état de stress post traumatique apparus à l'automne 2017, en sus des diagnostics connus de syndrome somatoforme douloureux persistant et de trouble dépressif récurrent (désormais qualifié de sévère). Ces nouvelles pathologies entraîneraient l'incapacité de la recourante à exercer une activité professionnelle, les déplacements quotidiens étant entravés par du stress et de l'anxiété, ainsi que par des symptômes physiques (céphalées, épuisement physique). Le Dr G.\_\_\_\_\_ a réitéré ces nouveaux éléments dans un document du 17 mai 2018 produit auprès de la Cour de céans, ajoutant que sa patiente souffrait d'une absence de libido.

Ces récentes pièces ne justifient pas davantage de s'écarter des conclusions communiquées par les experts de la Clinique B.\_\_\_\_\_.

On peut en effet observer que le Dr G.\_\_\_\_\_ n'expose aucunement les constats l'ayant conduit à retenir ces diagnostics sur la base des critères d'une classification reconnue. Il ne précise notamment pas dans quel contexte un état de stress post-traumatique serait apparu et ne détaille pas les éléments qui permettraient de qualifier de « sévères » les autres atteintes psychiques. Son appréciation apparaît d'autant plus sujette à caution que le suivi de la recourante est assumé par ce praticien depuis septembre 2013, sans que de tels constats n'aient été évoqués dans ses précédents rapports. Partant, en l'état, on ne saurait prendre en considération une aggravation au long cours de l'état de santé psychique de la recourante à la date de la décision entreprise.

En définitive, l'intimé était fondé à se baser sur le rapport d'expertise de la Clinique B.\_\_\_\_\_, lequel remplit les exigences jurisprudentielles pour se voir accorder pleine valeur probante, pour statuer sur le cas d'espèce.

**9. a)** Sur le vu de ce qui précède, l'intimé a nié à juste titre le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. Le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision du 20 novembre 2017.

**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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge de la recourante qui succombe.

**c)** En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 novembre 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 la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Philippe Nordmann, à Lausanne (pour Y. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :