

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 août 2020

Composition : M. NEU, président
MM. Küng et Peter, assesseurs
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Charles Munoz, avocat, à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 43 LPGA.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, est entrée en Suisse en 1990. Elle est mariée et mère de deux enfants, nés en 1993 et 1996. Sans formation professionnelle certifiée, elle a notamment exercé une activité d'employée d'entretien, respectivement cheffe de site, à plein temps auprès de la société A._____SA à partir d'avril 2001.

Atteinte dans sa santé, elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire ad hoc, daté du 16 novembre 2010, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Après avoir recueilli les rapports des médecins traitants de l'assurée, l'OAI a retenu que celle-ci souffrait depuis 2009 d'une sarcoïdose pulmonaire et d'un asthme saisonnier à l'effort, sans incidence sur sa capacité de travail, sur le plan somatique (cf. rapports du Dr C._____, médecin généraliste traitant, du 17 janvier 2011, et du Dr D._____, spécialiste en pneumologie, du 28 avril 2011). Du point de vue psychique, elle avait présenté dès l'été 2010 un épisode dépressif, lequel se trouvait en voie de rémission et n'avait donc entraîné aucune incapacité de travail durable (cf. rapport de la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 3 mai 2011 et avis du Service médical régional de l'AI [SMR] du 30 juin 2011).

Par décision du 20 septembre 2011, entrée en force, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité en l'absence d'incapacité de travail d'une durée supérieure à une année et donc d'invalidité.

B. B._____ a formulé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 21 mars 2012, au motif notamment de talalgies bilatérales imposant l'usage de cannes, de douleurs abdominales

consécutives à une hystérectomie et de douleurs chroniques diffuses (cf. certificat médical du 8 mai 2012 et rapport du 9 juillet 2012 du Dr C. _____ ; rapport du 4 octobre 2012 de la Dre J. _____, médecin cheffe au sein du Centre K. _____).

Sur recommandation du SMR, l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, dont le mandat a été confié à la Clinique L. _____ par communication du 8 juillet 2014. Les Drs P. _____ et M. _____, spécialistes en médecine interne et rhumatologie, ainsi que le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé à leurs examens cliniques respectifs les 16, 17 et 18 septembre 2014, avant de communiquer leur rapport le 3 octobre 2014. Au terme de leur consilium, ils ont retenu les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques avec discopathie L5-S1 et de talalgies plantaires bilatérales sur aponévrosite. Les diagnostics d'état douloureux chronique diffus de type fibromyalgie, de sarcoïdose pulmonaire de stade I, de possible asthme atopique, de syndrome d'apnées du sommeil positionnel de degré léger, de status après hystérectomie des suites de perforation utérine avec révision de cicatrice et mise en place d'un filet, de troubles cognitifs non spécifiques et d'obésité étaient considérés comme sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Les diagnostics de lombalgies chroniques et de talalgies bilatérales justifiaient d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg, les mouvements en flexion et torsion du tronc, les positions statiques prolongées et les longs déplacements. L'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible. La capacité de travail était en revanche complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur le plan psychique, l'assurée ne présentait pas de psychopathologie incapacitante, tout au plus un syndrome dépressif récurrent d'intensité légère.

Par courrier à l'OAI du 4 février 2015, l'assurée a indiqué avoir repris une activité lucrative à temps partiel et être suivie sur le plan psychiatrique _____ par _____ le Dr U. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle exerçait son activité auprès de la X. _____ Sàrl, ce qui impliquait de la vente, du

service et des nettoyages, sans égards aux limitations fonctionnelles définies médicalement.

L'OAI a accordé à l'assurée une mesure de placement le 12 février 2015, à laquelle il a mis un terme le 16 février 2016, en raison d'un état de santé considéré comme « non stabilisé ».

Procédant à l'actualisation de son dossier, l'OAI a obtenu un rapport de la Dre J._____, qui a indiqué le 6 avril 2016 que l'assurée était en mesure d'exercer une activité lucrative à 50 % depuis le 13 octobre 2015. Théoriquement, une capacité de travail de 70 % était envisageable dans une orientation respectant son état de santé.

L'OAI a également sollicité les Drs R._____ du Service de rhumatologie du Centre hospitalier S._____ et V._____, médecin adjoint du Service de rhumatologie des Hôpitaux Y._____, consultés par l'assurée. Ces spécialistes n'ont toutefois pas été en mesure de fournir les informations utiles faute d'avoir revu l'assurée. Le Dr R._____ s'est référé le 17 mai 2016 à une consultation du 26 août 2014, durant laquelle il avait mis en exergue un syndrome douloureux diffus et des lombalgies basses mixtes, mécaniques et inflammatoires sur une importante discopathie L5-S1, ainsi qu'envisagé une évaluation chirurgicale. Quant au Dr V._____, il a renvoyé le 20 juin 2016 à un examen spécialisé du 17 novembre 2015, au cours duquel il avait observé un syndrome lombo-vertébral exacerbé dans un contexte chronique, une sensibilisation centrale et un possible syndrome sec buccal. Il préconisait de la physiothérapie et un bilan pour exclure des maladies systémiques (syndrome de Sjögren et sarcoïdose).

Par pli du 20 juin 2016, Z._____SA, assurance perte de gain en cas de maladie de la X._____Sàrl, a fait parvenir à l'OAI une copie d'un rapport d'expertise du 16 juin 2016, requis auprès du Dr W._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation. Ce dernier a retenu les diagnostics incapacitants de discopathie L5-S1 marquée avec remaniement inflammatoire, de faiblesse de la paroi abdominale sur

status après cure d'éventration et d'asthme allergique. L'assurée était dotée d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à faible charge physique, sous réserve d'une baisse de rendement de 10 % dès octobre ou novembre 2015. Son activité au sein de la X._____Sàrl était restreinte à 50 % depuis septembre 2015. D'autres diagnostics, soit un syndrome douloureux diffus, une dysbalance et un déconditionnement musculaire avec trouble statique, une surcharge pondérale, un status après hystérectomie et ablation d'un kyste au sein droit, ainsi qu'un trouble du déficit de l'attention (TDHA) de l'adulte, étaient mentionnés en tant que diagnostics sans influence sur la capacité de travail.

Le Dr U._____ a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 5 juillet 2016, évoquant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, des troubles mixtes de la personnalité, une anxiété généralisée et un TDHA. Il a précisé assumer le suivi de l'assurée à un rythme hebdomadaire depuis avril 2012. L'incapacité de travail était de 50 % depuis 2013 pour une durée indéterminée, mais l'activité exercée n'apparaissait pas exigible à plus de 30 % ou 40 % sur le plan psychiatrique.

Se basant sur ces dernières pièces médicales, le Dr I._____ du SMR a estimé, dans un avis du 4 août 2016, qu'à compter du 1^{er} novembre 2015, la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans son activité habituelle et de 90 % dans une activité adaptée. Il a observé que les _____ constats _____ rapportés _____ par _____ le Dr W._____ étaient globalement superposables à ceux de la Clinique L._____ et écarté l'appréciation du Dr U._____.

Après avoir déterminé un degré d'invalidité de 10 % dès septembre 2012, respectivement 19 % dès novembre 2015, l'OAI a établi un projet de décision le 10 février 2017 et envisagé de nier le droit de l'assurée à une rente de l'assurance-invalidité.

Assistée de Me Charles Munoz, l'assurée a contesté le projet précité par écriture du 18 avril 2017, eu égard à l'évaluation de son degré

d'invalidité, singulièrement à l'appréciation de sa capacité de travail, notamment sur le plan psychiatrique. Elle a estimé que l'OAI s'était à tort fondé uniquement sur l'opinion du SMR, lequel avait écarté sans motif l'appréciation de son psychiatre traitant. Elle a également souligné souffrir d'un trouble somatoforme douloureux qu'il convenait d'évaluer au moyen des critères nouvellement définis par la jurisprudence fédérale. Enfin, son activité habituelle était celle exercée dans le secteur du nettoyage, non au sein d'une boulangerie, ce qui impactait le degré d'invalidité déterminé par l'OAI.

Le Dr I. _____ du SMR a maintenu son appréciation dans un nouvel avis du 22 juin 2017, tandis que le calcul du degré d'invalidité, par comparaison des revenus sans et avec invalidité sur la base des statistiques salariales, a été confirmé.

L'OAI a par conséquent établi une décision de refus de rente d'invalidité le 6 décembre 2017, reprenant les termes du projet de décision querellé.

C. B. _____, représentée par Me Charles Munoz, a déféré la décision du 6 décembre 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 22 janvier 2018. Elle a conclu, à titre principal, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision, et, à titre subsidiaire, à l'octroi d'une rente d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité d'au moins 50 %, dès le 1^{er} septembre 2012. Elle a fait grief à l'OAI, en premier lieu, d'avoir insuffisamment investigué son état de santé psychique et d'avoir écarté l'avis exprimé par son psychiatre traitant. Selon elle, l'OAI ne pouvait fonder sa position uniquement sur les avis du SMR et l'expertise du Dr W. _____, alors que le Dr U. _____ était spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle a relevé, en second lieu, que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait été posé dans son cas, ce qui imposait à l'OAI de procéder à son analyse au moyen de la grille d'indicateurs dégagée par le Tribunal fédéral. Enfin, l'évaluation de son degré d'invalidité était erronée,

notamment s'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, lequel devait être fondé sur les données liées à son ancienne activité au sein de la société A. _____ SA.

Par réponse au recours du 24 juillet 2018, l'OAI a indiqué avoir soumis les griefs d'ordre économique à son service de réinsertion pour détermination. Un nouvel avis du Dr I. _____ du SMR, daté du 24 avril 2018, qui maintenait ses précédentes prises de position, était au surplus annexé.

Le 13 novembre 2018, l'OAI a fait parvenir les pièces relatives à l'aspect économique, parmi lesquelles de nouvelles évaluations du degré d'invalidité de l'assurée (20,5 % dès 2012 et 26,33 % dès 2015), compte tenu d'un revenu sans invalidité communiqué par A. _____ SA. Il a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée dans son résultat.

L'assurée a répliqué le 20 février 2019, contestant derechef le salaire sans invalidité retenu par l'OAI. Elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité, ainsi qu'à des mesures de reclassement.

L'OAI a réitéré ses conclusions aux termes d'une duplique du 6 mars 2019, tandis que l'assurée s'est limitée à renvoyer à ses précédentes écritures par courrier du 10 mai 2019.

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) Le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait globalement aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité des suites de sa seconde demande en ce sens, datée du 21 mars 2012.

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).

b) 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 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins (let. c).

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.

4. 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 LPGA), 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).

5. 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 LPGA 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).

d) 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).

6. **a)** A la suite de sa seconde demande de prestations datée du 21 mars 2012, la recourante a fait l'objet de plusieurs investigations spécialisées. On dispose tout d'abord des conclusions d'une expertise pluridisciplinaire, réalisée auprès de la Clinique L. _____ en septembre 2014. Dans leur rapport du 3 octobre 2014, les experts ont fait état de leur évaluation consensuelle du cas en ces termes :

« [...] **L'examen de l'assurée** nous met en présence d'une femme de 40 ans, en bon état général avec une obésité harmonieuse. Elle se montre collaborante mais adopte un comportement douloureux démonstratif. La participation est médiocre et on relève de nombreux signes de non organicité : troubles sensitifs mal systématisés, douleurs dans tous les mouvements et à la palpation même superficielle notamment de la région lombo-fessière, douleurs aux rotations simulées du tronc. Dans ce contexte il est difficile d'attribuer une réelle valeur aux limitations articulaires qui prédominent au niveau rachidien. Objectivement, on constate des mobilités articulaires conservées et l'absence de signes inflammatoires. De même les réflexes tendineux sont conservés, il n'y a pas de signe neurologique objectif tant au niveau crânien que pour le tronc et les membres.

D'un **point de vue rhumatologique**, la Dresse M. _____ relève également un comportement douloureux démonstratif, des nombreux points douloureux sur le tronc et les membres qui contrastent avec des mobilités conservées et l'absence de signe inflammatoire articulaire ou des attaches tendineuses.

[...]

Problématique ostéo-articulaire

L'assurée souffre de talalgies mécaniques prédominant à droite. Les investigations par IRM ont confirmé l'existence d'une aponévrosite plantaire bilatérale accompagnée d'un œdème sous-cortical. Les examens radiologiques ont par ailleurs démontré une discopathie L5-S1 avec un remaniement inflammatoire des plateaux vertébraux adjacents de type MODIC I. Ces modifications inflammatoires

mécaniques sont significativement corrélées avec l'existence de douleurs lombaires. Il y a donc pour ces 2 problèmes une corrélation entre la clinique et la radiologie.

L'association des talalgies et des lombalgies à des douleurs généralisées a fait rechercher de façon intensive un rhumatisme inflammatoire. Tous les bilans biologiques se sont cependant révélés normaux [...]

Au total, s'il existe indubitablement des pathologies somatiques pouvant expliquer une partie des douleurs, force est de constater qu'elles ne sauraient expliquer l'ensemble du tableau et la résistance à tous les traitements proposés. Un diagnostic de syndrome douloureux diffus de type fibromyalgie a été retenu par le Dr R._____. Il faut rappeler à ce sujet qu'il s'agit d'un terme qui sert à décrire un syndrome douloureux sans explication somatique avec la constatation de nombreux points douloureux à la palpation, ce qui correspond aux constatations chez cette assurée. L'utilisation de ce diagnostic suggère l'intervention de facteurs non organiques et nécessite une évaluation psychiatrique d'autant que des problèmes d'attaques de panique ont été évoqués par le médecin traitant et que l'assurée est suivie et traitée pour des symptômes dépressifs.

Au terme de son **expertise psychiatrique**, le Dr N._____ ne retrouve aucune psychopathologie incapacitante. Il y a tout au plus actuellement une symptomatologie compatible avec un syndrome dépressif récurrent d'intensité légère. On peut postuler que cette assurée a développé en été 2010 des manifestations dépressives réactionnelles dans un contexte d'une problématique somatique, notamment la découverte d'une tumeur du sein qui s'est révélée bénigne. En mai 2011, la Dresse F._____ attestait déjà d'une amélioration de l'humeur et de l'absence de répercussion de ce problème sur la capacité de travail.

Les troubles mnésiques et de la concentration annoncés par l'assurée ont fait l'objet d'investigations spécialisées au [...] qui a conclu à des troubles cognitifs non spécifiques. Ceux-ci pourraient être liés notamment à la consommation de benzodiazépines.

En conclusion, les experts s'accordent à estimer que seules les lombalgies chroniques et les talalgies plantaires influencent significativement la capacité de travail de cette assurée. Ces anomalies justifient des limitations fonctionnelles notamment pour le port de charges excédant 10 kilos, les mouvements en flexion et torsion du tronc, les positions statiques prolongées et les longs déplacements.

Au vu de ce qui précède, l'activité de femme de ménage ou de nettoyeuse ne paraît pas adaptée aux problèmes somatiques. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail médico-théorique est complète. [...] »

b) La recourante a ultérieurement été examinée sur le plan rhumatologique par le Dr W._____, à la requête de Z._____SA. Ce spécialiste a communiqué son appréciation notamment comme suit, dans son rapport du 20 juin 2016 :

« [...] La symptomatologie lombaire est en relation avec un trouble dégénératif associé à une composante inflammatoire de l'espace intersomatique L5-S1 qui présente une discopathie dégénérative associée à des modifications de type Modic 2 en progression, sur la documentation radiologique à disposition.

Associée aux symptômes lombaires qui évoluent depuis au moins 2011-2012 au vu de la documentation radiologique à disposition, l'assurée présente une symptomatologie douloureuse diffuse d'installation secondaire, vraisemblablement à la suite des complications gynécologiques de 2011 et 2012. Cette symptomatologie douloureuse diffuse chronique est attribuée par l'assurée à la « fibromyalgie ».

L'examen clinique réalisé dans le cadre de cette expertise a permis d'écarter un processus inflammatoire, cliniquement décelable, au décours. Les seules limitations dans les amplitudes articulaires décelées sont en relation avec une attitude oppositionnelle démonstrative et algique. L'étude attentive de l'ensemble de la documentation radiologique (IRM lombaire depuis 2011 à septembre 2015 et des scintigraphies osseuse) réalisée dans le cadre de suspicion d'atteinte inflammatoire chronique auto-immune (spondylarthropathie ankylosante, sarcoïdose ou maladie de Gaucher) ne permettent de mettre en évidence, qu'une atteinte de type dégénératif de l'espace inter-somatique L5-S1 avec une protrusion discale et un important remaniement inflammatoire des plateaux vertébraux s'inscrivant dans le cadre d'une modification de type Modic 2 traduisant une micro-instabilité de ce segment.

L'examen clinique est emprunt de nombreux signes de non organicité, l'assurée étant extrêmement démonstrative et plaintive lors de toute mobilisation ou palpation, avec la mise en évidence de 5 signes sur 5 selon Waddell en faveur d'une origine non nociceptive de la douleur et tous les critères ARC de 1990 et 2010 pour un trouble douloureux chronique de type fibromyalgie.

L'indice de capacité de travail par autoévaluation (WAI) de 27 sur 49 s'inscrit dans un phénomène d'autolimitation en relation avec le trouble douloureux chronique présenté par l'assurée et dans une moindre mesure en relation avec la pathologie dégénérative inflammatoire du rachis lombaire, ou la faiblesse de la paroi abdominale.

Les atteintes à la santé biomécaniques objectivées chez cette assurée sont à l'origine de limitations fonctionnelles interdisant les activités à forte ou moyenne charge physique ou en position statique prolongé.

L'activité habituelle de l'assurée est considérée comme une activité à charge physique moyenne à faible. En raison de l'impossibilité d'adaptation de l'activité habituelle de l'assurée aux limitations fonctionnelles retenues, une incapacité de travail de 50 % est retenue (diminution du temps de travail journalier).

Une activité adaptée de façon stricte aux limitations fonctionnelles (activité stationnaire ou semi-stationnaire) à faible charge physique permettant les variations de position à la guise de l'assurée est possible sur le plan médico-théorique à un taux de 100 %, avec tout au plus une diminution de rendement de 10 % en relation avec la nécessité de changement fréquent de position de travail. Une telle capacité de travail est possible sur le plan médico-théorique depuis au moins le jour de l'expertise. [...] »

c) Les documents ci-dessus mettent en évidence des éléments relativement convergents sur le plan somatique, notamment eu égard aux diagnostics retenus, singulièrement sur la prépondérance d'un syndrome douloureux chronique diffus, susceptible d'expliquer l'ensemble du tableau clinique présenté par la recourante. Ces éléments ont d'ailleurs été corroborés par les différents spécialistes consultés (cf. rapports du Drs R. _____ du 26 août 2014 et du Dr V. _____ du 17 novembre 2015). On peut relever également que la capacité de travail de la recourante dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles somatiques est qualifiée d'entière par les experts, sous réserve pour le Dr W. _____ d'une éventuelle baisse de rendement de 10 %. On note certes des divergences quant à l'appréciation de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle. Dite capacité a été considérée comme nulle par les experts de la Clinique L. _____ (pour une activité dans le domaine des nettoyages) et estimée à 50 % par le Dr W. _____ dans l'activité exercée au sein de la boulangerie. Cela étant, on peut relever que ces divergences sont consécutives à un malentendu sur la notion d'activité habituelle (activité du domaine des nettoyages et non pas activité dans une boulangerie) et demeurent sans incidence sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée d'un point de vue strictement somatique.

7. Si la situation de la recourante apparaît investiguée à satisfaction sous l'angle somatique, il n'en va pas de même du registre psychique.

a) On peut observer que le rapport d'expertise de la Clinique L. _____ du 3 octobre 2014 est supposé contenir les rapports des différentes investigations spécialisées. Est ainsi annexé le rapport de la Dre M. _____ du 17 septembre 2014. On ne dispose toutefois que d'une partie du rapport d'expertise psychiatrique du Dr N. _____ du 18 septembre 2014, soit jusqu'à sa page 4, la discussion et les conclusions de ce spécialiste n'étant pas versées au dossier. On n'a donc en l'état qu'une vision partielle des considérations de l'expert psychiatre, lesquelles ne

ressortent forcément que de manière synthétisée du consilium des experts.

b) Ce constat est d'autant plus fâcheux en l'occurrence que l'appréciation du Dr N._____ est la seule appréciation expertale spécialisée du point de vue psychique. On dispose certes du rapport du Dr U._____, qui retient une capacité réduite de 50 %, ou entre 30 % et 40 % sur le plan psychiatrique. Ce praticien fait état des constatations suivantes dans le cas de la recourante :

« [...] Humeur fluctuante à tonalité dépressive autoévaluée à 9/10 sur une échelle visuelle décimale. La vie pour elle ne vaut pas la peine d'être vécue s'il n'y avait pas ses enfants ! Sentiments irrationnels de ne pas exister pour elle-même et expression d'une grande culpabilité par rapport à tout ce qui lui arrive dans une perspective mélancoliforme. Plaintes physiques multiples avec douleurs, inconfort et gêne tous azimuts. Anxiété très importante. Pas d'évidence de troubles de la pensée, ni d'activité patente délirante ni hallucinatoire mais mise en évidence néanmoins d'un fonctionnement psychique de type projectif qui vient contrebalancer ses idées mortifères dirigées contre elle-même. »

Au surplus, est également à disposition l'appréciation du Dr I._____ du SMR, libellée en ces termes le 4 août 2016 :

« [...] Sur le plan psychique, notre ex. [réd. : expert] à la Clinique L._____ ne relevait aucune comorbidité psychiatrique incapacitante ; après examen du Dr W._____, celui-ci retenait un bon moral ; par ailleurs, après la retranscription de la vie quotidienne (cf. voiture, vie bien remplie, suivis d'émission), nous décidons d'en rester là et de retenir l'amélioration du Dr W._____, sans complément d'expertise psychiatrique. Nous rejetons formellement le dernier RM [réd. : rapport médical] du 05.07.16 du Dr U._____, psychiatre, formulant un trouble dépressif sévère récurrent, épisode sévère, soit à 4 jours d'intervalle de l'expertise APG au vu des déclarations de l'assurée, de l'examen du Dr W._____, et de l'étude de la vie quotidienne. [...] »

c) En l'occurrence, l'avis du psychiatre traitant est insuffisamment étayé pour être pris en considération sans plus amples investigations, en particulier en lien avec le degré de gravité du trouble dépressif et le diagnostic de TDHA (au demeurant également relevé par le Dr W._____).

Quant à l'appréciation du Dr I._____, non psychiatre, réitérée de manière impérieuse à plusieurs reprises au cours de la procédure administrative et devant la Cour de céans, elle est exclusivement basée sur les observations consignées par le Dr W._____, également non psychiatre. Les remarques du Dr I._____, extrêmement succinctes, ne procédant d'aucune analyse critique sérieuse des pièces à disposition, laissent manifestement douter de la minutie avec laquelle ce médecin aurait étudié le présent dossier. Celui-ci ne fait d'ailleurs aucune allusion au caractère incomplet du rapport du Dr N._____. En outre, quand bien même le Dr I._____ ne pouvait ignorer la teneur de la récente jurisprudence fédérale en matière de troubles somatoformes douloureux et de troubles psychiques, on ne voit de sa part aucun examen du cas à l'aune de la grille des indicateurs pertinents. On ne peut donc accorder aucune valeur aux appréciations communiquées par le Dr I._____ pour le compte du SMR.

Il s'ensuit que l'analyse de l'état de santé psychique de la recourante est lacunaire en l'état de ce dossier, tandis que la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer au moyen des indicateurs pertinents en présence de pièces incomplètes ou insuffisamment motivées.

8. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) Etant donné les lacunes de l'instruction médicale (laquelle aurait pu être finalisée, par exemple, par un simple complément auprès de la Clinique L. _____), il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Il appartiendra à ce dernier d'actualiser les pièces médicales avant de mettre en œuvre une nouvelle évaluation psychiatrique de la recourante, voire une nouvelle évaluation pluridisciplinaire (particulièrement adéquate dans les cas de syndromes douloureux). Dans ce contexte, il s'agira de se conformer aux exigences posées par le Tribunal fédéral pour être en mesure de statuer sur la nature exacte des diagnostics psychiques affectant la recourante et leurs éventuelles répercussions à l'aune des indicateurs pertinents.

Ce n'est qu'une fois ces éléments recueillis que l'intimé pourra procéder à l'évaluation du degré d'invalidité de la recourante.

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 1'500 fr. et portés à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 6 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

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 Charles Munoz, à Yverdon-les-Bains (pour B. _____),
- 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 :