

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 avril 2020

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Métral et Mme Durussel, juges  
Greffière : Mme Guardia

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** F. \_\_\_\_\_, née en [...], a été employée comme comptable au taux de 80 %. En parallèle, elle a travaillé en qualité d'indépendante, au taux de 20 %, comme comptable et thérapeute en médecine naturelle.

Le 9 avril 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant une dépression ainsi qu'un épuisement physique et psychique en cours d'évaluation.

Par rapport du 16 juillet 2015, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a indiqué ce qui suit :

Le médecin soussigné certifie qu'il suit Mme F. \_\_\_\_\_ depuis plus d'une année pour ses problèmes ostéo-articulaires. Elle présente, un état d'épuisement physique et psychique ainsi que des troubles psychologiques ayant nécessité une prise en charge psychiatrique.

Du point de vue rhumatismal, elle se plaint de douleurs au niveau du rachis cervical, de lombalgies chroniques ainsi que de douleurs diurnes et nocturnes de l'épaule D.

Au status rhumatologique, il y a un syndrome cervical chronique avec rotations bloquées à 70° ddc, **syndrome myofascial** avec triggerpoints dans les muscles trapèzes et lavator scapulae bilatéral. Au niveau de l'épaule D, il y a des **signes d'une tendinite du sus-épineux**. Au niveau lombaire, il y a un net syndrome lombovertébral avec Schober de 15/19 cm et signes cliniques d'instabilité segmentaire. Au niveau de la hanche G, elle a une limitation de la mobilité surtout en flexion et rotation interne.

Un bilan radiographique [...] montre niveau du bassin une coxarthrose débutante à G avec petite ostéophytose en collerette. Au niveau lombaire, il y a des discopathies modérées en L4-L5 et surtout en L5-S1 avec rétrolisthésis de L5 sur S1. Au niveau de l'épaule D, il y a une petite tendinite calcifiante du sus-épineux. Au niveau cervical, il y a une rectitude du rachis cervical de C1 à C5 ainsi que des discopathies modérées de C4 à C6 avec uncarthrose généralisée.

Au total, Mme F. \_\_\_\_\_ souffre de plusieurs problèmes rhumatismaux : En première ligne, je vois son **syndrome lombovertébral chronique** sur troubles dégénératifs étagés de L4 à S1 avec signes radio-cliniques d'instabilité segmentaire en L5-S1. Elle présente un **syndrome cervico-vertébral chronique** sur troubles dégénératifs modérés de C4 à C6 sans syndrome cervico-radriculaire. L'épaule D présente une **tendinite calcifiante du sus-épineux**.

[...]

Pour toutes ces raisons, la patiente a une incapacité de travail significative du point de vue rhumatismal que j'estime entre 60 et 70%.

Dans un rapport du 3 août 2015, la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux type fibromyalgie dans un contexte dépressif.

Par rapport du 11 août 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent (F33) et de trouble somatoforme douloureux (F45.1).

Par rapport du 12 novembre 2015, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de déficits neuropsychologiques avec troubles de mémoire, troubles de l'attention et troubles fronto-exécutifs, syndrome douloureux articulo-tendino-musculaire, de péri-arthropathie de l'épaule droite plus qu'à gauche, d'hémorragie intracérébrale frontale gauche (probablement depuis octobre 2014), de céphalées mixtes, tension et migraine, de fatigue et fatigabilité importante et de dépression.

Dans un rapport du 23 novembre 2015, la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante de l'assurée depuis le 19 août 2015, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, (F33.11) existant depuis 2014, de déficits neuropsychologiques, d'hémorragie intracérébrale frontale gauche existant probablement depuis octobre 2014, de méningiome (10 mm) à la convexité gauche, de cavernome cortico-sous-cortical frontal gauche, de trouble somatoforme douloureux (F45.1) et de céphalées de tension avec composante migraineuse.

Consulté, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a préconisé la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire (cf. avis du 26 avril 2016).

Le 9 juin 2016, l'assurée a subi une opération tendant à la reconstruction du tendon supra-épineux avec ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection partielle acromio-claviculaire de l'épaule droite (rapport du 4 août 2016 et protocole opératoire Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Une expertise pluridisciplinaire a été confiée au [...]. Dans leur rapport du 5 avril 2017, les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ainsi qu'Z.\_\_\_\_\_, neuropsychologue, ont posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2014, de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4), avec deux épisodes (en 1983 et 2014), de fibromyalgie, de status post arthroscopie de l'épaule droite en juin 2016, suture de la coiffe et vraisemblable acromioplastie, de troubles algiques et sensitivo-moteurs sans substrat neurologique objectivable (présent depuis 2014 au moins), de cavernome frontal gauche entouré d'une possible discrète hémorragie ancienne, de méningiome frontal gauche sans effet de masse (asymptomatique), de lithiase rénale anamnestique, de dyspepsie et syndrome du côlon irritable de type constipation et de vessie hyperactive. Dans leur partie de leur expertise consacrée à la synthèse et à la discussion, ils ont retenu ce qui suit :

*Situation actuelle et conclusions*

Sur le plan de la médecine interne Madame F.\_\_\_\_\_ présente une surcharge pondérale. L'examen clinique relève la présence de multiples lésions papulo-nodulaire de la face antérieure des jambes et des pieds faisant évoquer un lichen plan. L'examen des parenchymes est sans anomalie. Malgré l'important tabagisme, il n'est pas mis en évidence d'atteinte artérielle ou pulmonaire significative.

Les examens biologiques itératifs sont tout à fait rassurants. A part des troubles digestifs d'allure fonctionnelle, il n'est retenu aucun diagnostic. Il n'y a aucune limitation fonctionnelle sur le plan de la médecine interne et la capacité de travail est toujours restée complète, sans perte de rendement.

Sur le plan neurologique les plaintes formulées par Madame F. \_\_\_\_\_ sont en tous points superposables à celles mentionnées plus haut, soit céphalées mixtes tensionnelles et possiblement vasomotrices, manque d'énergie, troubles de la mémoire et de la concentration, ralentissement idéomoteur global, troubles visuels, sensations vertigineuses, urgences mictionnelles, intolérance aux bruits, troubles du langage, douleurs rachidiennes et des 4 extrémités, troubles respiratoires, digestifs et cardiaques et fatigue/fatigabilité majeure.

Le traitement actuel comporte divers antidépresseurs, Sifrol pour une suspicion de syndrome des jambes sans repos, somnifères, divers antalgiques mineurs et majeurs, Relpax pour les maux de tête, art-thérapie. Il semble qu'une reprise de la physiothérapie soit envisagée.

En résumé, chez une patiente collaborante, mais très dolante, l'examen neurologique ne révèle pas d'anomalie significative du système nerveux central et périphérique hormis des phénomènes de lâchages antalgiques au testing de la force des membres supérieurs et inférieurs, sans qu'on n'acquière la conviction d'un franc déficit moteur.

Nous avons revu les documents radiologiques à disposition. Les 3 IRM cérébrales montrent effectivement un probable cavernome de 7 mm cortico-sous-cortical frontal gauche entouré de possibles séquelles d'une petite hémorragie d'aspect ancien. Ces examens montrent également un méningiome de 10 mm de localisation frontale gauche au vertex, sans évolutivité significative, sans effet de masse.

Au terme du présent bilan, les plaintes formulées par Madame F. \_\_\_\_\_ ne trouvent bien évidemment pas leur explication dans l'examen du système nerveux. Le Prof. X. \_\_\_\_\_ a suggéré la possibilité que les céphalées survenues en octobre 2014 soient en relation avec un saignement intervenu dans le cavernome frontal gauche, ceci est bien entendu possible, mais pas certain ; de toute façon, s'il y a eu hémorragie avec céphalées consécutives, cette petite hémorragie ne saurait expliquer la persistance actuelle des maux de tête qui clairement rentrent dans le cadre d'un tableau plus généralisé à la fois multiple et protomorphe, ne trouvant pas d'explication neurologique claire. Il s'agit en effet actuellement d'un tableau de plaintes multiples sans substrat neurologique objectivable. Le cavernome et le méningiome sont asymptomatiques actuellement.

[...]

En ce qui concerne la capacité de travail, en l'absence d'une atteinte neurologique clairement objectivable, il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail significative dans l'activité exercée antérieurement, ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible.

Sur le plan neuropsychologique, l'examen met en évidence un ralentissement sévère et des troubles mnésiques en apprentissage de liste et en reconnaissance visuelle, avec peu de

signes dysexécutifs, qui sont limités à l'inhibition, mais dans un contexte de signes de défaut d'effort, y compris aux tâches spécifiques comme le TOMM. Les difficultés observées apparaissent par ailleurs disproportionnées par rapport aux atteintes cérébrales organiques mises en évidence par l'imagerie. De ce fait, il n'est pas possible de conclure à une incapacité de travail du point de vue neuropsychologique.

Sur le plan rhumatologique l'assurée se plaint actuellement de douleurs polyarticulaires, d'insertions et de muscles intéressant à la fois les quatre membres et tout le rachis, ceci par intermittence. Le tableau clinique est clairement celui d'une fibromyalgie, les douleurs étant décrites comme très incapacitante. La patiente se décrivant comme envahie par les douleurs, ne pouvant plus faire face et devant se coucher très souvent dans la journée, en raison d'un état d'épuisement total. [...]

Néanmoins, les journées de l'assurée sont centrées autour des douleurs, avec des phénomènes d'autolimitations dès que les douleurs surviennent. La patiente sort très peu et n'a presque plus de contacts sociaux, ce qu'elle motive par des douleurs.

Sur le plan objectif, on note une importante lenteur gestuelle et lenteur dans la démarche, mais sans boiterie ni réelle incapacité d'effectuer telle ou telle activité. En particulier, l'épaule droite a bien récupéré suite à l'arthroscopie, où l'on a procédé à une suture de la coiffe des rotateurs et vraisemblablement une acromioplastie, en raison d'un conflit sous acromial. L'évolution a été lente, ce qui est habituel chez une patiente fibromyalgique, mais favorable avec une récupération presque totale de la mobilité et une disparition également presque totale des douleurs. Le testing étant bien tenu, ceci atteste d'une bonne continence de la coiffe des rotateurs.

L'examen clinique de ce jour, sur le plan rhumatologique, met en évidence des phénomènes d'exagération, une patiente démonstrative, hyperréactive à l'examen (par exemple, sursaute à la palpation de toutes les épineuses), mais aucune restriction de mobilité articulaire nette objectivable. Les examens radiologiques effectués en juillet 2011 par le Dr J. \_\_\_\_\_, à savoir la radiographie du bassin, la radiographie de la colonne lombaire, la radiographie de la colonne cervicale et la radiographie de l'épaule droite face, ne montrent que des troubles dégénératifs mineurs en relation avec l'âge de la patiente. Je note également que les radiographies de l'épaule droite ont été effectuées avant l'intervention chirurgicale de juin 2016. L'évolution clinique étant favorable sur le plan de l'épaule droite, je n'ai pas jugé utile de refaire des radiographies aujourd'hui.

En conclusion, sur le plan rhumatologique strict, on ne peut retenir d'incapacité de travail en tant que comptable, ce qui est la profession de l'assurée. Ce travail s'effectuant assise et sans port de charge, hormis de temps à autre, un classeur un peu pesant.

Sur le plan psychique l'expertisée se plaint d'une symptomatologie dépressive et anxieuse depuis 2014 : humeur dépressive permanente d'intensité de 8/10, tristesse, pleurs, colère, révolte ; elle ne ressent pas de sensation de plaisir ou de

joie, ni de libido, mais se pousse à voir du monde et à faire des activités ; elle a pris une quinzaine de kilos en raison des effets secondaires des antidépresseurs ; s'endort grâce à des somnifères, se réveille environ 4 fois pendant la nuit à cause des douleurs, fait une sieste chaque jour de 12 à 15 heures ; elle se sent épuisée, très ralentie et très fatigable ; son estime et sa confiance se sont écroulées ; se plaint de difficultés à se concentrer et de mémoire ; elle est pessimiste ; a eu quelques idées suicidaires en septembre 2015, mais n'a jamais fait de tentatives de suicide de sa vie.

[...]

En conclusion, le tableau clinique que présente cette expertisée est compatible avec un diagnostic de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4), avec deux épisodes (en 1983 et 2014).

La symptomatologie dépressive résiduelle est à mettre sur le compte d'un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) dont elle souffre depuis 2014. En effet, l'expert rhumatologue retient le diagnostic de fibromyalgie, et chez cette assurée il existe des conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux suffisamment importants. Le syndrome douloureux assure à cette expertisée une *aide et une sollicitude accrue*, du personnel soignant notamment.

D'après la grille d'examen en cas de troubles somatoformes découlant de l'arrêt du Tribunal Fédéral du 3 juin 2015, nous retiendrons qu'il existe des troubles psychiques, sous la forme d'un trouble dépressif récurrent, mais qui est actuellement en rémission, nous ne retenons aucun trouble de la personnalité.

L'expertisée peut compter sur des ressources internes, elle est sociable et peut compter sur le soutien de son entourage, elle est intelligente. Elle a fait de nombreuses formations. Elle investit des activités de loisir comme la peinture et le tricot. Par contre elle semble s'enfermer dans un rôle de malade, elle se vit comme très handicapée par sa fibromyalgie et est persuadée d'avoir souffert d'un AVC auquel elle attribue sa symptomatologie « mentale ». Ces croyances expliquent à mon avis la présentation démonstrative et majorante de cette expertisée. La majoration observée par les experts interniste, rhumatologue, neurologue et neuropsychologue n'est à notre avis pas intentionnelle et rentre dans le cadre du diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant.

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

[...]

Quoi qu'il en soit, nous ne constatons pas de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique et de ce point de vue, la capacité de travail peut actuellement être considérée comme complète dans toute activité sans diminution de rendement.

Par projet de décision du 29 mai 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations.

Le 26 juin 2017, l'assurée, sous la plume de son représentant, a adressé à l'OAI ses objections au projet susmentionné. Elle a fait valoir qu'il n'était pas suffisamment motivé puisqu'il n'indiquait pas quels documents médicaux avaient été pris en considération. Elle a également contesté la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 5 avril 2017 relevant des imprécisions et critiquant que certaines de ses plaintes - portant sur une atteinte ophtalmologique, une hypersensibilité, des problèmes dermatologiques, des douleurs liées à l'épaule droite et des sudations - n'aient pas fait l'objet d'un examen. Enfin, elle a invoqué des douleurs cardiaques qui devaient encore être investiguées. A l'appui de ses griefs, l'assurée a produit les 26 juin et 6 juillet 2017 :

- un rapport du 11 juillet 2017 du Dr J.\_\_\_\_\_ rendant compte de son analyse de l'expertise pluridisciplinaire du 5 avril 2017 et contestant les diagnostics neurologiques ainsi que le fait que l'état dépressif ait été considéré comme en rémission ;
- un questionnaire du 11 juillet 2017 rempli par D.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, duquel il ressortait que la fibromyalgie avait été sous-évaluée quant aux perturbations que celle-ci entraînait dans la vie quotidienne et estimant que le bilan neuropsychologique n'avait pas suffisamment été pris en considération ;
- un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2017 de la Dre T.\_\_\_\_\_ relevant que le Dr V.\_\_\_\_\_ avait précisément mis en évidence des symptômes attestant d'un trouble dépressif récurrent et que la patiente présentait des limitations fonctionnelles - troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire, ralentissement psychomoteur - et une incapacité de travail de 100 % depuis 2014.

L'assurée a séjourné au [...] les 10 et 11 août 2017 à la suite d'un accident de la voie publique avec polytraumatisme (fractures

costales 4-5-6 droites non compliquées, entorse grave de la cheville droite avec lésion du deltoïde et arrachement osseux en regard, fracture non déplacée de la base du 5<sup>ème</sup> métacarpien droit, contusion des épaules et douleur cervico-dorso-lombaire post-traumatique ; rapport du 12 août 2017 de la Dre [...], médecin assistante auprès du [...])

Par rapport du 21 septembre 2017, la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a posé le diagnostic de maladie des petits vaisseaux sur dysfonction endothéliale et constaté l'absence de maladie coronarienne significative (plaque de 30 % sur l'artère interventriculaire antérieure proximale à la coronarographie du 5 juillet 2017). L'assurée qui avait présenté plusieurs épisodes d'oppressions thoraciques n'en rapportait plus et disait se sentir bien.

Le 6 novembre 2017, les Drs G.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_  
et S.\_\_\_\_\_ ainsi que le neuropsychologue Z.\_\_\_\_\_ ont complété leur expertise pluridisciplinaire et relevé :

Sur le plan ophtalmique, il est fait état uniquement d'une hypersensibilité à la lumière annoncée lors de l'anamnèse systématique. L'anamnèse systématique a été dictée en présence de l'expertisée, afin que l'expertisée puisse apporter immédiatement toute correction qu'elle souhaite et d'éviter ainsi toute ambiguïté après l'expertise. Il est acquis ainsi que le catalogue des plaintes peut être considéré comme exhaustif au moment de l'expertise. Il est noté que l'examen neurologique ne trouve pas d'atteinte ophtalmique et que les troubles décrits par l'expertisée sont susceptibles d'être corrigés par le port de lunettes adéquates.

Sur le plan de la médecine interne l'hypersensibilité à la lumière, au bruit et au toucher ne reçoit pas d'explication somatique. Il n'y a pas d'affection documentée permettant d'expliquer l'annonce d'une fatigue. Il est fait état d'une sudation augmentée, notion nouvelle. L'examen clinique trouvait, lors de l'expertise, plutôt une peau sèche et une sudation normale. De toute manière, et quelle que soit la cause de cette augmentation de la sudation, on ne voit pas dans quelle mesure elle pourrait impacter une activité professionnelle.

Sur le plan cardiaque Il est précisé que l'anamnèse ne fait pas état de douleurs cardiaques. Il n'est pas fait état d'angor.

Sur le plan dermatologique il est fait état, sous discussion (page 36) de la présence de multiples lésions papulo-nodulaires de la face antérieure des jambes et des pieds faisant évoquer (ou

penser) à un lichen plan. Il ne s'agit là que de la description des lésions qui sont annoncées, en effet, comme étant à situer dans le cadre d'une épidermolyse bulleuse (cf. anamnèse systématique, page 15), sans répercussions sur la capacité de travail.

Sur le plan rhumatologique après lecture attentive des différents documents je ne décèle aucune contradiction dans mon texte et maintiens mes conclusions, à savoir une capacité totale de travail dans la profession de comptable.

Sur le plan neurologique après avoir pris connaissance des remarques médico-juridiques et de l'avis juriste et relecture du rapport d'expertise du 05.04.2017, il apparaît à l'expert neurologue qu'aucune imprécision fondamentale, contradiction, omission, ne figure dans la partie neurologique du document. En conséquence, l'expert ne voit aucune raison de retirer, ajouter, modifier les éléments figurant au rapport. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ maintient ainsi en tout point ses conclusions.

Sur le plan neuropsychologique aucune question, remarque ou point litigieux relevé plus haut ne concerne le bilan neuropsychologique.

Sur le plan psychique après lecture attentive des différents documents transmis et tout particulièrement le rapport de la psychiatre traitante de l'expertisée, nous maintenons nos conclusions.

Nous avons estimé que la symptomatologie dépressive résiduelle que présentait l'expertisée était à mettre sur le compte du syndrome somatoforme douloureux persistant.

Par décision du 25 janvier 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée. Il a considéré qu'il ressortait de l'instruction médicale du dossier que celle-ci ne présentait aucune atteinte invalidante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité et qu'elle était à même d'exercer son activité habituelle à plein temps ainsi que toute autre activité adaptée à sa situation professionnelle.

**B. a)** Par acte du 26 février 2018, F. \_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a déféré la décision du 25 janvier 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a pris les conclusions suivantes :

*Principalement,*

- I. Le recours est admis.
- II. La décision du 25 janvier 2018 est annulée.

- III. Une rente d'invalidité entière est reconnue à Mme F. \_\_\_\_\_, à compter de l'échéance du délai d'attente.
- IV. Le montant rétroactif est versé avec intérêt à 5% l'an, à compter de l'échéance du délai de deux ans dès la naissance du droit à la rente.

*Subsidiairement,*

- I. Le recours est admis.
- II. La décision du 25 janvier 2018 est annulée.
- III. Une rente d'invalidité est accordée à Mme F. \_\_\_\_\_ dont le taux sera fixé au terme de la procédure probatoire.
- IV. Le montant rétroactif est versé avec intérêt à 5% l'an, à compter de l'échéance du délai de deux ans dès la naissance du droit à la rente.

*Plus subsidiairement,*

- I. Le recours est admis.
- II. La décision du 25 janvier 2018 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction, sous la forme d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire dans les disciplines suivantes : médecine interne, rhumatologie, neurologie, neuropsychologie et psychiatrie, portant sur la capacité de travail exigible de Mme F. \_\_\_\_\_ et nouvelle décision.

La recourante a fait valoir plusieurs griefs mettant en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 5 avril 2017 complétée le 6 novembre 2017. Elle a requis que soit ordonnée une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Elle a produit un rapport du 21 février 2018 du Dr [...], spécialiste en anesthésiologie, indiquant que l'intéressée avait été incluse dans le programme de prise en charge ambulatoire de la fibromyalgie de l[...].

**b)** Par réponse du 16 avril 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours.

**c)** Le 29 mai 2018, la recourante s'est déterminée.

**d)** Le 18 mars 2019, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dont il a confié la réalisation au Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par courrier du 25 mars 2019, le Dr B.\_\_\_\_\_ a demandé à s'adjoindre les services d'un neuropsychologue afin de compléter ses investigations.

L'examen neuropsychologique de la recourante a été confié à Mme E.\_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP. Celle-ci a rendu son rapport le 8 juillet 2019. Elle a conclu que l'intéressée présentait une atteinte minime ou entre minime et légère selon les critères de l'Association suisse de neuropsychologie permettant de définir le degré de gravité d'un trouble neuropsychologique et ses répercussions sur la capacité de travail. Sur le plan strictement neuropsychologique, la capacité de travail était entière avec une diminution de rendement de 10 % tout au plus.

Dans son rapport d'expertise du 20 juillet 2019, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics psychiatriques de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission à un niveau de dysthymie, (F34.4/F34.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Le premier diagnostic n'entraînait aucune incapacité de travail alors que le second était assimilable à la notion de fibromyalgie. Dans une activité de comptable exécutante ou dans toute activité que l'assurée avait exercée par le passé, la capacité de travail était entière avec diminution de rendement de 10 % pour des raisons neuropsychologiques. Les limitations fonctionnelles étaient une légère sensibilité au stress et une légère diminution de la flexibilité cognitive.

**e)** Le 29 août 2019, l'OAI a indiqué se rallier aux conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_.

**f)** Le 11 octobre 2019, la recourante a relevé que sa situation présentait des aspects plurifactoriels, psychiques et physiques, ces derniers n'ayant pas fait l'objet d'une étude approfondie. Il convenait dès lors de compléter l'expertise susmentionnée par un volet rhumatologique.

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

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

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

**2.**       Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.

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

exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

**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 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).

**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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**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).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C\_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

**6. a)** En l'espèce, il est n'est pas contesté que la recourante présente plusieurs atteintes à la santé, soit principalement une fibromyalgie, des troubles algiques et sensitivo-moteurs, un status post suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite en juin 2016, un cavernome frontal gauche, un méningiome frontal gauche sans effet de masse (asymptomatique), un trouble dépressif, un syndrome douloureux somatoforme persistant et (rapports du Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, du 9 mars 2015 ; du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 19 juin 2015 ; du Dr R.\_\_\_\_\_ du 11 août 2015 ; du DrX.\_\_\_\_\_ du 30 juillet 2015, de la Dre W.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, du 14 septembre 2015 ; du [...] du 5 avril 2017 ; de la Dre T.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2017 ; de la Dre C.\_\_\_\_\_ du 21 septembre 2017 ; du Dr B.\_\_\_\_\_ du 20 juillet 2019). Se fondant sur

l'expertise pluridisciplinaire du [...], l'OAI a considéré que la recourante présentait, malgré un tableau polymorphe, une pleine capacité de travail.

**b)** Sur le plan de la médecine interne, les experts du [...] n'ont retenu aucun diagnostic particulier, mis à part des troubles digestifs d'allure fonctionnelle lesquels n'étaient pas susceptibles d'avoir une influence sur la capacité de travail. A l'appui de l'opposition qu'elle a formée le 26 juin 2017 à l'encontre du projet de décision du 29 mai 2017, la recourante a également invoqué des douleurs cardiaques. Après investigation, la Dre C.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de maladie des petits vaisseaux sur dysfonction endothéliale et constaté l'absence de maladie coronarienne significative (cf. rapport du 21 septembre 2017).

**c)** Sur le plan rhumatologique, il y a lieu de constater que les différents médecins consultés au cours de la procédure administrative (rapports de la Dre H.\_\_\_\_\_ du 3 août 2015 ; de la Dre N.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, du 26 août 2015 ; de la Dre S.\_\_\_\_\_ du 5 avril 2017 ; du Dr J.\_\_\_\_\_ du 11 juillet 2017) constatent que la recourante ne présente aucune restriction significative de la mobilité articulaire et s'accordent pour admettre que la recourante souffre de fibromyalgie. D'après les documents d'imagerie versés au dossier, elle ne présente objectivement que des troubles dégénératifs mineurs, en lien avec son âge, qui ne permettent pas d'expliquer l'intensité des douleurs exprimées.

**d)** Sur le plan psychiatrique, il ressort des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr B.\_\_\_\_\_, lesquelles sont venues confirmer les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise réalisée par le [...] que la recourante présente un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission à un niveau de dysthymie, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il n'y a pas lieu de remettre en cause ces constatations, celles-ci reposant notamment sur une analyse détaillée de l'ensemble des critères diagnostics relatifs aux troubles de la lignée dépressive. Les considérations émises par la Dre T.\_\_\_\_\_ au cours de la procédure administrative (rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2017) à l'encontre de l'expertise du [...] ne permettent pas de jeter le doute quant au bien-fondé

des conclusions de ces deux expertises, ce médecin se limitant à formuler des critiques sans donner d'explication circonstanciée sur les éléments objectifs qui justifieraient dans le cas d'espèce de retenir la persistance d'un trouble dépressif d'une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail.

**e)** Sur le plan neuropsychologique, la neuropsychologue E. \_\_\_\_\_ a conclu son rapport du 8 juillet 2019 de la manière suivante :

A ce jour, on ne constate plus une nette majoration de symptômes, hormis un résultat significatif à un questionnaire de validation des plaintes (psychiatriques, neurologiques et neuropsychologiques) et deux mesures intrinsèques qui évoquent un léger biais négatif sur la performance, pouvant évoquer un effort fourni fluctuant. Dans tous les cas, après avoir exclu les deux résultats peu crédibles (la lenteur sévère en lecture continue et l'irrégularité des temps de la réaction à l'alerte, ces deux mesures étant surtout des indicateurs de l'effort fourni et évaluant la validité des résultats) et en admettant que les autres résultats aux tests neuropsychologiques sont valides, cette assurée présente une atteinte minimale ou entre minimale et légère selon les critères ASN (Association Suisse de NeuroPsychologie) permettant de définir le degré de gravité d'un trouble neuropsychologique et ses répercussions sur la capacité de travail ce qui correspond à une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 10% tout au plus sur le plan strictement neuropsychologique.

A l'issue de ces investigations, cette spécialiste n'a mis en évidence aucune difficulté majeure, les tests mis en œuvre n'ayant révélé aucun problème au niveau du raisonnement, du langage, de la mémoire, des capacités attentionnelles ou des fonctions exécutives. Tout-au-plus fallait-il retenir une diminution de rendement de 10 %.

**7.** Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la recourante présente principalement un tableau clinique dominé par des douleurs mal systématisées. Eu égard aux diagnostics retenus (fibromyalgie et syndrome douloureux somatoforme persistant), il y a lieu d'examiner, à la lumière de la jurisprudence récente en matière de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables, s'il y a néanmoins lieu de retenir la présence d'une incapacité de travail.

**a)** Dans le cadre de son expertise, le Dr B. \_\_\_\_\_ n'a pas constaté chez la recourante de difficultés majeures concernant la concentration, l'attention ou la mémoire. Bien que manquant de vivacité d'esprit, la recourante était mentalement « plutôt bien présente ». Ce faisant, l'expert n'était pas parvenu à mettre en évidence d'indices plaidant dans le sens d'un trouble clinique de la personnalité. A son avis, la recourante avait progressivement retrouvé ses ressources depuis sa décompensation de 2015. La recourante elle-même avait signalé un apaisement et une amélioration globale, tant sur les plans psychique que neuropsychologique ; elle avait valorisé la médication par antidépresseur. Il persistait tout au plus de légères fluctuations dysthymiques. Tout en évoquant un moral bas, la recourante parlait spontanément d'un certain nombre d'activités dans son quotidien, de contacts sociaux, d'activités plaisantes et d'intérêts maintenus. Elle présentait dès lors un potentiel théorique de réadaptation. Concrètement, les ressources disponibles ou mobilisables étaient une aptitude à la communication (très bonne), une capacité à respecter un cadre (très bonne), une capacité d'adaptation (légèrement réduite), une capacité d'organisation (bonne), une capacité d'endurance (légèrement réduite), une capacité de prise de décision (existe), des capacités relationnelles et l'existence d'un réseau social et d'une autonomie dans les activités quotidiennes. Il subsistait néanmoins des facteurs extramédicaux sous la forme d'une fixation sur certains symptômes, de l'âge, du déconditionnement et de difficultés financières.

**b)** De fait, il ressort du rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ que l'atteinte à la santé, si elle entraîne indubitablement des conséquences fonctionnelles, n'induit pour autant pas un retrait social marqué et un épuisement des ressources. Il convient d'admettre que depuis le mois d'avril 2017, la recourante dispose de ressources psychiques qui lui permettraient, nonobstant ses douleurs, d'exercer une activité sur le marché du travail. Aussi convient-il de constater que la recourante présente, sous réserve d'une diminution de rendement de 10 %, une capacité de travail entière, dans son activité habituelle de comptable. Partant, elle ne saurait prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 et 2 LAI).

**8.** Dans ces conditions, une nouvelle expertise pluridisciplinaire apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

**9. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 25 janvier 2018 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.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Alexandre Guyaz (pour F. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :