

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 avril 2020

---

Composition : M. NEU, président  
M. Bonnard et Mme Silva, assesseurs  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 LAI et 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'un bachelors de l'enseignement pour les degrés préscolaire et primaire, a travaillé comme enseignante pour l'Y.\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> août 2006. Elle a présenté une incapacité de travail à 100 % dès le 7 janvier 2013 (rapport employeur du 29 août 2013).

Le 19 juillet 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) en raison d'une mononucléose et d'une hypothyroïdie.

Dans le cadre du processus de gestion des absences de longue durée, l'Y.\_\_\_\_\_ a signalé le cas de l'assurée à l'Unité C.\_\_\_\_\_ de la Polyclinique B.\_\_\_\_\_ [...]. Dans leur rapport du 10 septembre 2013 à l'office AI, les Drs BA.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail et en médecine interne générale, médecin associé, et BB.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail, cheffe de clinique adjointe, ont fait état d'une mise en arrêt de travail complet, en raison d'une asthénie intense associée à une sévère hypotension orthostatique, ainsi que d'un diagnostic de mononucléose infectieuse avec hypothyroïdie auto-immune concomitante. Ils ont précisé qu'une reprise partielle à raison de quelques périodes d'enseignement a été possible du 29 avril 2013 jusqu'à la fin de l'année scolaire. Dès lors, l'assurée n'avait plus repris son activité en raison d'un épuisement associé à une fatigabilité à l'effort et à une hypersomnie, son médecin traitant retenant le diagnostic de dépression réactionnelle à l'asthénie persistante (cf. rapport du 22 janvier 2014 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale). Les médecins de la Polyclinique B.\_\_\_\_\_ ont estimé qu'une reprise graduelle dépendrait de l'évolution des diagnostics retenus.

La nouvelle médecin traitante, la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic avec effet sur la

capacité de travail de fatigue chronique depuis le mois de décembre 2012. Elle a fait état d'une incapacité de travail à 100 % dans l'activité d'enseignante et d'un pronostic réservé. Elle a mentionné une éventuelle reprise thérapeutique à évaluer avec sa patiente et la Dre BB. \_\_\_\_\_ (rapport du 13 février 2014).

Les investigations neurologiques et endocrinologiques menées par la suite n'ont pas révélé de substrat somatique à l'atteinte à la santé affectant l'assurée (rapports des 5 et 11 novembre 2013 du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie ; rapport d'électromyographie [EMG] du 7 novembre 2013 du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie ; imagerie par résonance magnétique [IRM] du 13 novembre 2013 du Dr BD. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie ; rapport du 28 janvier 2014 de la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie).

A l'issue d'une séance à l'Unité C. \_\_\_\_\_ le 14 mars 2014 réunissant l'assurée, la Dre BB. \_\_\_\_\_, un représentant de la [...], la directrice de l'Etablissement scolaire de [...] et un représentant de l'office AI, il est apparu qu'une reprise thérapeutique à raison d'une heure par semaine ne pouvait pas être tentée en raison de la responsabilité et de l'implication de l'assurée face aux élèves.

Par rapport du 9 avril 2014 à la Dre G. \_\_\_\_\_, les Drs BF. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin adjoint, BG. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et cheffe de clinique, et BH. \_\_\_\_\_, alors médecin-assistante, tous de la Polyclinique B. \_\_\_\_\_, ont indiqué avoir examiné l'assurée en consilium les 17 décembre 2013, 21 janvier 2014 et 6 février 2014. Ils ont posé les diagnostics de syndrome de fatigue chronique (ci-après : SFC ; parfois désigné encéphalomyélite myalgique [EM]), de possible hypothyroïdie infraclinique (à confirmer) et de somatomédine C augmentée (IGF-1) à investiguer. Ces médecins ont fait état de ce qui suit :

Vous nous adressez A. \_\_\_\_\_ en décembre 2013, pour un deuxième avis par rapport à un état de fatigue important persistant depuis fin 2012, et responsable d'une incapacité de travail depuis

janvier 2013. Le large bilan complémentaire effectué par vous-même n'a pas permis d'identifier une cause infectiologique (EBV/CMV, HIV, Syphilis, H. pylori), auto-immune ou endocrinienne. Il n'y a pas de déficit vitaminique ni de carence en fer. L'IRM cérébrale effectuée en raison de céphalées intenses est normale, ainsi que l'immunoélectrophorèse.

Le tableau clinique de A. \_\_\_\_\_ remplit les critères d'un Syndrome de Fatigue Chronique, selon les critères de Fukuda (*Fukuda et al, Annals Internal Medicine 1994*) et selon les critères du Consensus Canadien (*Carruthers et al, J of Chronic Fatigue Syndrome 2003*). Dans un souci d'exhaustivité, nous complétons le bilan par l'ensemble des tests hépatiques qui sont entièrement dans la norme, ainsi que par une sérologie de borréliose, négative, elle aussi.

A la demande de la Dresse I. \_\_\_\_\_, nous avons également redosé l'IGF-1 légèrement élevée lors d'une consultation endocrinologique fin janvier 2014, et constatons une minime élévation de cette hormone à 335 pour une norme de 117 à 321 pg/l. Nous ne voyons cependant aucune association avec l'élévation de ce paramètre et la symptomatologie de la patiente, et laissons le soin à la Dresse I. \_\_\_\_\_ de reconstrôler ce dernier après l'arrêt de la contraception orale.

Par rapport à la suspicion d'hypothyroïdie infraclinique (une valeur de TSH anormale en 2013, pas d'auto-anticorps, TSH par la suite normale sous substitution), nous vous adressons au Dr Cl. \_\_\_\_\_ pour un avis endocrinologique sur dossier. Ce dernier conseille un arrêt de la substitution par Euthyrox et un redosage des hormones thyroïdiennes à distance de l'arrêt du traitement comme envisagé par la Dresse I. \_\_\_\_\_. A noter que sous traitement d'Euthyrox, la TSH est dans la norme, avec une valeur de 1,85 mUI/l (norme 0,25 à 5,3) et les hormones libres sont dans la norme également. Nous considérons que cette légère hypothyroïdie subclinique, même si elle se confirme, ne peut expliquer le tableau clinique présenté par A. \_\_\_\_\_.

A noter une aggravation de l'intensité de la fatigue entre le 21.01.2014 et la consultation du 06.02.2014, avec apparition de maux de gorge sans odynodysphagie, mais plusieurs adénopathies cervicales postérieures et antérieures, et un érythème au niveau du fond de la gorge, sans tuméfaction amygdalienne ni exsudat, et sans infection des voies respiratoires supérieures concomitante. Ce tableau peut tout à fait entrer dans le cadre d'une exacerbation d'un Syndrome de Fatigue Chronique. Nous avons évalué la gravité des symptômes à l'aide de l'échelle élaborée par un groupe canadien (*Consensus Canadien sur l'EM/SFC-Abrégé*). Le 8 février 2014, A. \_\_\_\_\_ atteint: un score de 50 pour 13 symptômes très marqués, 5 symptômes moyens et 1 symptôme léger. Nous mettons en annexe cette échelle d'évaluation et vous proposons de vous en servir, afin de faire le point durant la prise en charge du Syndrome de Fatigue Chronique.

En conclusion, nous retenons donc chez A. \_\_\_\_\_, un Syndrome de Fatigue Chronique, pour lequel nous préconisons une prise en charge pluridisciplinaire, visant à un reconditionnement très progressif à l'effort, en évitant les pics d'activité qui se soldent généralement par une rechute, avec aggravation du sentiment d'échec. Nous recommandons la poursuite de la physiothérapie déjà

entreprise par la patiente, tout en soulignant l'importance d'objectifs réalistes, donc plutôt bas par rapport à ses exigences. L'ergothérapie, proposée par la psychologue peut tout à fait s'inscrire aussi dans ce processus, pour autant que des rendez-vous supplémentaires n'alourdissent pas trop le quotidien de la patiente. Et pour finir, un suivi par un(e) psychologue ou un(e) psychiatre, idéalement expérimenté(e) avec le Syndrome de Fatigue Chronique, est indispensable, afin d'accompagner un changement de fonctionnement personnel et de veiller à ce que les objectifs fixés restent réalistes. Le "*Manuel for Therapists*" du protocole de thérapie cognitivo-comportementale utilisé durant l'étude PACE (*White PD et al, Lancet 2011*) est disponible sur [www.pacetrials.org/trialinfo.html](http://www.pacetrials.org/trialinfo.html).

En ce qui concerne la réinsertion professionnelle, il nous paraît précoce d'envisager ceci dans un proche futur et nous proposons une réimmersion très progressive, par exemple, lors d'un après-midi où il n'y a que la moitié des élèves à gérer, sans que la patiente ait la responsabilité de la classe.

Dans un rapport du 6 mai 2014, la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'encéphalomyélite myalgique depuis 2012 et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction mixte et dépressive (F43.22) depuis 2011. Elle a relevé que l'assurée disposait des compétences psychiques et intellectuelles nécessaires pour exercer son travail d'enseignante. La Dre J.\_\_\_\_\_ a estimé que, sur le plan strictement psychiatrique, le pronostic était favorable, mais que seule l'évolution sur le plan somatique déterminerait la possibilité d'une reprise de travail. En l'état, sa patiente n'était pas capable de travailler, même à temps partiel. Elle a en outre fait état des observations suivantes :

Nous pouvons comparer l'état de Mme A.\_\_\_\_\_ en 2011 et 2013-2014. En 2011, elle arrivait à assurer son travail, les tâches ménagères, plusieurs loisirs et une vie sociale satisfaisante. Actuellement, nous notons une importante baisse d'énergie et un manque de force, objectivés par la posture des séances dans son fauteuil. Au quotidien, son épuisement rend chaque tâche de la vie quotidienne difficile à réaliser. Mme A.\_\_\_\_\_ ne peut rien entreprendre le matin, ne parvenant pas à se mettre en route avant midi, ni à faire sa toilette. Un maintien de son hygiène quotidienne (douche, brosser les dents, laver les cheveux, etc.) lui demande un effort qu'elle dit ne devoir qu'à sa volonté ; souvent elle doit se recoucher ou s'asseoir sur son canapé pour récupérer ensuite durant des heures. Pour son alimentation, Mme A.\_\_\_\_\_ dit parfois devoir attendre d'avoir la force de se lever pour aller à la cuisine, même pour chercher quelque chose à boire. Certains jours, elle dit devoir

attendre plus d'heures pour y parvenir. Pour les repas, elle est soutenue par sa famille qui lui cuisine des plats, car même si elle a de l'aide pour faire les courses, elle ne trouve plus l'énergie pour se faire à manger. Pour ce qui est du ménage, elle bénéficie, comme mentionné précédemment d'aide au ménage par le CMS, mais elle ne trouve pas la force de faire le ménage entre deux.

Pour les divers rendez-vous médicaux, Mme A. \_\_\_\_\_ dit utiliser toute sa volonté et son envie de se rétablir pour arriver à s'y rendre, mais elle est ensuite épuisée dès son retour à domicile et doit se reposer durant plusieurs heures. Nous notons ainsi chez Mme A. \_\_\_\_\_, une grande volonté, qui lui permet de maintenir au mieux son hygiène, une alimentation acceptable et une présence aux rendez-vous médicaux, mais qui lui dessert également, car elle dépasse la plupart du temps les limites de son corps. Souvent, les jours suivants aux rendez-vous, elle ne peut rien prévoir. A noter qu'elle ne peut assumer plus d'un rendez-vous par jour et au grand maximum 3 dans la semaine. Et malgré ses restrictions strictes, Mme A. \_\_\_\_\_ ne parvient pas à récupérer, mais au contraire, elle s'épuise de plus en plus au point que parfois, elle doit annuler ses rendez-vous médicaux et rester à la maison, sans sortir. Mme A. \_\_\_\_\_ a gardé ses contacts sociaux, avec une diminution de la fréquence des rencontres et des activités.

Par ailleurs, Mme A. \_\_\_\_\_ souffre énormément de son impossibilité de travailler pour l'instant, car elle aime énormément son travail d'enseignante.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2014, la Dre G. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome de fatigue chronique ou encéphalomyélite myalgique depuis le mois de janvier 2013. L'activité d'enseignante n'était plus exigible en raison d'un manque d'équilibre, d'un manque de force musculaire, de vertiges, de fatigue et de phonophobie.

Le dossier a été soumis au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans un avis du 6 août 2014, la Dre KA. \_\_\_\_\_, médecin dans ce service, a estimé que du point de vue asséculoologique, l'encéphalomyélite myalgique était assimilable au trouble somatoforme douloureux (catégorie « autres troubles névrotiques », F48 et suivant de la CIM-10). Elle a retenu d'une part que investigations effectuées à la recherche d'une pathologie organique neurologique, cérébro-vasculaire, endocrinologique, diabétologique et immunologique restaient négatives et d'autre part qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique associée. La Dre KA. \_\_\_\_\_ a conclu à l'absence d'atteinte incapacitante au sens de l'AI.

Le 28 août 2014, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'AI et qu'en conséquence, sa capacité de travail était totale dans toute activité.

L'assurée a fait valoir ses objections au projet de décision par courrier du 13 septembre 2014. Dans le cadre de la procédure d'audition, la Dre G. \_\_\_\_\_ a fait état d'une péjoration très importante des symptômes depuis le mois de janvier 2014. Elle a notamment observé des symptômes de fatigue, d'asthénie, de myalgies, de céphalées, de troubles du sommeil, de troubles digestifs, de troubles de la concentration, de confusion, de syncopes liées à l'hypotension, de perte de poids, de maux de gorge, de tremor, ainsi que d'hypersensibilité au froid, à la lumière, au son et au toucher. Les douleurs neurogènes, musculaires et articulaires étaient quotidiennes. Les traitements tentés sans succès avaient entraîné des effets secondaires très importants. Sa patiente passait de très longues heures au lit, l'asthénie et la fatigue ne lui laissant que de courts moments d'activité durant la journée. Elle ne pouvait pas effectuer son ménage ni ses courses, bénéficiant de l'aide de sa mère et du CMS. Elle a estimé que, sur l'échelle de gravité des symptômes retenue par la science médicale, sa patiente présentait seize symptômes de degré grave, sur 23, l'empêchant de se lever de son lit, ou de sortir de chez elle, et ce, chaque jour. Elle a précisé qu'une tentative de réadaptation en physiothérapie avait échoué, malgré les efforts de sa patiente. L'assurée ne pouvait plus mener à bien une activité, quelle qu'elle soit (travail, ménage, ou vie sociale), hormis ses rendez-vous médicaux. La Dre G. \_\_\_\_\_ a estimé que l'évolution défavorable ne laissait pas présumer d'une récupération significative au cours des années à venir. Elle décrivait enfin l'assurée comme une « *personne volontaire et battante, qui aimait beaucoup son travail et avait, avant cette maladie, une vie sociale riche* » (rapport du 8 septembre 2014).

Dans un rapport du 12 janvier 2015, la Dre J.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (F32.2). La psychiatre traitante a fait état d'une péjoration importante de l'état psychique de la patiente. Elle a relaté une véritable envie de reprendre une activité. Cependant, malgré ses efforts et sa volonté, l'assurée s'effondrait sur le plan anxio-dépressif du fait de l'aggravation symptomatologique de son état somatique et de l'inefficacité des traitements tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. La Dre J.\_\_\_\_\_ a observé une baisse de ses capacités cognitives, une aggravation des troubles de la concentration et de la mémoire. Elle a rapporté une diminution de l'élan vital, un sentiment de plaisir encore diminué, des ruminations, l'apparition d'idées noires non scénarisées, une perte de poids, de masse musculaire, la persistance d'importants troubles du sommeil. La psychiatre traitante a retenu que les affections somatiques étaient à l'origine de ce tableau psychiatrique.

A la demande du SMR, le Dr H.\_\_\_\_\_ a pratiqué un examen neurologique. Dans deux rapports des 16 janvier et 15 avril 2015, ce spécialiste a décrit une fatigue, une somnolence diurne et plusieurs symptômes sensitifs et cognitifs qui s'inscrivaient dans un diagnostic d'encéphalomyélite myalgique. L'examen neurologique récent était dans la norme, sans pouvoir objectiver de déficit neurologique, conclusion attendue dans le cas de l'encéphalomyélite myalgique. Tous les examens mis en œuvre revenaient dans la norme (électro-encéphalogramme, polysomnographie, test du temps d'endormissement). Pour le Dr H.\_\_\_\_\_, si l'examen du sommeil par polysomnographie mettait en évidence des anomalies du sommeil (temps du sommeil court, très mauvaise qualité de sommeil), il n'y avait pas lieu d'en tirer des conséquences diagnostiques. Selon le neurologue, cela apportait un élément objectif au diagnostic d'encéphalomyélite myalgique posé au Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_. Ce neurologue a relevé que la capacité de travail en tant qu'enseignante dépendait de la fatigue qui était permanente. Il a estimé que la capacité de travail était « nulle ou tellement variable » qu'aucun poste de travail ne pouvait s'y adapter.

Interpellé par le SMR, le Dr H.\_\_\_\_\_ a précisé le 23 octobre 2015 que le diagnostic d'encéphalomyélite myalgique n'était pas apparenté à un trouble somatoforme.

Ne parvenant pas à discerner un substrat organique suffisant pour justifier l'incapacité de travail de l'assurée, la Dre KA.\_\_\_\_\_, a suggéré la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (comportant un volet de médecine interne, de neurologie et de psychiatrie) afin de déterminer les conséquences des atteintes sur la capacité de travail (avis médical du 3 décembre 2015).

Mandaté par l'office AI, le L.\_\_\_\_\_ [...] a rendu son rapport le 21 septembre 2016 sous la signature des Drs M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un « syndrome de fatigue chronique » (« Neurasthénie » ; F 48.0) depuis le mois de décembre 2012. Ils ont exclu tout autre diagnostic avec ou sans incidence sur la capacité de travail. Les experts ont estimé que l'incapacité de travail était totale dans toute activité sur le plan psychiatrique. Le pronostic, à court terme et à long terme était « mauvais ».

Dans un avis du 12 octobre 2016, la Dre KA.\_\_\_\_\_ a estimé que l'expertise du L.\_\_\_\_\_ ne discutait pas des exigences jurisprudentielles en matière de trouble somatoforme sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique. Elle a suggéré une nouvelle expertise psychiatrique et rhumatologique.

De plus amples investigations ont permis d'exclure un trouble respiratoire au cours du sommeil (rapports du 21 septembre 2017 du Dr BC.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie au Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ et du 3 novembre 2017 de la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

L'office AI a confié la deuxième expertise au P.\_\_\_\_\_. [...].

Dans leur rapport du 9 avril 2018, les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont exclu tout diagnostic incapacitant. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont posé le diagnostic d'hyperlaxité ligamentaire. Les experts précités ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière.

Dans un rapport de polysomnographie du 16 avril 2018, la Dre S.\_\_\_\_\_ a indiqué à la Dre G.\_\_\_\_\_ qu'un changement de médication avait amélioré la continuité du sommeil avec une certaine efficacité, les réveils nocturnes ayant disparu. Toutefois, l'allongement du temps de sommeil total persistait, la patiente mettant même plusieurs réveils pour réussir à se lever difficilement aux alentours de 13h-13h30 et rapportant un éveil de mauvaise qualité avec une somnolence diurne excessive. La Dre S.\_\_\_\_\_ n'a pas identifié de trouble intrinsèque du sommeil, retenant le diagnostic d'une hypersomnie de type narcoleptiforme.

Dans un avis SMR du 30 mai 2018, la Dre KA.\_\_\_\_\_ a confirmé la valeur probante de l'expertise du P.\_\_\_\_\_ et estimé la capacité de travail entière dans l'activité habituelle d'enseignante.

Par décision du 14 juin 2018, l'office AI a entériné son refus d'allouer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité, conformément à son projet du 28 août 2014. Une lettre datée du même jour exposait que l'assurée ne présentait pas de pathologie incapacitante.

**B.**           **a)** Par acte du 14 août 2018, A.\_\_\_\_\_, assistée de Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre cette décision, concluant sous suite de frais et dépens à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès la fin du délai d'attente, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément

d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Contestant la capacité de travail retenue, la recourante a d'abord relevé que le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome de fatigue chronique (« Neurasthénie » ; F 48.0) posé lors de l'expertise du L.\_\_\_\_\_ du 21 septembre 2016 n'avait pas été retenu à l'occasion de l'expertise du P.\_\_\_\_\_ (rapport du 9 avril 2018) sans que les Drs R.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ n'expliquent les raisons qui les conduisaient à exclure le diagnostic posé par le L.\_\_\_\_\_, mais aussi celui de trouble dépressif sévère retenu par la Dre J.\_\_\_\_\_. Elle a fait grief aux experts du P.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir procédé à une évaluation concrète du syndrome de fatigue chronique en fonction d'une méthode précise. A l'appui de son recours, elle a rappelé que le diagnostic résultait des examens complets menés au Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ selon un protocole aussi précis qu'adéquat. Elle a soutenu que l'attitude démonstrative, souriante et avenante en dépit de ses ennuis de santé relevait, comme l'avaient bien compris les experts du L.\_\_\_\_\_, d'une façade derrière laquelle elle cachait sa souffrance, et non d'un signe d'absence de congruence entre les plaintes et les souffrances ressenties comme l'indiquaient les experts du P.\_\_\_\_\_. Elle a requis, autant que de besoin, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

La recourante a complété ses moyens les 30 août et 7 septembre 2018, produisant un rapport du 20 août 2018 de T.\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute, ainsi qu'un rapport du 29 août 2018 de la Dre S.\_\_\_\_\_. La psychologue T.\_\_\_\_\_ a relevé que la recourante présentait le tableau clinique d'un épisode dépressif majeur, énumérant de manière circonstanciée les critères majeurs et mineurs observés chez l'intéressée. La Dre S.\_\_\_\_\_ a quant à elle rappelé que la recourante souffrait d'un syndrome de fatigue chronique, diagnostic posé au mois d'avril 2014. Elle a relevé que les experts du P.\_\_\_\_\_ mentionnaient notamment un indice de masse corporelle erroné, la passation d'une échelle MADRAS permettant d'évaluer l'intensité des symptômes dépressifs, sans toutefois en indiquer le résultat, le score n'étant pas indiqué, ainsi qu'une posologie incorrecte. Elle a reproché au P.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir procédé à une évaluation neurocognitive en présence d'un

sentiment de diminution des capacités cognitives. La Dre S.\_\_\_\_\_ a aussi précisé que, dans le cadre de ses consultations, elle devait régulièrement remplacer les rendez-vous par des entretiens téléphoniques pour limiter la fatigue chez la recourante. Elle a confirmé l'existence d'un syndrome de fatigue chronique et une entière incapacité de travail dans toute activité.

**b)** Dans sa réponse du 15 octobre 2018, l'office AI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a considéré que le rapport d'expertise du P.\_\_\_\_\_ répondait aux conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un rapport médical. L'intimé a rappelé que, dans son rapport du 30 mai 2018, le SMR avait relevé que les investigations effectuées à la recherche d'un substrat organique à l'origine de la fatigue s'étaient avérées négatives. Il a soumis au SMR les rapports médicaux produits en procédure, ce service estimant que lesdits rapports n'apportaient pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier sa position (avis du 12 octobre 2018). L'intimé a estimé que le dossier de l'assurée était complet sur le plan médical et qu'une nouvelle expertise médicale ne se justifiait pas.

**c)** Par écriture du 15 octobre 2018, la recourante a produit un rapport de la Dre G.\_\_\_\_\_ du 25 septembre 2018. Cette dernière a relevé que la vie sociale de la recourante se réduisait à sa portion congrue. Elle a mis en évidence la contradiction faite par les experts du P.\_\_\_\_\_ qui recommandaient un changement d'antidépresseurs et reconnaissaient une perte d'autonomie sans toutefois y discerner de trouble. Elle a déploré l'absence de prise en compte des limitations invalidantes. Elle a rappelé que l'intéressée se rendait aux rendez-vous médicaux accompagnée et qu'une chaise roulante était nécessaire. L'effort consenti pour se rendre aux rendez-vous médicaux impliquait en outre de renoncer à des actes de la vie quotidienne (douche, alimentation, etc.) compte tenu de l'épuisement généré. La Dre G.\_\_\_\_\_ a précisé que la recourante ne tirait pas de bénéfices secondaires, sa vie sociale étant fortement réduite et sa vie professionnelle, qu'elle aimait beaucoup et qui

lui amenait énormément de satisfactions, n'étant plus possible. Aux termes de son écriture, la recourante a maintenu ses conclusions.

**d)** Le 1<sup>er</sup> novembre 2018, après avoir consulté le SMR (avis du 31 octobre 2018), l'intimé a indiqué que le rapport de la Dre G.\_\_\_\_\_ du 25 septembre 2018 n'était pas de nature à remettre en question le bien-fondé de la décision entreprise.

**C.** **a)** Le 8 novembre 2018, le magistrat instructeur a confié à l'E.\_\_\_\_\_ de la Polyclinique B.\_\_\_\_\_ ( [...]) le soin de procéder à l'expertise judiciaire pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, psychiatrie) de la recourante.

**b)** Déposé le 13 août 2019, le rapport de synthèse était signé par la Dre X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les conclusions de ce rapport ont fait l'objet d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 30 juillet 2019 sous la supervision de la Dre Bl.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Etaient joints à ce document le rapport d'expertise de médecine interne du 13 août 2019 de la Dre X.\_\_\_\_\_, le rapport d'expertise psychiatrique du 6 juin 2019 du Dr W.\_\_\_\_\_ et le rapport d'expertise rhumatologique du 14 juin 2019 du Dr V.\_\_\_\_\_.

Dans leur rapport de synthèse interdisciplinaire du 13 août 2019 (pp. 3-4), les experts ont posé les diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail de douleurs chroniques diffuses de l'appareil locomoteur ou syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgie (M52.2) et de neurasthénie (F48.0). Les experts ont retenu, au titre de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique une diminution franche de la capacité d'adaptation et de la flexibilité, une diminution sévère des capacités à utiliser ses compétences spécifiques, une diminution de l'endurance, une diminution des capacités

relationnelles, une diminution de la capacité à assurer ses soins d'hygiène et à se déplacer, ainsi qu'une réduction massive des activités spontanées. Pour l'E.\_\_\_\_\_, la capacité de travail était nulle sur le plan psychiatrique (p. 4).

**c)** La recourante s'est déterminée le 5 septembre 2019 en concluant à la réforme de la décision entreprise au vu des conclusions de l'expertise judiciaire et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

**d)** L'office intimé s'est déterminé le 12 septembre 2019, joignant l'avis du SMR du 4 septembre 2019 établi sous la signature de la Dre KA.\_\_\_\_\_. Reprenant l'évaluation de cette spécialiste, l'intimé a fait valoir que l'experte en médecine interne n'avait pas révélé de substrat organique aux plaintes de la recourante, que l'expert rhumatologue aurait identifié des contradictions lors de son examen sans en tirer les conclusions qui s'imposaient et que l'expert psychiatre n'avait pas analysé la situation en fonction des indicateurs pertinents développés dans le domaine des troubles somatoformes et affections assimilées. Les experts de l'E.\_\_\_\_\_ n'auraient en outre pas pris position sur les autres rapports médicaux au dossier. L'intimée a soutenu que les conclusions du rapport d'expertise étaient fondées sur les plaintes de la recourante et ne pouvaient pas être suivies à ce titre.

**e)** Par d'ultimes déterminations des 16 octobre et 20 décembre 2019, la recourante a confirmé ses conclusions.

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

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

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA ; art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

**3. a)** 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

**b)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est

versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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

**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. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 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).

**5.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**6. a)** En l'occurrence, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire confiée à l'E.\_\_\_\_\_.

La Dre KA.\_\_\_\_\_ a relevé dans son avis du 12 octobre 2016, sans l'explicitier, que l'expertise du L.\_\_\_\_\_ ne discutait pas les critères jurisprudentiels, à l'époque nouveaux, exigés par le Tribunal fédéral. Or, la décision litigieuse se fonde sur les déterminations de cette médecin du SMR, qui fait siennes les conclusions de la deuxième expertise confiée au P.\_\_\_\_\_. Ce dernier retient l'absence de diagnostic incapacitant et de prétendues incohérences avec exagération des symptômes. L'expert psychiatre du P.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_, n'a toutefois pas étayé ses conclusions, ceci d'une part en fonction des symptômes allégués et décrits par les médecins traitants, et d'autre part en fonction du long et conséquent traitement psychiatrique. De manifestes contradictions et lacunes dans l'appréciation de cet expert ont échappé au SMR. Il en va notamment ainsi du fait que, sans retenir le moindre diagnostic psychiatrique, le Dr Q.\_\_\_\_\_ reconnaît la pertinence d'un traitement psychotrope lourd et se propose même de l'adapter face « *aux questions de douleurs, de difficultés à se mobiliser et [à] certains éléments cognitifs* » (rapport P.\_\_\_\_\_, p. 12). Ce spécialiste n'examine pas complètement la question de la cohérence des limitations. Enfin, les constatations médicales objectives du P.\_\_\_\_\_ sont trop éloignées de celles, unanimes, des nombreux spécialistes consultés par la recourante et de celles des premiers experts du L.\_\_\_\_\_.

**b)** Dans ces circonstances, l'expertise du P.\_\_\_\_\_ ne pouvait pas emporter la conviction. L'établissement d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire de niveau universitaire était ainsi justifié pour permettre à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause.

**7. a)** Sur le plan somatique, les critiques de l'intimée quant à l'évaluation des experts interniste et rhumatologue se focalisent sur l'absence de pathologie objective, alors même que toute la problématique tient précisément à l'absence de substrat organique fondant le diagnostic

incapacitant retenu par l'E.\_\_\_\_\_. Faute de substrat organique aux plaintes de la recourante, l'examen sous l'angle psychique est déterminant.

**b)** La jurisprudence développée en matière de troubles somatoformes et lésions assimilées s'applique au cas présent en raison du diagnostic de neurasthénie (F48.0 ; rapport de synthèse, pp. 3-4) et de l'extension de l'utilisation de la grille d'évaluation à tous les troubles psychiques (cf. consid. 4a *supra*).

Les experts de l'E.\_\_\_\_\_, dont un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé le diagnostic incapacitant selon les règles de l'art, en se référant à la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10). Le Dr W.\_\_\_\_\_ a présenté le tableau clinique permettant de retenir le diagnostic de neurasthénie (rapport de synthèse, pp. 3-4 ; expertise psychiatrique, pp. 4-5). Il relève que ce diagnostic rejoignait celui retenu par le L.\_\_\_\_\_ (pp. 38-39) et la psychiatre traitante. Il expose à juste titre que le diagnostic de fatigue chronique (ou syndrome asthénique) est assimilé par la CIM-10 à la neurasthénie et ne peut donc pas figurer comme diagnostic indépendant. Quant à l'épisode dépressif retenu par le L.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_ reconnaît que la recourante souffre de la tristesse liée à la fatigue et aux limitations éprouvées, mais retient que cette réaction fait partie de la neurasthénie. L'atteinte à la santé est dûment constatée et appréciée au terme de l'examen clinique. Elle est exposée de manière motivée et convaincante. Elle correspond aux critères cliniques de la CIM-10 (Elsevier Masson, OMS, CIM-10/ICD-10, descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, 10<sup>e</sup> révision, pp. 151-152 ; Bernard Favrat/Ariane Gonthier, Syndrome de fatigue chronique in Rev Med Suisse 2015 ; 11 : 2236-2242).

Quant à l'absence de diagnostic psychiatrique dans l'expertise du P.\_\_\_\_\_, la Cour de céans retient, à l'instar du Dr W.\_\_\_\_\_ (expertise psychiatrique, p. 5), que cette conclusion n'est nullement discutée en regard non seulement des symptômes allégués et décrits par

la patiente et ses médecins traitants, mais également vis-à-vis du lourd traitement psychiatrique intégré, en cours depuis quelques années.

Les experts analysent en outre d'éventuels motifs d'exclusion et concluent à l'absence de simulation, d'inauthenticité, ou d'exagération des symptômes lors des entretiens (rapport de synthèse, pp. 3-4 ; expertise psychiatrique, p. 5 ; expertise rhumatologique, p. 5).

**bb)** Il convient ensuite d'analyser le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé.

**aaa)** Les experts de l'E.\_\_\_\_\_ décrivent d'importants symptômes (rapport de synthèse, pp. 3-4 ; expertise psychiatrique, p. 5 ; rapport rhumatologique, p. 5). La fatigue et les douleurs handicapent lourdement la recourante pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne. Ces souffrances sont qualifiées d'authentiques (rapport de synthèse, p. 3 ; rapport rhumatologique, p. 5).

Les déplacements de la recourante nécessitent une organisation particulière (chaise roulante, assistance, présence d'un proche). Certains rendez-vous médicaux sont remplacés par des entretiens téléphoniques. Sans l'aide de sa mère et de son conjoint, la recourante ne présente plus la moindre autonomie pour les gestes du quotidien tels que la toilette, l'habillement ou le ménage (rapport de synthèse, p. 3 ; expertise psychiatrique, pp. 5-6). Elle a aussi reçu l'aide du CMS (rapports de la Dre J.\_\_\_\_\_ du 6 mai 2014 et du 8 septembre 2014 de la Dre G.\_\_\_\_\_). Les difficultés d'endormissement et le sommeil de mauvaise qualité à l'origine d'une somnolence diurne, en dépit des traitements, s'intègrent aussi dans le diagnostic de neurasthénie (rapport de synthèse, p. 3), le rythme quotidien de la recourante étant gravement perturbé.

La tentative de reprise du travail du 29 avril 2013 jusqu'à la fin de l'année scolaire s'est soldée par un échec (rapport du 10 septembre 2013 de l'Unité C.\_\_\_\_\_). Il en est allé de même de la

physiothérapie (rapport du 8 septembre 2014 de la Dre G.\_\_\_\_\_). Concernant les traitements, les experts de l'E.\_\_\_\_\_ rapportent un traitement psychiatrique intégré, soutenu et adéquat. Malgré l'investissement de la recourante dans lesdits traitements, le pronostic est qualifié de « très réservé » (expertise psychiatrique, p. 5 ; pour les psychotropes, cf. expertise interniste, p. 16). Ces constats sont inhérents à l'anéantissement des ressources constaté par le Dr W.\_\_\_\_\_ (expertise psychiatrique, p. 5).

Au final, l'E.\_\_\_\_\_ retient que les ressources adaptatives sont totalement dépassées, ce qui fait partie du diagnostic de neurasthénie (expertise psychiatrique, p. 5).

**bbb)** L'E.\_\_\_\_\_ qualifie la personnalité de la recourante de structurée au vu de son parcours de vie et des éléments recueillis dans le cadre des entretiens (rapport de synthèse, p. 4). Malgré cela, l'expert psychiatre relève une tristesse inhérente à la neurasthénie. L'experte interniste relève quant à elle une absence de projet tant sur le plan privé que sur le plan professionnel. La recourante lutte au quotidien contre les douleurs et la fatigue, ce qui entrave gravement les activités élémentaires du quotidien, non assurées sans l'assistance de proches aidants, et ne lui permet plus de se projeter dans une activité professionnelle dont elle a fait le deuil (expertise interniste, p. 15).

Dans ces circonstances, la personnalité structurée de la recourante ne lui est d'aucune aide pour surmonter les limitations fonctionnelles dont elle souffre.

**ccc)** Le réseau amical est décrit comme très restreint, la recourante pouvant toutefois s'appuyer sur son conjoint et sur l'aide de sa mère (rapport de synthèse, p. 4). Reste que si la présence de deux proches aidants permet à la recourante de pallier *a minima* à l'atteinte à la santé pour les gestes simples de la vie quotidienne, la recourante ne saurait en tirer la moindre ressource sur le plan professionnel, ceci quelle que soit l'activité.

Ces ressources ne permettent ainsi pas à la recourante de surmonter l'atteinte à la santé.

**cc)** Si des éléments d'incohérence sont apparus lors des examens entre la présentation de l'expertisée et les souffrances alléguées, voire peut-être entre les constatations, l'examen physique et les limitations anamnestiques, ils sont à comprendre comme faisant partie de la neurasthénie qui reste un diagnostic psychiatrique faisant état d'un vécu subjectif (rapport de synthèse, p. 4 ; expertise psychiatrique, p. 6). Sous l'angle de la cohérence, le Dr W. \_\_\_\_\_ retient que l'usage des compétences professionnelles spécifiques (enseignement enfantine et primaire) est anéanti par la fatigue et l'épuisement ressenti. Pour ces mêmes raisons, la capacité d'endurance est nulle. Les contacts sociaux sont limités à quelques rares visites d'amis, visites entraînant un état de fatigue exacerbé. L'hygiène, les soins corporels et les activités ménagères ne sont pas assurés sans l'aide des proches (conjoint et mère). Les déplacements se font en chaise roulante la plupart du temps. La recourante ne parvient plus à lire que quelques pages au maximum. En l'occurrence, toutes les activités de la recourante sont impactées par la maladie (expertise psychiatrique, p. 5). On voit dès lors mal quel bénéfice secondaire la recourante pourrait tirer de sa situation, dont on souligne qu'elle est qualifiée d'authentique par les experts. L'expert psychiatre décrit un quotidien rythmé par les soins et les visites médicales. Sous l'angle du suivi médical, la recourante met à profit dans toute la mesure du possible les options thérapeutiques à disposition, étant rappelé à ce propos que, face à un tel diagnostic, les médecins recommandent, après un bilan d'exclusion raisonnablement exhaustif comme en l'espèce, de limiter la multiplication des investigations spécialisées (Bernard Favrat/Ariane Gonthier, Syndrome de fatigue chronique in Rev Med Suisse 2015 ; 11 : 2236-2242).

En présence d'un tel tableau clinique, d'un impact uniforme dans tous les domaines de la vie et de ressources débordées, les

limitations constatées sont globalement cohérentes (rapport de synthèse, p. 4).

Les experts du L.\_\_\_\_\_, après avoir fait les mêmes observations cliniques que l'E.\_\_\_\_\_, étaient d'ailleurs arrivés à la même conclusion, ceci de manière parfaitement motivée (expertise L.\_\_\_\_\_, pp. 41-42). Sur ce plan en particulier, l'appréciation du P.\_\_\_\_\_ est très insuffisante, voire contradictoire, dans la mesure où le Dr Q.\_\_\_\_\_ s'est focalisé sur le maintien d'activités sociales (toutefois qualifiées de réduites) sans analyser les conditions dans lesquelles elles se déroulaient. Il en va de même des prétendues contradictions, le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'examinant pas d'une part les autres limitations dans les actes de la vie quotidienne (hygiène, ménage, etc.) et d'autre part l'origine et la cause des contradictions en question. Le rapport d'expertise psychiatrique du P.\_\_\_\_\_ ne répondait ainsi pas aux exigences jurisprudentielles.

**d)** La jurisprudence précise par ailleurs que le caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques doit être établi dans le cadre d'un examen global (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1) et que les experts doivent procéder à une appréciation au vu des caractéristiques du cas particulier (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Par le biais des constatations au regard des indicateurs, on va obtenir des indices afin de pallier le manque de preuves (directes) en relation avec l'évaluation de l'incapacité de travail des troubles en question, lorsqu'il s'agit en particulier d'apprécier l'existence de douleurs et de ses effets, qui ne sont que très difficilement objectivables (ATF 141 V 281 consid. 4.1 *in fine* en relation avec les consid. 3.4.1.2 et 3.7.2 ; TF 9C\_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.3.2). En d'autres termes, la confrontation entre les constatations posées au moyen des indicateurs de gravité fonctionnelle et celles posées au moyen des indicateurs de la cohérence permettent ainsi une évaluation aussi concrète que possible des ressources résiduelles à disposition de l'assuré en vue de fournir l'effort raisonnablement exigible de sa part (SUSANA MESTRE CARVALHO, Exigibilité, La question des ressources mobilisables, RSAS/SZS 2/2019, pp. 59 ss.). Au vu des éléments exposés

dans l'expertise et détaillés ci-avant, on constate que les experts de l'E.\_\_\_\_\_ ont examiné l'état de santé psychique de la recourante conformément aux lignes directrices fixées par la jurisprudence. Les critiques de l'intimé relatives au caractère incomplet de l'expertise ne sauraient donc être suivies. En particulier, l'examen global des experts a permis d'obtenir des indices suffisants pour apprécier l'existence des douleurs, de la fatigue et de leurs effets. A ce titre, les experts ont rapporté ce qui suit en ce qui concerne les limitations fonctionnelles (rapport de synthèse, p. 4) :

#### 4.3 Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles retenues du point de vue psychiatrique à l'aide du mini-CIF sont les suivantes : diminution franche de la capacité d'adaptation et de la flexibilité, diminution sévère des capacités à utiliser ses compétences spécifiques, diminution de l'endurance, diminution des capacités relationnelles, diminution de la capacité à assurer ses soins d'hygiène, à se déplacer, réduction massive des activités spontanées.

L'E.\_\_\_\_\_ a ainsi pu procéder à une évaluation aussi concrète que possible des ressources résiduelles de la recourante avant d'en tirer la conclusion qu'elle présente une incapacité totale de travail dans toute activité vu les limitations fonctionnelles présentées, ceci depuis 2013 (rapport de synthèse, p. 2 ; expertise psychiatrique, pp. 2 et 5).

Les conclusions des experts concernant l'incapacité de travail sont motivées et ne sont pas critiquables. Elles se fondent sur la grille d'indicateurs pertinents en accord avec la jurisprudence topique. On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par l'E.\_\_\_\_\_, laquelle examine de manière complète l'ensemble des plaintes - somatiques et psychiques - de la recourante. D'excellente facture, elle rend compte d'une anamnèse fouillée, de la complexité du cas, discute l'avis divergent du P.\_\_\_\_\_ et présente une synthèse après consilium. Elle revêt donc une entière valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de se rallier aux conclusions consensuelles rendues, dûment motivées et parfaitement claires.

Dites conclusions s'inscrivent de surcroît dans la tendance qui ressortait des rapports de la Dre G.\_\_\_\_\_ (13 février, 1<sup>er</sup> juillet et 8 septembre 2014 et 25 septembre 2018), de la Dre J.\_\_\_\_\_ (6 mai 2014 et 12 janvier 2015), du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ (rapports des 10 septembre 2013 et 9 avril 2014), du Dr H.\_\_\_\_\_ (16 janvier, 15 avril et 23 octobre 2015) et de la Dre S.\_\_\_\_\_ (29 août 2018), ainsi que du L.\_\_\_\_\_.

**f)** Partant, il y a lieu de retenir que la recourante présente une incapacité totale de travail dans toutes activités depuis le mois de janvier 2013 (rapport de synthèse, p. 2 ; expertise psychiatrique, pp. 2 et 5 ; rapport employeur du 29 août 2013). Son degré d'invalidité atteint ainsi 100 %.

Compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

**8. a)** En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

**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 l'office AI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Au vu de la complexité du cas et des échanges d'écritures, qui ont également porté sur mise en œuvre d'une expertise judiciaire, il convient d'arrêter ces

derniers à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de les mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**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 14 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que A.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis 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 A.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :