

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 février 2020

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
MM. Gutmann et Küng, assesseurs  
Greffière : Mme Guardia

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

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

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

**A. a)** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en [...], sans formation professionnelle, a travaillé dès janvier 2001 comme opératrice de production auprès de [...]. Souffrant de lombosciatalgies droites depuis 2006, exacerbées en 2009 à la suite d'un faux mouvement, elle a présenté une incapacité de travail totale dès le 23 juin 2009, avant de reprendre son activité professionnelle à 50 % le 1<sup>er</sup> septembre suivant.

**b)** Le 28 janvier 2010, 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), en raison de ses problèmes dorsaux.

Le 15 avril 2010, l'assurée a été examinée par la Dre U. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecin à la [...], sur mandat de [...], assurance-maladie collective en cas de perte de gain auprès de laquelle son employeur l'avait assurée. Dans le rapport d'expertise rédigé le 17 mai suivant, il était mentionné les diagnostics de discopathies étagées L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale médiane L5-S1, lombosciatalgie S1 droite persistante, lombalgies chroniques et protrusion marquée sous-ligamentaire L4-L5. S'agissant de l'effet sur la capacité de travail de ces diagnostics, la Dre U. \_\_\_\_\_ écrivait ce qui suit :

« Le poste actuel de travail est adapté et ne doit pas être changé.

### LIMITATIONS ET CAPACITE DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI

- Eviter le maintien en porte-à-faux du buste.
- Eviter les mouvements répétitifs du tronc en flexion-extension et en rotation.
- Eviter tout travail en élévation des membres supérieurs de manière répétitive qui engendre une extension du rachis.
- Limiter les ports de charge à 5 kg au maximum de manière occasionnelle.

La reprise de travail s'est effectuée au poste habituel, cependant fortement allégée depuis le 31 août 2009. L'explorée peut varier à son gré la position au travail entre assise et debout. Aucune charge importante n'est à soulever ni à déplacer, tout au plus 1 ou 2 kg. Bien qu'il s'agisse d'un travail à la chaîne, les sacs se présentant sur un tapis roulant, la position est tout à fait confortable et

probablement que le poste est l'un des mieux adaptés à sa situation.

Alors qu'elle a effectué environ 3h ½ à 4h de travail par jour, de préférence le matin, l'assurée nécessite de se reposer une demi-heure avant de préparer le déjeuner pour sa famille. Elle a donc suffisamment de ressources lorsqu'elle rentre du travail pour s'occuper de son quotidien. C'est pourquoi, bien qu'il existe dans sa présentation clinique et à l'examen une cohérence qui laisse penser qu'il existe effectivement une sciatgie S1 persistante, force est de reconnaître que sa mobilité est relativement préservée et que la position assise maintenue pendant notre entretien et notre examen pendant environ deux heures trente est une position qu'elle peut maintenir. La régression importante du volume de la hernie discale L5-S1, de même que l'absence d'image IRM montrant une compression radiculaire me conduisent à penser que l'explorée pourrait travailler davantage qu'à 50%. Nous pensons qu'un taux de 70% est tout à fait admissible.

#### LIMITATIONS ET CAPACITE DE TRAVAIL DANS UN EMPLOI ADAPTE

Ce sont les mêmes limitations que décrites plus haut ; le poste ne pourrait pas mieux être adapté. La reprise est possible à 70% dès le 15 avril 2010 ».

Par décision du 22 novembre 2010 confirmant un projet du 12 octobre 2010, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité. Malgré la présence d'une atteinte somatique, il a considéré que l'intéressée conservait la capacité d'exercer son activité habituelle à 70 % et présentait un degré d'invalidité de 30 %, insuffisant pour lui ouvrir le droit à la rente. Par ailleurs, aucune mesure d'ordre professionnel n'apparaissait nécessaire dans la mesure où l'assurée bénéficiait d'un poste léger et totalement adapté à ses limitations fonctionnelles.

N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision du 22 novembre 2010 est entrée en force.

**c)** L'assurée a déposé une nouvelle demande, parvenue à l'OAI le 27 juin 2011. Elle se référait à un rapport établi le 19 avril 2011 par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin traitant de l'assurée, relevant l'évolution défavorable de l'état de santé de l'intéressée. Le médecin évoquait un épisode dépressif réactionnel sévère nécessitant une prise en charge

spécialisée à la suite de son licenciement le 23 février 2011, ainsi qu'une aggravation des lombosciatalgies justifiant de requérir un avis neurologique. Il ajoutait que sa patiente n'avait pas pu reprendre son travail à 100 % ces deux dernières années et présentait, depuis le 23 février 2011, une incapacité de travail totale.

Dans un rapport du 10 octobre 2011, le Dr M. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombosciatique droite chronique sur hernie discale L5-S1 déficitaire non opérée et d'état dépressif réactionnel sous traitement spécifique. Il précisait que la dépression aggravée par le licenciement était un facteur d'entretien et d'extension des douleurs. Il mentionnait une évolution vers un syndrome douloureux chronique, au pronostic moyen, avec une capacité de travail nulle, sans autre précision. Le 2 novembre 2011, le Dr M. \_\_\_\_\_ écrivait que la patiente avait une capacité de travail résiduelle estimée à 50 % dans une activité adaptée si le psychiatre donnait son feu vert.

Par rapport du 10 janvier 2012, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée depuis le 8 février 2011, a posé le diagnostic de trouble dépressif, sans précision (F39), existant depuis le mois de janvier 2011. Il a précisé que le syndrome douloureux chronique avait engendré durant l'hiver 2010/2011 le trouble dépressif. Sous la rubrique « constat médical », le psychiatre mentionnait une apathie, une aboulie, un ralentissement psychomoteur et une perte de l'élan vital. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail, mais énonçait cependant certaines limitations dans l'annexe au rapport, notamment un manque de concentration, une fatigabilité et des troubles cognitifs liés à l'humeur.

L'assurée a été convoquée le 26 avril 2012 auprès du SMR pour un examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé par les Drs O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et I. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 29 juin 2012, il n'a été retenu aucun diagnostic psychique affectant la capacité de travail ; le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse

et dépressive (F43.22) a été reconnu comme sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan somatique, après examen du dossier radiologique, les diagnostics de lombosciatalgies droites dans le contexte d'un léger trouble statique, d'une discopathie L4-L5 protrusive et L5-S1 et de dysbalances musculaires (M51.3) ont été admis comme pouvant avoir des répercussions durables sur la capacité de travail. Les Drs O. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ ont notamment apprécié la situation comme suit :

« [...] cette jeune assurée présente des lombosciatalgies D, qui sont, du moins partiellement, expliquées par un discret trouble statique et dégénératifs, ainsi que la présence d'une protrusion discale L4-L5. La volumineuse hernie discale L5-S1 qui, en 2006, était radiologiquement en contact avec la racine S1 D, a été quasi totalement résorbée sur l'IRM de 2011. La situation clinique et radiologique est donc actuellement plutôt rassurante avec absence de signe compressif ou irritatif. Pour l'assurée, la situation n'a cependant pas beaucoup changé, elle se plaint de douleurs « immenses ». S'il y a indiscutablement une atteinte structurelle objective, force est de constater que toutes les plaintes et tous les handicaps allégués ne sont pas explicables. Ainsi, l'assurée déclare des douleurs lombaires lors de manœuvres qui testent en principe des autres structures, par exemple la stabilité des genoux ou une pathologie de la coiffe des rotateurs. On retrouve également tous les signes décrits par Waddell en faveur d'un processus non organique.

[...]

En ce sens, il n'y a donc pas d'aggravation objective, tout au contraire, sur le plan fonctionnel, l'assurée ne montre quasiment plus aucune gêne en faveur d'irritation radiculaire. On ne peut donc pas s'aligner aux conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_, mais à celles des experts de la clinique [...] et maintenir une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, la diminution étant due à la nécessité de changer de position et à un certain déconditionnement.

*L'anamnèse psychiatrique* ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensée ayant des répercussions sur la capacité de travail avant son licenciement en février 2011. Dans le contexte de ses difficultés de santé somatiques, l'assurée a dû diminuer sa capacité de travail, et dans ce contexte, elle a été licenciée pour février 2011. Ainsi, elle va présenter une réaction dépressive à ce licenciement, motif pour lequel son médecin traitant l'adresse chez le Dr J. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH. L'introduction d'un traitement antidépresseur et anxiolytique a permis une amélioration partielle, l'assurée reconnaît que le traitement pharmacologique l'a « calmée ». Ainsi, étant donné que la symptomatologie est réactionnelle à la situation socioprofessionnelle familiale, un trouble de l'adaptation est retenu, et dans ce sens, le trouble de l'adaptation ne peut pas être considéré comme étant une maladie psychiatrique à l'origine d'une atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail.

L'examen psychiatrique au SMR permet de constater une tristesse réactionnelle à la situation socio-professionnelle, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, mais l'absence de troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire), ainsi que l'absence d'un sentiment de désespoir ou d'une mauvaise image de soi, ne permet pas de retenir une dysthymie voire un épisode dépressif. Les critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensée ne sont pas observés.

### ***Limitations fonctionnelles***

Sur le plan ostéo-articulaire, il faut éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux. L'assurée ne peut pas travailler à la chaîne ni sur machine vibrante. Le port de charges est limité à 7 kg occasionnellement. Il faudrait éviter un travail avec les bras en hauteur, notamment de longue durée.

Sur le plan psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle.

### ***Depuis quant y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?***

Sur le plan somatique, depuis le 23.06.2009 (certificat du Dr M. \_\_\_\_\_ du 12.09.2009)

Sur le plan psychiatrique, depuis mars 2011.

### ***Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?***

Sur le plan somatique, 100% du 23.06.-30.08.2009, 50% du 31.08.2009 au 13.06.2010, 30% depuis le 14.06.2010 (expertise rhumatologique de la Dresse U. \_\_\_\_\_ du 17.05.2010 et divers rapports médicaux du Dr M. \_\_\_\_\_). Vu l'évolution favorable sur le plan rachidien, cette incapacité peut même être plus basse si le poste de travail est vraiment adapté et si l'assurée est motivée.

Sur le plan psychiatrique, il y a une amélioration vers l'été 2011 et plus d'incapacité de travail.

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 70%

DANS L'ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70% DEPUIS LE : JUIN 2010 »

Par décision du 29 juillet 2013 confirmant un projet du 14 novembre 2012, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assurée.

Le 13 septembre 2013, l'assurée a formé recours à l'encontre de cette décision. A l'appui de son recours, elle produit notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 22 juillet 2013 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, chef de clinique [...], où la recourante a séjourné du 10 au 29 mai 2013 en raison de douleurs au membre inférieur droit. Il résulte de ce rapport notamment ce qui suit :

« **Diagnostic principal**

- Syndrome lombo-radicaire S1 D (irritatif et abolition du réflexe achilléen D).
  - o Hernie discale postéro-latérale D L5/S1 avec irritation de la racine S1 D (apparemment connue depuis 2006)
  - o Intervention : infiltration péridurale L5/S1 le 24.05.2013 avec Triamcort 80 mg (sans complication). Infiltration par le hiatus sacré en 2009 (bénéfice ?).
- Thrombopénie intermittente marginale.
- "Transaminite" (ALAT>ASAT).

**Antécédents**

- Pas d'antécédents connus.

**Rappel anamnestique**

Mme G.\_\_\_\_\_ est une patiente de [...] ans, connue pour une hernie discale L5-S1 depuis 2006, jamais opérée, qui vient pour la 2<sup>ème</sup> fois au [...] pour une nette aggravation de ses douleurs, qui irradient dans tout le membre inférieur droit. L'EVA douleur est à 5/10 au repos et 7/10 à la marche. Elle est soulagée en position couchée. Elle a consulté auprès de vous-même et auprès du Dr S.\_\_\_\_\_ à [...].

Une IRM du 01.05.2013 montre une hernie discale L5-S1 postéro-latérale droite avec un conflit avec la racine S1. Une opération est proposée sans que la décision définitive soit prise. Mise en évidence d'une protrusion discale récessale et foraminale avec un conflit L4 et L5 à droite (images vues en colloque de radiologie).

Elle prend irrégulièrement une antalgie de Dafalgan, Irfen et morphine. La veille de l'hospitalisation, elle aurait fait un faux mouvement (rotation à gauche en position assise) avec une douleur intense de type décharge électrique irradiant dans la fesse droite et dans le membre inférieur droit, nécessitant l'injection de Fentanyl 100 ug par les ambulanciers. Elle ne nous rapporte pas de perte de selles ou d'urine, ni d'épisodes de rétention, ni de trouble moteur dans les membres inférieurs. Elle se plaint d'une hypoesthésie sur la face latérale du pied et de la jambe droite depuis 10 jours. Il n'y a pas d'état fébrile ni autre plainte. Elle a une bonne santé habituelle, n'a pas d'allergies. [...]

### **Status à l'entrée**

[...] Au status, on ne retrouve pas de déficit sensitivo-moteur aux membres inférieurs. Les réflexes sont présents aux membres inférieurs hormis l'achilléen droit. Les RCP sont en flexion ddc. Elle présente une douleur à la palpation de l'apophyse épineuse de L5, une douleur à la palpation paravertébrale lombaire basse à droite avec signe de la sonnette positif. Marche talons-pointes possible mais marche sur les pointes difficile à droite. Elle n'a pas de boiterie à la marche. La distance doigts-sol n'est pas évaluable car la patiente est hyper-algique à l'antéflexion du tronc. Les pouls fémoraux et pédieux sont présents. Le Lasègue est positif à 30° à droite. [...]

### **Synthèse - Discussion et évolution**

#### **1. Syndrome lombo-radiculaire S1 D sur hernie discale concordante.**

La clinique est compatible avec l'énoncé ci-dessus. Nous ne retrouvons pas cliniquement d'éléments compatibles avec une irritation des racines L4 et L5 D. La patiente ne décrit aucun symptôme compatible avec un syndrome de la queue de cheval et durant l'hospitalisation, nous n'avons pas fait d'observation dans ce sens. Un traitement conservateur est débuté avec un traitement antalgique et anti-inflammatoire avec AINS [...] avec un soulagement partiel de la douleur. Une infiltration par périurale est alors pratiquée le 24.05.2013 avec une amélioration des douleurs et des paresthésies au membre inférieur droit avec un Lasègue qui passe à 60° chez une patiente démontrant régulièrement une certaine kinésiophobie qui s'est améliorée en cours de séjour (initialement patiente alitée). La douleur à la sortie est évaluée à 2/10 (1/10 confié au physiothérapeute). Le périmètre de marche sans douleur est de 15 minutes sans boiterie. La douleur lombaire a disparu.

[...]

Il faut noter que nous retrouvons quelques signes d'alarme augurant de pronostic au long cours qui peut-être ne sera pas favorable : le chômage, la kinésiophobie. [...] » ;

- un rapport du 29 août 2013 adressé au mandataire de la recourante par le Dr M. \_\_\_\_\_, faisant suite à une consultation du 28 août précédent, indiquant ce qui suit :

#### **« Diagnostics**

- Syndrome lombo-radiculaire S1 droit, chroniquement irritatif et déficitaire sur le plan du réflexe achilléen droit et hypoesthésie L5/S1 droit sur importante hernie discale L5/S1.
- Etat dépressif chronique, sous traitement.

#### **Discussion, proposition :**

Depuis ce printemps, la situation de la patiente s'est aggravée, elle est venue me consulter plusieurs fois en avril et en mai de cette année. Il y avait clairement une rechute de sa lombosciatique hyperalgique droite sur hernie discale connue, jamais opérée. Le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste de la chirurgie du rachis, avait vu la patiente dans une situation catastrophique. Il avait été d'accord de l'opérer de sa hernie discale tout en lui expliquant qu'il ne pouvait pas la guérir. La patiente a refusé, car très anxieuse (raison psychiatrique). Elle a dû être hospitalisée au [...] du 10.05.13 au 29.05.13, où elle a bénéficié d'une nouvelle infiltration péridurale en L5/S1. Cette intervention, associée à une physiothérapie spécifique en milieu hospitalier spécialisé a pu stabiliser la patiente sans toutefois la guérir. Les spécialistes de l'antalgie du [...] ont proposé une nouvelle infiltration péridurale, la Xème, ce qui ne peut nullement l'améliorer de façon significative, et encore moins la guérir.

Il persiste un syndrome lombo-radicaire avec un Lasègue positif à 60° à droite, ainsi qu'un déficit du réflexe achilléen et de la sensibilité dans les dermatomes L5 et S1 à droite (examen clinique du 28.08.13). La patiente va avoir de la physiothérapie à vie en raison de son syndrome lombo-radicaire chronique déficitaire sur hernie discale. J'estime actuellement son incapacité de travail à 60% (capacité de travail de 40%). Elle ne peut pas rester plus de 30 minutes assise et ne peut pas marcher plus de 10 minutes ! Pour ce qui est de son activité professionnelle précédente et toute activité physique de type nettoyage, il y a une incapacité de travail durable, voire définitive de 100%.

Au vu de ces éléments, je pense que la patiente n'est pas guérissable et qu'elle souffre d'une lombosciatique chronique déficitaire ainsi que d'un état dépressif chronique. D'après mes observations, ce sont des arguments qui devraient être pris en compte par l'assurance AI de Vevey ».

- un certificat médical du 31 août 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_, mentionnant un suivi depuis février 2011, attestant que la recourante souffrait d'un trouble dépressif chronique nécessitant un traitement médicamenteux - thymoanaleptique - et psychothérapeutique de soutien et précisant que l'existence de cette morbidité, et surtout son interaction avec la problématique rhumatologique, entraînait une incapacité de travail majeure, supérieure à 50 %.

Par réponse du 12 novembre 2013, l'OAI a confirmé la valeur probante du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 29 juin 2012. Il s'est rallié à l'avis SMR du 1<sup>er</sup> novembre 2013, faisant état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée de mars à fin août 2013, dont la teneur est la suivante :

« Le document faxé signé par le Dr M. \_\_\_\_\_ daté du 13 décembre 2012 reconnaît une CT de 50% à l'assurée dans une activité adaptée en raison de lombosciatalgies chroniques sur volumineuse hernie discale non opérée. Ce médecin retient aussi une dépression qui s'est développée dans les suites d'un licenciement. Il n'y a donc dans ce rapport ni fait nouveau ni aggravation depuis notre dernier avis.

Le courrier du Dr S. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2013 retient le problème de « douleurs sciatiformes » avec un signe de Lasègue à 40° à droite. Le 28 août 2013, l'assurée est examinée par le Dr M. \_\_\_\_\_ [...]. L'examen clinique objective un Lasègue à 60% [recte : °] soit en nette amélioration, une clinique similaire à celle qu'y avait été décrite dans l'examen SMR d'avril 2012 et l'expertise [...] de mai 2010. Une hospitalisation a eu lieu au [...] du 10 mai 2013 au 29 mai 2013, le Lasègue était alors mesuré à 30° (du Dr F. \_\_\_\_\_ du 22 juillet).

Il convient de retenir une aggravation transitoire de l'état de santé de l'assurée de mars 2013 à fin août 2013 et un retour à l'état clinique qui prévalait avant le 20 mars 2013 dès le 28 août 2013.

Sur ces bases objectives, il convient de retenir que l'état de santé s'est aggravé de mars à août 2013 et que durant la même période la capacité de travail exigible a été réduite ».

Par arrêt du 18 novembre 2014, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise rhumatologique. Elle a notamment retenu ce qui suit :

« Au vu de ce qui précède, on ne saurait parler d'un status clinique similaire à celui qui était décrit dans l'examen SMR d'avril 2012 et dans l'expertise [...] de mai 2010, contrairement à ce que soutient le SMR dans son avis du 1<sup>er</sup> novembre 2013. *Pro memoria*, l'expertise du SMR retenait des lombosciatalgies droites dans le contexte d'un léger trouble statique, une discopathie L4-L5 protrusive et L5-S1, une hernie discale L5-S1 quasiment résorbée et l'absence de signe compressif ou irritatif. En 2013, il est retenu une hernie discale L5-S1 postéro-latérale droite avec un conflit avec la racine S1 et une protrusion discale récessale et foraminale avec un conflit L4 et L5 à droite. La Dresse U. \_\_\_\_\_ avait en outre souligné, en septembre 2010, qu'une détérioration dans le futur était possible, voire probable, en présence d'une volumineuse hernie et d'une exacerbation ponctuelle forte des douleurs. Ainsi, si l'on peut suivre l'intimé, respectivement le SMR, lorsqu'ils retiennent une aggravation de l'état de santé somatique dès mars 2013, on peine à comprendre les raisons qui les conduisent à admettre un retour à l'état clinique de la recourante dès le 28 août 2013. S'il appert que le signe de Lasègue a certes évolué de 40°, voire 30°, à 60° à droite, il y a lieu de relever qu'il s'agit d'un signe clinique désignant une

douleur, un examen d'imagerie permet quant à lui une appréciation clinique plus objective.

[...] Les considérations médicales faites à la suite de l'examen clinique du 26 avril 2012 conduisent à admettre la péjoration de l'état de santé physique de la recourante dès le mois de mars 2013, sans qu'il soit possible de retenir un retour à l'état clinique prévalant avant cette date, à la fin août 2013. Il s'ensuit que ni l'état de santé de la recourante sur le plan somatique ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité résiduelle de travail n'ont pu être établis de manière probante. Les considérations des Drs S.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ne suffisent pas à statuer sur ces questions ; elles auraient dû inciter l'intimé à ordonner une expertise médicale tendant à clarifier la situation, étant précisé que ces considérations, émises près d'une année après l'examen clinique de la Dresse O.\_\_\_\_\_, ont conduit le SMR et l'intimé à admettre une aggravation. On peut ainsi reprocher à l'OAI de ne pas avoir instruit, notamment par un examen complémentaire de la Dresse O.\_\_\_\_\_, les éléments retenus par les médecins précités ».

**B.** L'OAI a confié une expertise médicale à la Dre U.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 12 mars 2015, celle-ci a notamment indiqué ce qui suit :

*« La personne assurée présente-t-elle une ou plusieurs atteintes à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail/sur la tenue du ménage ? Si oui lesquelles ?*

- Lombosciatalgies S1 droites discrètement déficitaires sur le plan réflexe (diminution de l'achilléen).
- Lombalgies sur troubles dégénératifs : ; discopathie L5-S1 avec hernie discale paramédiane et préforaminale ( et pas intraforaminale) droite en contact avec la racine S1 qu'elle refoule médialement.

[...]

*Quelles sont leurs répercussions sur la capacité de travail ?*

Le travail était adapté mais l'état de santé s'est aggravé à partir du 2.02.2011 cf liste des arrêts page 19, avec capacité réduite de 50 ou 100% donc pour maintenir le travail, la capacité aurait dû être de 50%, depuis le 2.02.2011.

[...]

*Le cas échéant, depuis quand la personne assurée présente-t-elle une incapacité de travail justifiée médicalement ? Respectivement des empêchements ménagers ? Comment l'IT justifiée médicalement a-t-elle évolué dans son activité habituelle/ou son champ de formation (date et taux précis) ? Respectivement dans l'activité ménagère ?*

- 100% du 23.06.2009 au 30.08.2009
- 50% du 31.08.09 au 13.06.2010
- 70% du 14.06.2010 jusqu'au 2.02.2011, contacté , sans dossier sous les yeux, le Dr M.\_\_\_\_\_ dit que Madame a dû travailler à 70% pendant un mois environ et ensuite repasser à un taux de

50%, et Madame dit au téléphone parfois 70% et parfois 50%. L'experte a essayé d'avoir des certificats démarche chronophage :

- 100% du 19.01.2011 au 19.01.2011
- 30% du 20.01 au 25.01.2011
- 100% du 26.01 au 30.01.2011
- 30% du 31.01.2011 au 1.02.2011
- 70% du 2.02 au 6.02.2011
- 50% du 7.02 au 23.02.2011
- 100% dès le 24.02.2011 pour docteur M.\_\_\_\_\_, pour Madame et pour l'employeur.
- 50% depuis le 2.02.2011 jusqu'au 23.02.2011, après Madame ne travaillait plus et a pu améliorer son état de santé jusqu'à l'expertise d'avril 2012, l'examen clinique étant superposable à celui de la première expertise de 2010.
- 30% pour l'experte O.\_\_\_\_\_, le 26.04.2012, qui n'a pas relevé que Madame a travaillé à taux variables 50%, 70% ou 100% d'incapacité depuis le 6.02 au 24.02.2011
- Rapport su Dr M.\_\_\_\_\_ du 14.12.2012: 50%
- 100% du 1.02.2013 au 31 septembre 2013, dit l'experte U.\_\_\_\_\_.
- 50% du 1.10.2013 car consomme des antalgiques de 2<sup>eme</sup> palier jusqu'au 3.03.2015, car l'experte manque de données cliniques pour être plus précise.
- 40% dès l'expertise car la réapparition de la hernie discale n'a pas entraîné de déficit neurologique et cliniquement la patiente va mieux mais reste plus fragile car l'évolution en 2013 montrait une nette aggravation. Globalement, l'examen du jour est meilleur que celui de 2010, durant lequel Madame montrait une décharge antalgique du MID en position debout ».

En annexe à son expertise, la Dre U.\_\_\_\_\_ a produit un rapport du 12 mars 2015 Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, dont le contenu était le suivant :

« Sur l'IRM du 17.06.2009, on observe des discopathies modérées étagées, visibles essentiellement sous forme d'éléments de dessiccation discale, prédominant en L4-L5 et L5-S1.

Données compatibles avec une hernie discale en position médiane, para-médiane et pré-foraminale droite en L5-S1, mesurant environ 10 mm de hauteur et refoulant la racine S1 droite vers l'arrière. Dimensions normales du canal rachidien.

Sur l'examen IRM du 05.01.2010, on retrouve des discopathies en L4-L5 et L5-S1, visibles essentiellement sous forme d'un élément de dessiccation discale avec discrète composante protrusive en position médiane et para-médiane droite à la hauteur de L4-L5. La hernie en L5-S1 n'est pas retrouvée. Il existe une petite composante protrusive en L5-S1 en position para-médiane droite, avec petite composante de fissuration annulaire à ce niveau (image 5 — série 5).

Sur l'IRM du 13.03.2013, on retrouve, sans nette modification par rapport à l'examen précédent, des discopathies en L4-L5 et L5-S1, visibles essentiellement sous forme d'un élément de dessiccation discale. On retrouve la composante protrusive en position para-médiane droite à la hauteur de L4-L5, sans toutefois de conflit disco-

radiculaire mis en évidence. Discrète composante inflammatoire inchangée de part et d'autre de l'espace intersomatique L5-S1, prédominant à la portion inférieure du plateau vertébral de L5. Réapparition d'une petite composante herniaire focale, pré-foraminale droite, à la hauteur de L5-S1, mesurant environ 7 mm de largeur, pour 3 mm d'épaisseur, avec contact rapproché avec la racine S1 droite, mais sans toutefois de refoulement de celle-ci.

Pas d'effet de masse visible sur les séquences myélographiques.

Le reste des données sont superposables avec un canal rachidien qui reste de dimensions conservées.

Sur l'IRM du 01.05.2013, on objective un fragment herniaire légèrement luxé vers l'arrière, en position para-médiane droite en L5-S1, mesurant environ 10 mm de diamètre et refoulant médialement la racine S1 droite. Les autres données sont superposables. Une éventuelle composante calcifiée est difficile à affirmer sur la base de l'IRM, en raison de son absence de signal ».

Dans un avis du 27 mars 2015, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin du SMR, s'est rallié à l'avis de l'experte et a confirmé une incapacité de travail de 40 %.

Dans un avis de juriste du 15 mars 2016, il a été relevé que l'évolution de la capacité de travail telle que décrite par l'experte était contradictoire. Le juriste a en effet compris que la capacité de travail retenue par la Dre U.\_\_\_\_\_ s'élevait à 40 % et l'incapacité de travail à 60 %.

Par envoi du 19 septembre 2016, la Dre U.\_\_\_\_\_ a complété son expertise en indiquant notamment ce qui suit :

« [...]

Par ailleurs, la situation sur le plan radiologique s'est aggravée. L'experte rappelle qu'elle a revu toutes les IRM avec le Dr C.\_\_\_\_\_, FMH radiologie de la [...]. Si effectivement sur l'IRM du 05.01.2010, on constatait des protrusions L4-L5 et L5-S1, la hernie discale L5-S1 n'est pas retrouvée comme sur les images de l'IRM du 17.06.2009. Par contre, il existe toujours une protrusion paramédiane droite avec fissuration annulaire. Cependant, le 13.03.2013, l'IRM lombaire montre un aspect MODIC I en L5-S1 discret mais révélant une phase inflammatoire qui n'était pas là précédemment et une composante herniaire préforaminale droite qui est réapparue proche de la racine S1 sans la refouler. Sur l'IRM du 01.05.2013, soit un mois et demi plus tard, il y a une nette majoration de la taille de la hernie discale en L5-S1 qui, cette fois, refoule S1 mais est sans contact avec la racine L5. On a donc une évolution défavorable sur le plan radiologique depuis 2013.

En somme, les éléments de décompensation aiguë depuis février 2013, l'augmentation de la consommation médicamenteuse, l'aggravation sur le plan radiologique font que globalement, même si l'examen clinique avait l'air d'être superposable avec ceux de 2010 et de l'expertise de la Dresse O. \_\_\_\_\_ en 2012, la situation s'est globalement aggravée.

*Vous indiquez en outre que depuis la date de l'expertise au moins la capacité de travail serait de 40% dans une activité adaptée tout en indiquant que globalement l'examen du jour est meilleur de celui de 2010. Pour rappel, l'examen de 2010 avait reconnu une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Pour quelles raisons une capacité de travail de 40% seulement doit être reconnue ?*

L'experte rappelle qu'à la page 19 de sa récente expertise, elle énumère le taux des incapacités de travail qu'elle a pu retrouver auprès du Dr M. \_\_\_\_\_ et que la liste est probablement lacunaire. Depuis 2013, Madame G. \_\_\_\_\_ n'a pas repris son travail. L'experte ne dispose d'aucune description clinique entre sa sortie d'hospitalisation en mai 2013 jusqu'à la date de l'expertise. Il lui est donc impossible de fixer le début d'une capacité de travail dans une activité adaptée durant ce laps de temps. C'est pourquoi elle fait démarrer une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée depuis la date de l'expertise. Encore une fois, l'examen physique de mars 2015 n'est pas meilleur que celui de 2010. Il est grosso modo superposable. Se reporter au paragraphe ci-dessus qui décrit les motifs faisant considérer par l'experte une aggravation de l'état de santé justifiant une capacité de travail de seulement 40%.

L'experte ne peut pas, sur la base de manque de données cliniques, déterminer « de manière précise l'évolution de l'état de santé depuis l'aggravation de février 2013 jusqu'à ce jour ».

Dans un rapport du 30 août 2016, le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin-chef auprès du [...], a fait l'appréciation suivante du cas :

« Nous sommes confrontés à un tableau douloureux chronique, avec un important déconditionnement sans réel substrat anatomique actuellement, avec de nombreux signes de majoration [...]. Tant des signes de Waddell et de Kummel sont positifs. De plus, les signes de Valens sont aussi positifs, montrant que le pronostic dans un programme de reconditionnement musculaire est extrêmement faible. Il y a des incohérences, comme tu peux le constater, aussi dans le test clinique.

Dans ce tableau douloureux, je crois qu'un travail physique devrait être axé plutôt sur la kinésiophobie, à savoir sur des appréhensions, et là l'approche psychologique reste fondamentale.

Dans cette situation, une réévaluation des capacités fonctionnelles me semble aussi illusoire vu les auto-limitations de la patiente, raison pour laquelle je n'ai pas organisé d'évaluation des capacités fonctionnelles. Je crois qu'éventuellement une nouvelle imagerie, pour montrer à la patiente que la hernie s'est résolue, pourrait

apporter une petite aide, mais pour le restant il faut bien montrer à la patiente qu'elle est capable de faire des choses, mais le pronostic à mon avis reste plus que réservé.

Je ne sais pas si la patiente pourrait retrouver une capacité professionnelle. Le cas d'un syndrome douloureux type fibromyalgie devrait pouvoir être reconnu peut-être par l'AI, par le biais de l'arrêté du Tribunal Fédéral de 2015 ».

Dans un avis du 23 janvier 2017, la juriste de l'OAI a confirmé qu'une capacité de travail de 40 % comme retenue par la Dre U. \_\_\_\_\_ [recte : 60 %] lui paraissait incompréhensible et a préconisé la mise en place d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Une expertise bidisciplinaire a été confiée aux Drs Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 10 mai 2017, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit :

« **a. Affections actuelles**

[...]

Du point de vue ophtalmologique, [...]

Le 11.04.2017, le Dr [...], spécialiste en ophtalmologie à Lausanne, décrit que l'assurée consulte de manière régulière depuis 2002 le Service d'ophtalmologie et ce, en raison d'une érosion de cornée de l'œil D post traumatique, suivie d'une conjonctivite probablement virale à l'œil D avec infiltrat sous-épithélial [sic].

[...]

a) La diminution des capacités fonctionnelles dues à la santé réside essentiellement dans les lombalgies devenues chroniques, qui se sont cristallisées et étendues en tache d'huile avec présence de douleurs poly- et péri-articulaires, fluctuantes et migrantes, imputables à un syndrome fibromyalgiforme ainsi qu'une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur et d'un déconditionnement musculaire et surtout de la musculature profonde.

b) Les limitations fonctionnelles sont les ports de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10kg et ce, de manière répétitive et les positions debout immobile de plus de 1 heure.

[...]

**III. DIAGNOSTICS**

## **1. Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail**

- Syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif, déficitaire sur le plan réflexe en S1 (diminution du réflexe achilléen)
  - discopathie L4-L5, L5-S1
  - hernie discale L5-S1 sans signe de souffrance radiculaire
  - probable déconditionnement de la musculature profonde.

[...]

Du point de vue rhumatologique, le bilan radiologique est rassurant, dans le sens où il n'y a pas de péjoration significative de la hernie qui s'est partiellement résorbée en 2013 où l'on met en évidence une légère augmentation de volume en 2015. Cependant, il n'y a pas de signe de conflit disco-radicaire. Le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie lombaire. L'ensemble de la symptomatologie s'inscrit, en effet, en avant-plan d'une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec syndrome fibromyalgique, faisant évoquer une diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

L'assurée se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide, elle est capable de rester assise sans opter de position antalgique et ce, durant tout l'entretien. Elle est capable de descendre deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse. Il n'y a pas d'amyotrophie, les troubles sensitifs du MID ne correspondent à aucun dermatome.

Dès lors, du point de vue rhumatologique, on note une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour.

Cette appréciation s'apparente à celle de la Drsse U. \_\_\_\_\_ et du Dr L. \_\_\_\_\_, qui posent les mêmes diagnostics et le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie ayant analysé les différentes IRM depuis 2010.

[...]

## **VI. CAPACITE DE TRAVAIL**

[...]

Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique concernant son activité antérieure est estimée, au vu des troubles dégénératifs sous-jacents et surtout du déconditionnement musculaire profond, à 70%.

**Du point de vue bi-disciplinaire** : après discussion avec le Dr T. \_\_\_\_\_, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité habituelle et antérieure est estimée à 70%.

Il n'y a, à notre avis, pas de changement significatif par rapport à la clinique et les examens paracliniques effectués en 2010 et 2015, lors des précédentes expertises.

**1.2. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?  
Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?**

Oui, à 70%.

[...]

**1.4. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une  
incapacité de travail de 20% au moins ?**

Aux dires de l'assurée, l'assurée n'a plus repris d'activité professionnelle depuis février 2011. On assiste à une aggravation de la symptomatologie depuis février 2013 ayant nécessité une hospitalisation au [...]. Celle-ci est cependant difficilement expliquée par le socle somatique sous-jacent en notre possession. L'aggravation de la symptomatologie douloureuse étant subjective et décrite par l'assurée. A la lecture de l'expertise de la Drsse U. \_\_\_\_\_ de mars 2015, il n'y a pas de péjoration significative par rapport à l'expertise de 2010, et celle d'aujourd'hui, sur le plan clinique. L'élément radiologique qui se serait péjoré n'est, à mon avis, pas significatif et n'entraîne surtout pas de conséquence sur l'impotence fonctionnelle. La capacité de travail ne s'évalue pas uniquement à l'aune des découvertes radiologiques, mais surtout en regard de l'examen clinique.

Par ailleurs, dans son courrier du 19.09.2016, la Drsse U. \_\_\_\_\_ décrit que l'examen physique de mars 2015 n'est pas meilleur que celui de 2010, il est grosso modo superposable.

L'appréciation s'apparente à celle du Dr L. \_\_\_\_\_, qui constate que l'assurée se plaint de douleurs qui ne sont pas explicables sur le plan clinique, et est très réservé sur la capacité professionnelle. Cependant, il ne se justifie pas sur cette attitude et ne se prononce pas sur une capacité de travail résiduelle. Comme décrit ci-dessous, l'ampleur de la symptomatologie et surtout l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit est essentiellement psychosomatique.

**2. Capacité de travail dans une activité correspondant  
aux aptitudes de la personne assurée ?**

**2.1 Une capacité de travail est-elle possible ? Si oui,  
depuis quand ?**

Une capacité de travail tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique est possible et ce, dès ce jour.

Elle pourrait à notre avis être effectuée à 80%.

La dernière activité était partiellement adaptée, vu que par petits moments, elle devait porter des charges en porte-à-faux avec long bras de levier et qu'il lui était possible d'alterner les positions assise et debout.

**2.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité  
peut-elle être exercée (heures par jour)**

Du point de vue rhumatologique dans une activité adaptée avec diminution des mouvements en porte-à-faux, et le port de charge

de plus de 5-10kg, sa capacité de travail pourrait être à notre avis 80%.

**Du point de vue bi-disciplinaire :** après discussion avec le Dr T.\_\_\_\_\_, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité adaptée est estimée à 80%.

### **2.3 Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Dans une activité professionnelle adaptée tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, l'assurée ne devrait pas présenter de diminution de rendement ».

Dans le cadre de l'examen du volet psychiatrique de la situation de l'assurée, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit (rapport du 8 mai 2017) :

« Au moment de l'entretien, je n'ai pas pu retenir des signes ou symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité décompensé. Mes constatations sont pratiquement les mêmes que celles de l'examen bidisciplinaire effectué au SMR en avril 2012 et je m'écarte des conclusions du médecin psychiatre qui parle d'une dépression chronique, mais sans en énumérer les signes et symptômes cliniques selon la CIM-10.

Du point de vue psychiatrique donc, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

[...]

### **III. DIAGNOSTICS**

#### **1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail**

----

#### **2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail**

- Trouble de la personnalité sans précision (personnalité frustrée) (F60.9).
- Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) secondaire à la douleur, léger.

[...]

Le principal problème de cette assurée est la douleur et les limitations somatiques qui l'empêchent de travailler selon ses dires, avec l'apparition d'un trouble mixte anxiodépressif léger et secondaire à la douleur. Au moment de l'entretien et du point de vue anamnestique, il n'y a pas de signes et symptômes cliniques

d'un épisode dépressif ou d'un trouble dépressif récurrent selon les critères de la CIM-10.

#### **IV. TRAITEMENT ET RÉADAPTATION**

##### **1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?**

Cette assurée est suivie depuis 2010, à la fréquence d'une fois tous les deux mois, par un psychiatre qui lui prescrit de la Mirtazapine depuis environ trois ou quatre ans.

[...]

##### **2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assurée au cours des thérapies effectuées**

J'aurai voulu en savoir davantage sur la prise en charge psychiatrique, mais au moment de la rédaction du présent rapport, le psychiatre de l'assurée n'avait pas répondu à mes questions.

[...]

Du point de vue psychiatrique, en l'absence d'une atteinte à la santé et de limitations fonctionnelles, cette assurée a toujours été capable de travailler à 100% dans le même métier qu'elle a exercé jusqu'en 2011.

[...]

Du point de vue psychiatrique, dans une activité tenant compte de ses limitations somatiques, l'assurée est capable de travailler à 100 % ».

Dans un avis du 11 juillet 2017, la juriste de l'OAI a relevé que les deux expertises effectuées expliquaient de manière claire et convaincante que la situation était superposable à celle prévalant lors de la décision initiale avec une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 14 novembre 2017 remplaçant et annulant celui du 14 novembre 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de rente d'invalidité.

L'assurée, sous la plume de son représentant, s'est opposée à ce projet le 9 février 2018. Elle a notamment invoqué son atteinte psychique. A l'appui de son opposition, l'assurée a produit un rapport du

19 janvier 2018 du Dr M.\_\_\_\_\_ aux termes duquel ce dernier a indiqué que sa patiente présentait des phases de dépression sévère. Le médecin a relevé que l'assurée se rendait une à deux fois par mois chez son psychiatre traitant, le Dr J.\_\_\_\_\_, et qu'elle prenait une dose thérapeutique d'antidépresseur ce qui attestait de son atteinte.

Dans un avis du 26 mars 2018, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a estimé que le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 19 janvier 2018 constituait une appréciation différente de la situation prise en compte par les experts de sorte que l'appréciation de ces derniers devait être suivie.

Le 16 juillet 2018, l'assurée a produit un rapport du 7 mars 2018 du Dr J.\_\_\_\_\_ dont le contenu est le suivant :

« Préalablement, je dois préciser ne pas avoir pu malheureusement échanger sur cette situation avec l'expert psychiatre mandaté par l'A.I. Peut-être une prise de contact a été essayée à mon ancienne adresse, [...], mais je n'ai pas de renseignement à ce propos.

Pour ce qui concerne le texte de l'expertise, je pense qu'en présence d'une situation dépressive, quoique réactionnelle (le trouble de l'adaptation évoqué par le SMR dans le rapport du 29 juin 2012), qui se prolonge au-delà de la période "conventionnelle", avec une réponse seulement partielle au traitement, on peut s'autoriser à parler de dépression chronique, même si d'une manière forcément générique.

A cet égard, un essai de quantification de la symptomatologie dépressive (et anxieuse également) par le biais d'un outil standardisé disponible en littérature (échelle ou questionnaire) aurait permis à l'expert, peut-être, d'éclaircir davantage cette question (si ce n'est de la trancher).

D'une manière plus globale la problématique psychosociale à laquelle Madame G.\_\_\_\_\_ est confrontée me semble un peu sous-estimée par les différents experts : les fortes difficultés d'apprentissage de la langue française d'abord, chez une personne déjà scolarisée dans son pays d'origine et décrite par les experts comme jeune et d'intelligence normale. Encore, l'accident de travail qui l'a frappée au niveau de son œil droit en 2002 ; cet accident, sur la base du vécu subjectif de Madame G.\_\_\_\_\_ et au-delà du déficit visuel résiduel, semble l'avoir fragilisée, lui faisant percevoir son travail comme potentiellement très dangereux. Encore, et ceci sur la base des entretiens que j'ai pu avoir avec la patiente en présence de son conjoint, j'ai l'impression d'une ambiance difficile à domicile, depuis longtemps, au niveau du foyer domestique. Ambiance caractérisée par un sentiment de précarité et d'incertitude concernant l'avenir, ce qui m'a induit à adopter parfois une attitude de soutien quasi systémique au couple G.\_\_\_\_\_.

Ces éléments témoignent à mon sens d'un handicap qui existe au niveau de l'intégration sociale, handicap ayant un impact permanent

sur le psychisme et notamment sur la thymie de Madame G.\_\_\_\_\_ ».

Dans un courrier du 17 juillet 2018 à l'assurée, l'OAI a expliqué que les pièces produites n'étaient pas de nature à modifier sa position. Il a confirmé les éléments de son calcul du taux d'invalidité.

Par décision du 20 juillet 2018 annulant et remplaçant celle du 29 juillet 2013, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assurée. Il a confirmé que le taux d'invalidité de l'assurée, en tenant compte d'une capacité de travail de 70 % dans une activité non qualifiée du domaine de la production et des services, s'élevait à 23.90 %.

**C.** Par acte du 10 septembre 2018, G.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, en prenant les conclusions suivantes :

*« Préalablement*

- Une expertise médicale judiciaire de Madame G.\_\_\_\_\_ est mise en œuvre ;

*Au fond*

- La décision rendue le 20 juillet 2018 par l'Office AI pour le canton de Vaud est annulée, et la cause renvoyée audit Office pour qu'il détermine le début et le montant de la rente d'invalidité de Madame G.\_\_\_\_\_, en tenant compte des conclusions de l'expertise médicale judiciaire mise en œuvre ;

**Subsidiairement**

- La décision rendue le 20 juillet 2018 par l'Office AI pour le canton de Vaud est annulée et le dossier renvoyé audit Office pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants ».

La recourante a fait valoir que – contrairement à ce qu'avait retenu l'OAI – elle n'était pas en mesure de travailler dans une activité industrielle légère de type conditionnement, contrôle qualité, montage au taux de 70 %. Elle a en outre contesté le calcul opéré par l'OAI pour déterminer son taux d'invalidité.

Par réponse du 12 novembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a produit un avis SMR du 5 novembre 2018 indiquant que le courrier du 7 mars 2018 du Dr J.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément médical rendant plausible une modification notable et durable de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise psychiatrique du Dr T.\_\_\_\_\_.

Dans une réplique du 13 avril 2019, la recourante, désormais représentée par Me Philippe Graf, a relevé que son état rhumatologique était irrégulier et s'aggravait progressivement ce qui pouvait être constaté en consultant les imageries. Elle a estimé que l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_, demandée alors même que celle confiée à la Dre U.\_\_\_\_\_ revêtait une pleine valeur probante, constituait un deuxième avis prohibé par la jurisprudence et a estimé ses conclusions peu claires et mal explicitées. La recourante a dès lors requis qu'une actualisation de l'expertise rhumatologique soit confiée à la Dre U.\_\_\_\_\_. Elle a produit plusieurs pièces soit :

- un rapport médical du 24 novembre 2011 du Dr [...], spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, indiquant avoir examiné la recourante depuis 2002 concernant son atteinte de la cornée à l'œil droit. A l'origine, celle-ci présentait une lésion post-traumatique, survenue le 15 mai 2002. Par la suite, une surinfection virale avait été constatée et actuellement, la recourante présentait un astigmatisme irrégulier de 3 dioptries, ce qui expliquait une acuité visuelle limitée. La meilleure vision était de 50 à 60 % sur cet œil, avec correction.
- une attestation du Dr [...], spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, indiquant les dates de consultation de l'assurée auprès de [...].
- un rapport faisant suite à une IRM lombaire réalisée le 13 mars 2019 au terme duquel le Dr [...], spécialiste en radiologie, concluait à la progression de la discopathie L4-L5 avec apparition d'une petite hernie discale foraminale droite interférant avec la racine L4, une

profusion discale résiduelle L5-S1 avec encore un petit contact disco-radicaire à droite.

Par duplique du 9 mai 2019, l'intimé a confirmé ses conclusions et produit un avis du SMR du 6 mai 2019. Aux termes de cet avis, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a considéré que les problèmes et empêchements ophtalmiques de la recourante avaient été pris en compte lors de l'examen SMR du 29 juin 2012 et qu'ils étaient sans effet sur l'exigibilité. Le compte-rendu d'IRM du 13 mars 2019 constituait un élément médical postérieur à la décision querellée.

La recourante s'est déterminée le 5 juin 2019 et a requis que soit écarté l'avis médical du 6 mai 2019 du SMR.

L'intimée a à nouveau confirmé ses conclusions par écriture du 24 juin 2019.

### **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 (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 à la rente de la recourante, plus particulièrement sur la valeur probante de l'expertise des Drs Z. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_.

**3.** 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.

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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 LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il

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

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).

**c) aa)** 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 objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**bb)** 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).

**cc)** 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)** Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 9C\_694/2014 du 1<sup>er</sup> avril 2015 consid. 3.2 et les

références citées). Il n'existe par ailleurs pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a ; TF 9C\_694/2014 précité).

**b)** Le principe inquisitorial régit la procédure administrative. Selon ce principe, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles. Ce principe n'est toutefois pas absolu, compte tenu de l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 375 consid. 3).

**6.** En l'espèce, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à la recourante. Se fondant sur l'expertise des Drs Z.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, il a considéré que la capacité de travail de l'intéressée s'élevait à 70 % et que son degré d'invalidité était insuffisant à ouvrir le droit à la rente. La recourante conteste cette appréciation.

**a)** Dans un premier moyen, la recourante allègue que l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ ne devrait pas être prise en compte dès lors qu'elle constitue une " second opinion " par rapport à l'expertise du 12 mars 2015 de la Dre U.\_\_\_\_\_ dont le SMR avait, dans un avis du 27 mars 2015, reconnu la pleine valeur probante.

Selon la jurisprudence (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in RSAS 2008 p. 181), le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une " second

opinion " sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales (TF 9C\_1012/2008 précité consid. 3.2.2).

Comme le relève la recourante, l'expertise des Drs Z. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ a été requise sur la base d'un avis du juriste OAI qui - ayant mal lu l'expertise du 12 mars 2015 de la Dre U. \_\_\_\_\_ - a inversé capacité et incapacité de travail et a dès lors estimé que l'appréciation de l'experte était incompréhensible au regard des autres pièces médicales au dossier. Cela étant, force est de constater que l'expertise de la Dre U. \_\_\_\_\_ était insuffisante à permettre à l'OAI d'apprécier la situation de la recourante. En effet, celle-ci souffre de plusieurs atteintes à la santé nécessitant une évaluation médicale globale (cf. consid 4b *supra*). Si les Drs Z. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ont chacun rédigé un rapport, ils ont examiné ensemble la recourante et se sont concertés pour fixer les effets conjoints des atteintes examinées sur la capacité de travail de l'assurée.

Le rapport d'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ ne constitue dès lors pas une " second opinion " au sens de la jurisprudence précitée et ne peut dès lors être écartée pour ce motif.

**b)** En tout état de cause, il y a lieu de constater la présence de certaines incohérences dans l'expertise rhumatologique du 10 mai 2017. En particulier, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a relevé que le bilan radiologique était rassurant tout en mentionnant que la hernie avait augmenté de volume. De même, l'expert a estimé que l'élément radiologique s'étant péjoré ne

serait pas significatif ni n'entraînerait de conséquences sur l'impotence fonctionnelle sans expliquer les raisons de son appréciation. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a également constaté une « aggravation de la symptomatologie depuis février 2013 ayant nécessité une hospitalisation au [...] » puis a estimé la capacité de travail dans une activité adaptée à 80 % - et non 70 % comme l'a lu l'OAI - soit à un taux plus élevé que celles retenues par les Drs O.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ en 2012 et par la Dre U.\_\_\_\_\_ en 2015.

En outre, force est de constater que l'examen clinique réalisé par le Dr Z.\_\_\_\_\_ est largement superposable à celui de la Dre U.\_\_\_\_\_ (par exemple : épaules symétriques, antépulsion et abduction à 180° lors des deux examens ; rachis dorsolombaire : Schober dorsal 30-32 cm [Dre U.\_\_\_\_\_] et 30-33 cm [Dr Z.\_\_\_\_\_], Schober lombaire 10-12 cm [Dre U.\_\_\_\_\_], 10-15 cm [Dr Z.\_\_\_\_\_]). Le Dr Z.\_\_\_\_\_ l'a d'ailleurs expressément relevé dans son rapport. Ainsi, ce spécialiste avait conscience du fait que ses résultats étaient comparables à ceux de sa consœur. Il avait également connaissance des conclusions qu'en avait tirées cette dernière quant à la capacité de travail de l'intéressée. Nonobstant, le Dr Z.\_\_\_\_\_ s'en est distancié sans expliquer ses raisons ni critiquer l'appréciation de la Dre U.\_\_\_\_\_. L'opinion de l'expert rhumatologie quant à l'effet des atteintes constatées sur la capacité de travail souffre à cet égard d'un défaut de motivation.

En conclusion, l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_ n'est pas claire et contient de nombreuses contradictions.

**c)** Sur le plan psychiatrique également, l'expertise réalisée le 7 mai 2017 est lacunaire. Ainsi, alors que plusieurs médecins avaient évoqués un possible trouble somatoforme douloureux (cf. rapports du Dr J.\_\_\_\_\_ du 10 février 2012 et du Dr L.\_\_\_\_\_ du 30 août 2016) - dont le Dr Z.\_\_\_\_\_ - aucun indicateur n'a été examiné à cet égard (cf. consid. 4c *supra*). Les diagnostics psychiatriques posés (cf. rapports du Dr M.\_\_\_\_\_ des 19 avril et 10 octobre 2011 et du 29 août 2013 ; du Dr J.\_\_\_\_\_ du 10 janvier 2012 et du 31 août 2013 ; du SMR du 20 juin 2012 ; du Dr L.\_\_\_\_\_ du 30 août 2016) n'ont pas non plus été discutés

(cf. consid. 4c *supra*). En particulier, comme l'a relevé le Dr J.\_\_\_\_\_ dans son envoi du 7 mars 2018, il appartenait à l'expert psychiatre d'examiner la question de la symptomatologie dépressive au moyen des critères reconnus ce qui n'a pas été fait. Le fait que l'expert ait renoncé à prendre contact avec le psychiatre traitant constitue également une lacune dans son appréciation car il n'a pas pu estimer le sens d'un suivi régulier pourtant mis en place depuis 2011 ni de la médication prise par la recourante. L'absence de ressources de la recourante, évoquée par le Dr J.\_\_\_\_\_, n'a pas non plus été évoquée par le Dr T.\_\_\_\_\_.

**d)** En définitive, il ressort des différentes pièces au dossier que l'assurée présente une atteinte objective - une hernie discale L5-S1 postéro-latérale droite avec un conflit avec la racine S1 et une protusion discale récessale et foraminale avec un conflit L4 et L5 droite - qui s'est aggravée depuis 2013, date à laquelle il existait déjà une importante aggravation ayant justifié une incapacité de travail admise par tous les médecins (cf. rapports du Dr F.\_\_\_\_\_ du 22 juillet 2013 ; du Dr M.\_\_\_\_\_ du 29 août 2013 ; du SMR des 1<sup>er</sup> novembre 2013 et 27 mars 2015 ; de la Dre U.\_\_\_\_\_ des 12 mars 2015 et 19 septembre 2016 ; du Dr L.\_\_\_\_\_ du 30 août 2016). La situation s'est par la suite améliorée, permettant une incapacité de travail de 50 à 60 % (cf. rapport du 12 mars 2015 de la Dre U.\_\_\_\_\_). A cette atteinte objective, se sont probablement ajoutés, au fil des années, un trouble somatoforme douloureux et une fibromyalgie, un déconditionnement profond et une kinésiophobie, la recourante présentant en outre une atteinte ophtalmologique. Il appartenait aux experts mandatés par l'OAI d'examiner ces atteintes, leurs interactions ainsi que leurs conséquences sur la capacité de travail, ce qu'ils n'ont pas fait.

L'instruction est ainsi lacunaire et ne permet pas de statuer en l'état du dossier.

**7. a)** Le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'OAI, la cause lui étant renvoyée pour mise en œuvre

d'une expertise rhumato-psychologique et dans toute discipline jugée utile, puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

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), qu'il convient d'arrêter à 2'500 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 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 20 juillet 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
- 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 la recourante une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Graf (pour G. \_\_\_\_\_),
- 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 :