

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 septembre 2020

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente

Mme Röthenacher et M. Piguet, juges

Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Christian Favre, avocat à Lausanne,

et

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

---

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

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

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en 1962, sans formation professionnelle, mariée et mère de sept enfants nés entre 1978 et 1990, est arrivée en Suisse en 1991. Elle n'a jamais exercé d'activité lucrative dans ce pays.

En date du 21 avril 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Complétant ultérieurement sa demande, elle a indiqué que, bien portante, elle serait demeurée mère au foyer pour s'occuper de ses enfants (formulaire 531bis du 1<sup>er</sup> mai 2010).

Par rapport du 15 mai 2010, le Dr U.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a signalé une cervico-brachialgie droite chronique, une dorso-lombalgie chronique sur importants troubles dégénératifs et un syndrome métabolique, avec une obésité et une arthrose diminuant la résistance et l'endurance ; il a ajouté que le rendement était réduit de 50 % et qu'une importante perte de poids permettrait une bonne récupération du point de vue de la capacité de travail, un taux d'activité de 70 % étant envisageable de suite. Par courrier non daté indexé le 1<sup>er</sup> juillet 2010, le Dr U.\_\_\_\_\_ a ajouté qu'après amélioration de tous les facteurs limitants, y compris la presque totale ignorance du français, un taux d'activité de 100 % dans un travail adapté n'était pas exclu. Dans ce contexte, a été produit un rapport du radiologue V.\_\_\_\_\_ du 18 février 2010 consécutif à des radiographies de la colonne dorsale et lombaire, concluant à un antélisthesis de L5 par rapport à S1 de grade II sur possible spondylose bilatérale, à une importante arthrose de L4-L5 et L5-S1, à une spondylose lombaire étagée, à d'importants troubles dégénératifs de type spondylarthrosique étagés de la colonne dorsale, sans fracture, ainsi qu'à une attitude scoliotique à convexité droite sans rotation significative des corps vertébraux.

Par avis du 7 septembre 2010, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a estimé que faute d'incapacité de travail de longue durée, il n'y avait lieu de retenir aucune atteinte à la santé invalidante.

Aux termes d'un rapport du 10 décembre 2010 faisant suite à une enquête économique sur le ménage réalisée le 29 novembre 2010, un statut de 100 % ménagère a été reconnu à l'assurée, celle-ci n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle en Suisse. Il était par ailleurs signalé que l'entretien de l'appartement et la préparation des repas étaient assumés par l'une des belles-filles, que les courses étaient réalisées par l'époux et l'un des fils et que le mari assumait en outre toutes les tâches administratives, l'intéressée ne comprenant pas et ne parlant pas le français. Il apparaissait par ailleurs que l'assurée se reposait totalement sur sa belle-fille et que ses enfants avaient tendance à la surprotéger.

Le 12 janvier 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, considérant que l'assurée n'avait pas présenté d'incapacité de travail de longue durée et que l'entier des tâches ménagères et administratives était réalisé par d'autres personnes sans égard à son état de santé.

L'intéressée a contesté ce projet les 20 janvier et 9 avril 2011.

A teneur d'une attestation médicale du 9 mai 2011, le Dr U.\_\_\_\_\_ a fait mention d'une obésité morbide - sur la base d'un indice de masse corporelle (IMC ou BMI [body mass index]) de 45 - ayant pour conséquence un déconditionnement musculaire total, avec de vives douleurs au niveau de tout le rachis et de toutes les grosses articulations portantes. Il a également signalé un profond état dépressif.

Les 26 septembre et 17 octobre 2011, l'assurée - accompagnée de l'un de ses enfants faisant office de traducteur - a été examinée par le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie. Dans son rapport y relatif du 27 octobre 2011, ce médecin a mentionné un trouble dépressif récurrent sévère, sans symptôme psychotique (F33.2), une anxiété généralisée (F41.1), une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4), une obésité morbide et un trouble de l'adaptation (F43.2). Par rapport complémentaire du 16 novembre 2011, le Dr A.\_\_\_\_\_ a évoqué des limitations sous forme d'inhibition, d'apragmatisme, de ralentissement psychomoteur et d'état anxieux chronique, les empêchements ménagers étant estimés entre 70 et 80 %.

Aux termes d'un rapport du 26 mars 2012 consécutif à un examen clinique psychiatrique réalisé au SMR avec l'assistance d'un traducteur de langue albanaise, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a retenu aucun diagnostic incapacitant du point de vue psychiatrique. Il a en particulier souligné que l'assurée ne décrivait aucun symptôme de trouble dépressif, d'anxiété ou d'autres perturbations psychiatriques et que l'examen clinique ne mettait en évidence aucune perturbation psychiatrique.

Par décision du 14 septembre 2012, l'OAI a confirmé son projet du 12 janvier 2011.

Le 15 octobre 2012, l'assurée a porté l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a produit, en particulier, un rapport du 24 septembre 2012 du Dr F.\_\_\_\_\_, nouveau médecin généraliste traitant, faisant état de polyarthrose, d'obésité morbide, ainsi que d'une personnalité dépressive avec aboulie majeure. Se positionnant à cet égard le 3 décembre 2012, l'OAI a estimé qu'il y avait lieu de compléter l'instruction par une expertise rhumatologique.

Par arrêt du 19 mars 2013 (AI 244/12 - 62/2013), la Cour des assurances sociales a admis le recours de l'assurée, annulé la décision de l'OAI du 14 septembre 2012 et renvoyé la cause à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction sur le plan médical. Relevant que l'OAI convenait de la nécessité de mettre en œuvre une expertise

rhumatologique, la juridiction cantonale a considéré qu'il incombait ainsi à cette autorité de procéder à un réexamen de l'impact des atteintes somatiques de l'assurée sur sa capacité à mener à bien ses activités ménagères. Il convenait en revanche de s'en tenir à l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_ sur le plan psychiatrique et de valider le statut de 100 % ménagère.

**B.** Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a mandaté expert le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport. Par rapport du 27 septembre 2013, ce dernier a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervico-brachialgies droites chroniques, de lombalgies chroniques et de troubles dégénératifs du rachis. Il a par ailleurs observé que l'étendue des symptômes ne pouvait être expliquée par l'examen clinique ou les examens complémentaires, que l'examen clinique montrait quatorze points de fibromyalgie sur dix-huit et qu'à cela s'ajoutaient des signes comportementaux de surcharge et des points de contrôle positifs évocateurs d'un syndrome douloureux chronifié. Pour le Dr H.\_\_\_\_\_, la capacité de travail du point de vue rhumatologique était de 80 % dans une activité légère avec alternance des positions assise et debout aux heures, sans port de charges au-delà de 5 kg et sans mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux. En outre, l'expert a évalué à 60 % la capacité d'exécuter les activités ménagères, en regard des tâches susceptibles d'impliquer le rachis. Il a précisé que la diminution de rendement était intégrée aux taux retenus.

Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 7 février 2014, un statut de 30 % active et 70 % ménagère a été reconnu à l'assurée sur la base de dires de cette dernière et de l'une de ses filles. Quant aux empêchements ménagers, ils ont été estimés à 23 %.

Par rapports des 23 juin et 4 août 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait état d'une hernie hiatale avec sténose œsophagienne dilatée à deux reprises, d'un status post gastrite à *Helicobacter pylori* (HP) éradiquée en avril 2011, d'une obésité morbide (IMC de 57), d'une insuffisance

cardiaque avec œdème pulmonaire aigu en juillet 2010, d'une hypertension artérielle, d'un diabète non insulino-dépendant (DNID), d'une hypercholestérolémie, d'un tabagisme actif et d'une personnalité dépressive. Ce médecin a par ailleurs estimé qu'aucune activité professionnelle ou ménagère ne pouvait être exigée de la patiente, notamment en raison de l'obésité morbide et de l'insuffisance cardiaque. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a également produit un rapport du 9 décembre 2010 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et médecine interne, évoquant des douleurs thoraciques atypiques dans un contexte polyalgique, un syndrome métabolique (avec hypertension artérielle, obésité et dyslipidémie), ainsi qu'une décompensation cardiaque sur dysfonction diastolique en juillet 2010.

Par décision du 2 juillet 2015 confirmant un projet du 7 mai 2015, l'OAI a dénié l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'intéressée - active à 30 % et ménagère à 70 % - présentait une capacité résiduelle de travail de 80 % dès le mois de février 2011 (à l'échéance du délai d'attente légal d'une année) dans une activité adaptée. Il en découlait, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, un taux d'invalidité de 19,1 % inférieur au seuil de 40 % prévu par la loi.

Cette décision a été déférée par l'assurée devant la Cour des assurances sociales. A cette occasion, l'intéressée a versé en cause un rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 29 mai 2015, indiquant qu'une coronarographie réalisée le 19 mars 2015 avait montré une sclérose coronaire sans sténose significative et confirmé une élévation des pressions de remplissage ventriculaires gauches possiblement à l'origine de la décompensation cardiaque de 2010.

Par arrêt du 20 septembre 2016 (AI 252/15 - 245/2016), la juridiction cantonale a admis le recours de l'assurée, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction afin que cet office mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire (axée sur les plans rhumatologique, cardiologique et psychiatrique) puis procède

aux mesures d'investigation adéquates aux fins de déterminer les éventuels empêchements ménagers. L'autorité judiciaire a plus particulièrement retenu que l'expert H.\_\_\_\_\_ n'avait pas analysé l'impact du surpoids et l'exigibilité d'une diminution de l'excédent pondéral (consid. 6a/aa). A cela s'ajoutait que les éventuelles limitations d'origine cardiologique n'avaient pas été investiguées, pas plus que l'interaction entre les troubles cardiologiques et le surpoids (consid. 6a/bb). Enfin, les mesures d'instruction entreprises suite à l'arrêt cantonal du 19 mars 2013 ayant mis en évidence des signes évocateurs d'une atteinte fibromyalgique, les critères jurisprudentiels entre-temps développés en matière de troubles psychosomatiques méritaient dès lors d'être pris en considération (consid. 6b). Par ailleurs, la juridiction cantonale a observé qu'aucune raison pertinente ne justifiait de revenir sur le statut de 100 % ménagère retenu dans l'arrêt du 19 mars 2013, les enquêtes ménagères au dossier n'apparaissant du reste guère probantes en tant qu'elles procédaient à l'évaluation des empêchements ménagers sur la base d'un dossier médical lacunaire (consid. 7b).

**C.**           Donnant suite à cet arrêt, l'OAI a mis sur pied une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre [...] (ci-après : G.\_\_\_\_\_), où l'assurée a été examinée - en présence d'un traducteur - par les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie. Aux termes de leur rapport du 15 décembre 2017, les experts ont posé des diagnostics incapacitants sous forme d'arthrose cervicale depuis au moins quinze ans, de spondylolisthésis L5-S1 avec discopathie L5-S1 depuis le 18 février 2010 et de chondropathie rotulienne depuis le 17 juillet 2017. Au chapitre des atteintes sans impact sur la capacité de travail, ils ont signalé une personnalité accentuée immature (Z73.1), un syndrome métabolique (avec obésité, hypertension artérielle, diabète de type 2 insulino-traité et dyslipidémie) et une cardiopathie hypertensive. Les experts ont en particulier constaté que l'assurée pesait 149 kg pour 166 cm, ce qui équivalait à un IMC de 54,1. Pour le surplus, ils ont retenu notamment ce qui suit :

#### "4. STATUS DE PSYCHIATRIE

[...]

L'observation ne met pas en évidence de signe clair dépressif ou anxieux. Je ne relève actuellement aucune idéation suicidaire. L'expression émotionnelle est retenue et normalement fluctuante. Je n'observe aucun trouble neurovégétatif.

Le discours, que je ne peux percevoir que par le biais de la traductrice, me paraît clair dans les énoncés, mais faisant preuve concernant le contenu d'une autolimitation excessive. A part ça, le processus de pensée ne montre rien qui laisse suggérer une pathologie psychiatrique sous-jacente grave, ou actuellement décompensée.

Il n'y a ni ralentissement, ni accélération psychique. Pas de trouble psychomoteur. Pas de signe de fatigue ou de fatigabilité (contrairement à ce que prétend l'assurée).

Je ne relève aucun élément de la lignée psychotique (délires, hallucinations, trouble formel ou logique de la pensée, fuite d'idées, tendance digressive, logorrhée particulière).

La personnalité est certainement au moins accentuée dans le sens d'autolimitation et d'invalidisation.

L'intelligence est (probablement, à en juger d'après le discours avec la traductrice) dans la norme, mais a été peu sollicitée dans son milieu.

La vigilance est bonne, l'attention suffisante, l'orientation et la mémoire, selon mon observation également (quoique l'assurée prétend ne rien pouvoir faire à elle seule et avoir « tout oublié »).

[...]

#### G. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

[...]

##### **Situation actuelle et conclusions**

###### Sur le plan de la médecine interne

L'assurée présente une dyslipidémie, une hypertension artérielle, un tabagisme d'importance moyenne et un diabète insulino-requérant, qui n'ont aucune manifestation clinique. A l'exception du tabagisme, les trois autres diagnostics sont tous traités médicamenteusement (très bonne compliance médicamenteuse), permettant pour les trois d'avoir des valeurs biologiques normales ou du moins très proches de la norme (notamment pour la dyslipidémie). Il n'y a donc aucune incidence sur la capacité de travail pour ces quatre diagnostics.

Reste l'obésité morbide (BMI 50,9 [recte : 54,1] kg/m<sup>2</sup>), [...]. Cette obésité morbide n'a certes pas d'incidence sur la capacité de travail en tant que ménagère chez notre assurée. Néanmoins, elle entrave

l'assurée dans les déplacements. Même les mouvements les plus simples, comme par exemple faire la cuisine, sont alourdis par cette obésité, de même que les mouvements du tronc sont ressentis comme très pénibles, et le moindre effort physique déclenche une dyspnée, certes due à l'obésité. En revanche, l'examen clinique ne montre aucun[e] difficult[é] [pour] s'habiller et [se] déshabiller.

Avec un poids moins haut, l'assurée ne présenterait pas de dyspnée à l'effort et n'aurait [pas] de peine à se mouvoir librement. Selon toute vraisemblance, son hypertension et son diabète seraient moins marqués. Elle ne serait pas sédentaire et pourrait vaquer à toute occupation sans restriction.

#### Sur le plan rhumatologique

L'assurée se plaint[,] depuis 2008, de douleurs diffuses cervicales et dorsolombaires, irradiant à la fois dans les membres supérieurs et les membres inférieurs, sans support anatomique précis à l'examen clinique ce jour. Elle signale que ses douleurs datent de bien plus longtemps (depuis 15 à 17 ans) [...].

Les douleurs sont extrêmement diffuses, variables dans leur intensité, leur situation et leur latéralité, à la fois diurnes et nocturnes, et pour lesquelles elle a besoin d'aide et de soins de la part de sa belle-fille qui vit en permanence chez elle, à la fois la nuit, mais également pour faire sa toilette, le ménage, la cuisine, et même les déplacements extérieurs.

L'examen clinique ne retrouve pas de systématisation précise. Il n'y a pas de trouble de la mobilisation des grosses articulations des membres supérieurs et inférieurs, ni d'élément péjoratif rachidien à l'examen, la distance main-sol étant même de 10 cm. Il n'y a pas non plus de trouble neurologique objectif.

Les examens radiologiques constatés ne permettent pas d'expliquer les douleurs alléguées par l'assurée. Par ailleurs, il n'y a aucun élément clinique pour permettre de poser le diagnostic de fibromyalgie, devant l'absence de points spécifiques, l'absence de plaintes de fatigue chronique et l'absence de repos non réparateur.

Par ailleurs, l'état clinique de l'assurée ne semble pas s'être aggravé depuis l'expertise médicale du Dr H.\_\_\_\_\_ le 27.09.2013. Néanmoins, un élément nouveau est apparu, à savoir une douleur des deux genoux, dont le substrat anatomique est une chondropathie rotulienne, mais sans manifestation inflammatoire, devant l'absence d'épanchement articulaire.

Etant donné que le genou est la seule articulation où on a démontré une relation directe entre poids et douleurs, on peut en conclure que l'obésité morbide de l'assurée ait pu être une des causes de la détérioration des deux genoux. Mais l'atteinte est uniquement isolée à la rotule, la partie fémoro-patellaire du genou (la zone portante étant la partie fémoro-tibiale du genou) ne fonctionnant pas à la marche, ceci ne devrait pas altérer le périmètre de marche. Les seules manifestations douloureuses d'un syndrome fémoro-patellaire isolé sont les descentes d'escaliers, et éventuellement la position assise prolongée, jambes repliées et les positions accroupies et à genoux. En définitive, si l'assurée n'avait pas d'excès pondéral, les

douleurs des genoux seraient probablement absentes ou nettement moindres en particulier à la marche et dans les escaliers.

Les limitations fonctionnelles sont essentiellement le piétinement, qui doit être limité à moins d'une heure (spondylolisthésis L5-S1 grade I), les positions en porte-à-faux en avant, les positions accroupies et à genoux (chondropathie rotulienne grade IV). Par contre, la marche ne devrait pas être limitée, ni la position assise, à condition que les genoux soient à une flexion inférieure à 90°.

Du point de vue strictement rhumatologique, je confirme les conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_, à savoir une capacité de travail dans les conditions adaptées de 80%, et dans les activités ménagères une capacité de travail de 60%, incluant l'absence de position à genoux et accroupie et le piétinement.

#### Sur le plan cardiologique

D'un point de vue cardiologique, cette patiente présente une cardiopathie hypertensive sans composante ischémique vu l'absence de lésion coronarienne à la coronarographie de 2015. La cardiopathie structurelle entraîne une dysfonction diastolique, qui a été le point de départ d'un œdème pulmonaire aigu en 2010. Actuellement, les valeurs de pression artérielle sont correctement maîtrisées, et on n'observe pas de franche élévation des pressions de remplissage du ventricule gauche. La situation cardiaque est donc favorablement maîtrisée sous traitement et aucun élément objectif n'indique une limitation fonctionnelle qui soit d'origine cardiovasculaire. De manière évidente, le frein à l'activité physique lors de cette consultation a été, en grande partie, d'ordre extra-cardiaque, à savoir, la survenue de gonalgies. Cette patiente présente, également, une limitation physique liée à l'obésité morbide et à un syndrome de déconditionnement musculaire.

D'un point de vue cardiologique *stricto sensu*, il n'y a pas d'élément contre-indiquant la reprise d'une activité professionnelle à 100 %, y compris en qualité de femme de ménage. Il semble, néanmoins, que les éléments ci-dessus d'ordre non cardiologique (gonalgies, obésité, désentraînement musculaire) voire extra-médicaux, tels que l'absence de formation, la non-maîtrise du parler local, puissent impacter des activités professionnelles avec sollicitation physique même très faible.

#### Sur le plan psychique

L'assurée, originaire du Kosovo, a grandi dans un contexte ne lui permettant pas un épanouissement des ressources cognitives (pas de scolarité admise chez eux pour les personnes de sexe féminin) et en général pour l'individuation de la personnalité, ce qui paraît conforme à l'évolution d'une personnalité accentuée dans le sens soumis et dépendant Z73.1.

L'assurée a été mariée par ses parents contre son gré à l'âge de quinze ans. Elle a eu sept enfants et a vécu jusqu'à l'âge de 29 ans dans la famille de son mari, où elle a dû beaucoup travailler et où elle n'a jamais eu le temps pour quelque loisir que ce soit.

En 1991, elle a rejoint son mari en Suisse avec ses sept enfants. Ici, elle ne s'est jamais intégrée, étant toujours femme au foyer et

n'ayant jamais appris le français de façon suffisante pour pouvoir s'entretenir avec quelqu'un.

Chez cette assurée, il n'y a pas de traitement psychiatrique proprement dit (mis à part certains contacts ponctuels), mais dès 2010, une régression continuellement croissante, allant de pair avec une augmentation constante du poids : l'assurée affirme ne pouvoir plus rien faire seule, sans la présence d'une de ses filles, ce qui correspond à une évolution de l'accentuation de la personnalité dans le sens immature.

Je constate que le rôle de malade que prend l'assurée ne semble pas être remis en doute par les membres de sa famille.

A part ceci, je ne constate pas d'autres atteintes à la santé spécifiquement psychiatriques, il n'y a donc chez l'assurée pas de limitation fonctionnelle due à une maladie psychiatrique.

### **En conclusion**

L'assurée ne présente à ce jour aucune atteinte à la santé avec des répercussions sur la capacité de travail et partant, aucune limitation fonctionnelle d'origine cardiaque, métabolique, ni aucune maladie psychique pouvant entraver sa capacité de travail.

Les limitations fonctionnelles sont actuellement d'origine mécanique et sont essentiellement le piétinement, qui doit être limité à moins d'une heure (spondylolisthésis L5-S1 grade I), les positions en porte-à-faux en avant, les positions accroupies et à genoux (chondropathie rotulienne grade IV). Par contre, la marche ne devrait pas être limitée, ni la position assise, à condition que les genoux soient à une flexion inférieure à 90°.

Par rapport à l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ du 27.9.2013, sont apparues les chondropathies rotuliennes, mais le BMI était déjà de 54, marquant une obésité morbide. Comme explicité plus haut, les chondropathies rotuliennes ne limitent que les positions accroupies, à genoux ou les flexions des genoux supérieures à 90°, mais pas la marche ou le piétinement.

La capacité de travail est donc identique à celles constatée à l'issue de l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ précitée, à savoir 80% dans une activité adaptée et 60% pour les activités de ménage.

Sans surcharge pondérale de cette ampleur, les capacités physiques de l'assurée en seraient grandement améliorées, ainsi que ses douleurs des genoux."

Dans le cadre de leur appréciation, les experts du G. \_\_\_\_\_ ont également fait état de facteurs étrangers à l'assurance-invalidité, soit l'inacculturation, l'absence de formation professionnelle, l'illettrisme, les compétences linguistiques déficientes, les facteurs socioculturels, ainsi que le chômage de l'époux. Ils ont de surcroît signalé une autolimitation à tous les niveaux, somatique et psychique. Par ailleurs, si aucune

interaction n'existait entre l'arthrose cervicale et le spondylolisthésis L5-S1, d'une part, et les autres diagnostics, d'autre part, les spécialistes ont en revanche considéré que l'excès massif de poids provoquait un syndrome métabolique avec des complications périphériques (hypertension, troubles cardiaques, diabète, atteinte des genoux), celles-ci étant néanmoins sous contrôle médicamenteux pour l'heure, avec une bonne compliance au traitement. La coopération de l'intéressée apparaissait en outre insuffisante compte tenu de l'annulation d'une consultation chez un psychiatre albanophone et de l'absence d'effort pour perdre du poids ; une prise en charge à ce niveau apparaissait toutefois impérative du point de vue médical, notamment sous la forme d'une chirurgie bariatrique. Enfin, il était souligné que l'assurée ne faisait rien dans le ménage mais qu'elle avait cependant toutes les capacités nécessaires à cet égard, exception faite des tâches sollicitant fortement le dos (penchée en avant, sur une échelle ou un escabeau).

Par avis médical du 28 mars 2018, le Dr K.\_\_\_\_\_, du SMR, s'est rallié aux conclusions des experts du G.\_\_\_\_\_ et, sur cette base, a conclu à une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, respectivement à une capacité de 60 % dans l'activité ménagère, depuis le 23 septembre 2013.

Une enquête économique sur le ménage a eu lieu le 11 janvier 2019. Dans son rapport du 21 janvier 2019, l'enquêtrice de l'OAI a retenu un statut de 100 % ménagère. A cet égard, elle a considéré que les déclarations de l'assurée et de sa fille quant à l'exercice d'une activité à 100 % en bonne santé n'étaient pas convaincantes pour des raisons de langue (l'intéressée ne parlant pas le français et le comprenant peu) et d'absence d'activité professionnelle depuis l'arrivée en Suisse. A cela s'ajoutait que l'époux, désormais retraité, avait toujours entretenu la famille et que le couple, après avoir vécu avec un de leurs fils - sans activité et ayant eu des démêlés avec la justice menant à son incarcération - jusqu'à l'expulsion récente de celui-ci hors de Suisse, vivait désormais avec une de leurs filles et l'enfant de celle-ci. Quant aux empêchements ménagers, l'enquêtrice les a évalués à 18,7 % pour les

travaux de nettoyage et le repassage du linge, prenant en compte l'aide exigible de la famille.

Par décision du 9 avril 2019 confirmant un projet du 22 janvier 2019, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée. Pour l'essentiel, l'office a relevé que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du G.\_\_\_\_\_ étaient superposables à celles de l'expertise de 2013, en ce sens que seules des limitations fonctionnelles d'épargne du dos étaient retenues en lien avec des troubles dégénératifs dorso-lombaires ; quant aux empêchements, ils étant dus à l'obésité essentiellement. Considérant par ailleurs que l'enquête ménagère réalisée le 11 janvier 2019 mettait en exergue des empêchements ménagers à hauteur de 18,7 %, l'OAI a souligné qu'un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

**D.** Entre-temps, une demande d'allocation pour impotence a été déposée le 28 avril 2016.

Dans ce contexte, il est ressorti d'un rapport d'enquête pour l'évaluation de l'impotence du 28 mai 2018 que l'obésité n'avait pas été retenue par les experts intervenus en 2017 alors que, selon les constatations de l'enquêtrice, seule l'obésité permettait de rendre plausible le besoin d'aide. A cet égard, par avis médical du 14 août 2018, la Dre D.\_\_\_\_\_, du SMR, a précisé qu'à la lumière des conclusions des experts du G.\_\_\_\_\_, aucune limitation médicale ne pouvait être retenue pour les actes ordinaires de la vie, pas plus que pour l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2018 confirmant un projet du 20 septembre 2018, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation d'impotence à l'assurée.

**E.** Agissant par l'entremise de son conseil, T.\_\_\_\_\_ a recouru le 23 mai 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 9 avril 2019, concluant principalement à

l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants, subsidiairement à la réforme de ladite décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière – secondairement, à un taux fixé à dire de justice – avec effet au 1<sup>er</sup> février 2010. La recourante a préalablement sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire. A titre de mesure d'instruction, elle a sollicité la mise en œuvre d'un complément d'expertise pluridisciplinaire, ainsi que l'interpellation du Dr F. \_\_\_\_\_ et des membres de sa famille. Sur le fond, elle a fait valoir que les médecins du G. \_\_\_\_\_ avaient évalué les conséquences de l'obésité morbide de manière insuffisante et contradictoire, sans égard au rapport d'enquête domiciliaire du 28 mai 2018 ; elle leur a également reproché de ne pas avoir décrit l'activité professionnelle exigible de sa part. Elle a de surcroît argué que le dossier était incomplet dans la mesure où la question de la fibromyalgie avait été « *purement et simplement* » écartée. Enfin, la recourante a invoqué un défaut de motivation de la décision attaquée dès lors que cette décision n'expliquait pas pourquoi l'expertise de décembre 2017 était le seul élément déterminant, nonobstant les avis émis par les Drs U. \_\_\_\_\_, A. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_. Pour étayer ses dires, la recourante a notamment produit une attestation médicale établie le 22 mars 2019 par le Dr F. \_\_\_\_\_, dans laquelle ce dernier doutait qu'un employeur puisse engager la patiente comme femme de ménage à 80 % compte tenu en particulier de sa présentation générale, de son obésité morbide et son impotence visible à la marche. En annexe figurait également un compte-rendu non daté établi par une infirmière spécialisée en psychiatrie de [...], évoquant une atteinte psychosomatique et un trouble anxio-dépressif sévère, dans le contexte d'une séparation d'avec le fils cadet.

Par décision du 13 juin 2019, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 mai 2019 et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Christian Favre.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 8 juillet 2019. L'OAI a en substance estimé avoir

suffisamment instruit le dossier, se référant à l'appréciation des experts du G. \_\_\_\_\_ et à l'enquête ménagère du 21 janvier 2019.

Par réplique du 19 août 2019, la recourante a maintenu ses précédents motifs et conclusions.

Dupliquant le 10 septembre 2019, l'intimé a confirmé sa position.

### **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 - compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) - 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.** En l'occurrence, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, suite à la demande de prestations déposée le 21 avril 2010.

**3.** A titre liminaire, il y a lieu de relever que l'intéressée invoque un défaut de motivation de la décision attaquée (cf. mémoire de recours

du 23 mai 2019 p. 7 s.), grief relevant formellement d'une violation de la garantie procédurale du droit d'être entendu.

Il apparaît toutefois que, par ce biais, la recourante reproche en réalité à l'intimé d'avoir préféré l'expertise du G.\_\_\_\_\_ à l'avis de ses médecins traitants. Dans cette mesure, en tant qu'il porte sur le résultat de l'appréciation des preuves faite par l'intimé, le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, que la recourante soulève également. Ce grief sera donc examiné avec le fond du litige.

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

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).

**b)** 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur

patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**c)** Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**5.** Il est constant que la décision de l'OAI du 14 septembre 2012 a été annulée par la Cour de céans le 19 mars 2013 aux fins de faire compléter l'instruction sur le plan rhumatologique. La décision subséquentement rendue par l'OAI le 2 juillet 2015 a, quant à elle, été annulée par la juridiction cantonale le 20 septembre 2016, dans le but de faire compléter le dossier s'agissant des répercussions du surpoids du point de vue rhumatologique, de l'impact du volet cardiologique (y compris sous l'angle de l'excès pondéral) et de l'éventualité d'une atteinte fibromyalgique.

C'est dans ce contexte qu'a été mise en œuvre une nouvelle expertise, réalisée au G.\_\_\_\_\_ par les Drs C.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ - expertise sur laquelle l'intimé s'est fondé pour rendre la décision attaquée dans le cadre du présent litige.

**a)** Sur le plan somatique, les experts ont retenu que la recourante présentait des troubles incapacitants sous forme d'arthrose cervicale, de spondylolisthésis L5-S1 avec discopathie L5-S1 et de chondropathie rotulienne. Ils ont en revanche considéré que le syndrome métabolique (avec obésité, hypertension artérielle, diabète de type 2 insulino-traité et dyslipidémie) et la cardiopathie hypertensive n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail. Ils ont par ailleurs estimé que les troubles dorsolombaires limitaient le piétinement à moins d'une heure et que l'affection rotulienne induisait des restrictions au niveau des positions en porte-à-faux en avant, accroupies ou à genoux et de la flexion des genoux au-delà de 90°. Sur cette base, ils ont conclu à une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, respectivement à une capacité réduite à 60 % dans les activités ménagères (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 33 ss).

**aa)** D'un point de vue rhumatologique, les atteintes retenues par l'expert C.\_\_\_\_\_ au niveau cervical et dorsolombaire sont, pour l'essentiel, superposables à celles observées par l'expert H.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 27 novembre 2013 p. 6) et n'ont connu aucune évolution significative depuis l'examen de ce dernier (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 34). En revanche, les douleurs du membre supérieur droit répertoriées en 2013 (cf. rapport d'expertise du 27 novembre 2013 p. 7) n'ont plus été retrouvées en 2017 (cf. cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 23 et 34). L'expertise du G.\_\_\_\_\_ a par ailleurs mis en lumière un élément nouveau, à savoir une chondropathie rotulienne sans manifestation inflammatoire ; cette atteinte étant limitée à la rotule (partie fémoro-patellaire du genou) et n'affectant pas la zone portante (partie fémoro-tibiale du genou), il n'en résultait aucune altération du périmètre de marche. Cela étant, compte tenu de troubles rachidiens inchangés, de l'absence de plainte relative au membre supérieur droit et d'une symptomatologie nouvelle mais à l'impact somme toute relatif au niveau des genoux, on comprend que l'expert C.\_\_\_\_\_ ait globalement validé les conclusions de l'expert H.\_\_\_\_\_ du point de vue rhumatologique, en termes de capacité résiduelle à exercer une

activité professionnelle ou ménagère (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 34).

Il est vrai que, formellement, les limitations fonctionnelles dorsolombaires décrites par l'expert C.\_\_\_\_\_ en 2017 (piétinement limité à moins d'une heure [cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 34]) ne sont pas strictement superposables à celles signalées par le Dr H.\_\_\_\_\_ en 2013 (alternance des positions assise et debout aux heures, pas de port de charges au-delà de 5 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux [cf. rapport d'expertise du 27 novembre 2013 p. 7]). Toutefois, l'expert du G.\_\_\_\_\_ a également reconnu que l'assurée n'était pas en mesure d'effectuer des tâches sollicitant fortement le dos (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 39), reprenant ainsi implicitement les cautèles au niveau de l'épargne du dos émises par l'expert H.\_\_\_\_\_. Sous cet angle, l'expertise réalisée en 2017 n'apparaît donc pas critiquable.

Pour le surplus, aucun avis médical au dossier ne vient infirmer les conclusions rhumatologiques de l'expertise du G.\_\_\_\_\_. En particulier, les avis établis par les médecins traitants de l'assurée (cf. rapports du Dr U.\_\_\_\_\_ des 15 mai 2010, 1<sup>er</sup> juillet 2010 et 9 mai 2011 ; cf. rapports du Dr F.\_\_\_\_\_ des 24 septembre 2012, 23 juin 2014, 4 août 2014 et 22 mars 2019) se contentent pour l'essentiel d'affirmations catégoriques sans réelle motivation concernant les répercussions des troubles rhumatologiques constatés – les empêchements dans l'exécution des travaux ménagers n'étant, ainsi, pas même abordés dans le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 22 mars 2019 – et ne contiennent en définitive aucun élément concret et objectif dont le rapport d'expertise du 15 décembre 2017 ne tiendrait pas compte. Dans ces conditions, les conclusions de l'expert rhumatologue du G.\_\_\_\_\_ ne peuvent donc qu'être privilégiées.

**bb)** Au niveau cardiologique, l'expert P.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée présentait une cardiopathie hypertensive sans composante ischémique, vu l'absence de lésion coronarienne à la coronarographie réalisée en 2015, et que cette cardiopathie structurelle entraînait une

dysfonction diastolique, ayant généré l'œdème pulmonaire aigu survenu en 2010. Pour autant, il a précisé que la situation cardiaque était actuellement favorablement maîtrisée sous traitement et qu'aucun élément objectif ne témoignait d'une limitation fonctionnelle d'origine cardiovasculaire. Ainsi, sur le plan strictement cardiologique, les aptitudes de l'assurée demeuraient entières (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 34).

A l'aune de ces éléments, qui ne sont mis en cause par aucun document versé au dossier, force est d'admettre l'absence d'atteinte incapacitante sur le plan cardiologique et, corrélativement, la conservation à ce niveau d'une pleine capacité à travailler et effectuer des travaux ménagers.

**cc)** Sous l'angle de la médecine interne, l'expert M. \_\_\_\_\_ a considéré que la dyslipidémie, l'hypertension artérielle et le diabète insulino-requérant étaient traités médicamenteusement et n'avaient aucune incidence sur les aptitudes de l'assurée (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 33). La lecture des pièces en mains de la Cour de céans ne révèle du reste aucun indice sérieux permettant d'en douter, ce qui n'est du reste pas contesté. Cette appréciation ne peut donc qu'être validée.

**dd)** Concernant l'obésité, les experts du G. \_\_\_\_\_ ont constaté que l'assurée, pesant 149 kg pour 166 cm, présentait un IMC de 54.1 (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 29) - soit une valeur constitutive d'une obésité morbide (cf. Pierre Fournier/Lucie Favre/Michel Montavon/Marjorie Audard-Mariller/Michel Suter/Nicolas Demartines/François Pralong, Surpoids et obésité morbide dans le canton de Vaud : projections pour 2014, *in* : Revue Médicale Suisse, 22 mars 2017, p. 637). De leur évaluation, il résulte qu'il n'y a aucune interaction entre les troubles cervicaux/dorso-lombaires et l'obésité (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 38). Ces spécialistes ont en revanche estimé que le surpoids avait pu être une des causes de la détérioration des deux genoux (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 34). Par

ailleurs, l'excès massif de poids était à l'origine d'un syndrome métabolique et pouvait ainsi être mis en relation avec l'hypertension artérielle, les troubles cardiaques et le diabète, ces atteintes étant néanmoins sous contrôle (cf. *ibid.* p. 38). A cela s'ajoutait que si l'obésité morbide n'avait pas d'incidence sur les aptitudes de l'assurée en tant que ménagère, l'excès pondéral entravait cependant l'intéressée dans ses déplacements en ce sens que même les mouvements les plus simples (par exemple : faire la cuisine) étaient alourdis, que les mouvements du tronc étaient ressentis comme très pénibles et que le moindre effort physique déclenchait une dyspnée (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 33). C'est toutefois à juste titre que les experts n'ont prêté aucun caractère intrinsèquement incapacitant à l'obésité de l'assurée. En effet, sur le principe, l'obésité n'est en soi pas constitutive d'invalidité. Pour qu'une éventuelle invalidité soit admise, il faut que l'excédent de poids ait provoqué une atteinte à la santé ou qu'il soit lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain soit sensiblement réduite et ne puisse être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C\_48/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.3 ; voir également TFA I 583/82 du 17 octobre 1983 *in* RCC 1984 p. 359). Or tel n'est pas le cas en l'espèce. Si l'obésité de la recourante constitue certes une gêne dans sa vie quotidienne et peut en outre être mise en relation avec le syndrome métabolique (en particulier l'hypertension artérielle et le diabète), l'atteinte cardiologique et - plus spécifiquement - les troubles incapacitants des deux genoux, ces seuls éléments ne permettent pas pour autant de constater une incapacité de travail, en dehors des limitations fonctionnelles décrites par les experts en raison des troubles rotuliens objectivés, dans le contexte d'une assurée ne faisant aucun effort afin de perdre du poids et ce alors même qu'une réduction d'excès pondéral s'avère pourtant impérative d'un point de vue médical, notamment par le biais d'une chirurgie bariatrique (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 38 s.).

Au vu de ces éléments, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle reproche aux experts du G. \_\_\_\_\_ d'avoir apprécié l'impact de l'obésité de manière discordante et incomplète (cf. mémoire de recours du

23 mai 2019 p. 4 ss), cet aspect ayant bien au contraire été minutieusement examiné dans ses éventuelles interactions avec les autres pathologies somatiques. Les médecins traitants de l'intéressée, soit les Drs U.\_\_\_\_\_ puis F.\_\_\_\_\_, n'ont pas davantage apporté d'élément objectif permettant d'étayer une analyse divergente ; en particulier, contrairement à ce que soutient la recourante (cf. mémoire de recours du 23 mai 2019 p. 7), l'attestation du Dr F.\_\_\_\_\_ du 22 mars 2019 se contente de prendre le contre-pied des conclusions des experts du G.\_\_\_\_\_ sans développer d'arguments médicaux concrets ni indiquer en quoi une perte de poids ne pourrait pas être envisagée. Peu importe, au surplus, le rapport d'enquête pour l'évaluation de l'impotence du 28 mai 2018 constatant que seule l'obésité permettait de rendre plausible le besoin d'aide (cf. mémoire de recours du 23 mai 2019 p. 6), l'impotence et l'invalidité étant deux choses différentes quand bien même elles ont pour point commun la référence à la notion d'atteinte à la santé (ATF 137 V 351 consid. 4.3) ; au surplus, on notera que nonobstant les conclusions dudit rapport d'enquête, aucune limitation médicale n'a été retenue pour les actes ordinaires de la vie, pas plus que pour un éventuel accompagnement (cf. avis médical SMR du 14 août 2018), ce qui a amené à la décision de refus d'allocation pour impotence du 1<sup>er</sup> novembre 2018 entrée en force sans avoir fait l'objet d'une quelconque contestation

A la lumière des éléments qui précèdent, il y a donc lieu de conclure que l'expertise du G.\_\_\_\_\_ n'apparaît pas critiquable sous cet angle non plus.

**b)** On rappellera par ailleurs que l'expert H.\_\_\_\_\_ avait signalé - sans poser de diagnostic précis - l'existence de quatorze point de fibromyalgie sur dix-huit, auxquels s'ajoutaient des signes comportementaux de surcharge et des points de contrôle positifs évocateurs d'un syndrome douloureux chronifié (cf. rapport d'expertise du 27 novembre 2013 p. 7). Si de tels éléments pouvaient certes paraître évocateurs d'un trouble psychosomatique, cette thèse n'a toutefois pas été vérifiée au terme de l'instruction complémentaire du dossier, aucun avis médical n'étant en définitive venu confirmer les suspicions de l'expert

H.\_\_\_\_\_. On notera plus spécifiquement que l'expert rhumatologue C.\_\_\_\_\_ n'a observé aucun paramètre clinique permettant de poser le diagnostic de fibromyalgie ; en particulier, il n'a pas retrouvé de points de contrôle de la fibromyalgie et a de surcroît constaté l'absence de plaintes de fatigue chronique et de repos non réparateur (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 34), cela dans le contexte d'une autolimitation à tous les niveaux (cf. ibid. p. 37). L'analyse de l'expert psychiatre R.\_\_\_\_\_ n'a pas davantage révélé d'éléments du registre psychosomatique (cf. ibid. 31 s. et 35). Contrairement à ce que soutient la recourante, les experts du G.\_\_\_\_\_ ne se sont donc pas contentés d'écarter la question de la fibromyalgie (cf. mémoire de recours du 23 mai 2019 p. 7), mais n'ont simplement pas décelé d'élément concret justifiant de poser un tel diagnostic et d'examiner ses répercussions. Le fait que l'attestation d'une infirmière en psychiatrie de [...], jointe au mémoire de recours du 23 mai 2019, ait fait mention de troubles psychosomatiques, sans autre indication ou motivation, n'y vient du reste rien changer.

Par conséquent, dans la mesure où les pièces en mains de la Cour de céans ne contiennent au final aucune analyse médicale objectivant un trouble psychosomatique et explicitant les composantes d'une telle atteinte, on ne saurait dès lors admettre l'existence d'une telle pathologie dans le cas particulier ni, partant, examiner son caractère invalidant à l'aune des indicateurs développés en la matière (cf. consid. 4c supra).

**c)** Concernant l'aspect psychique, l'expert R.\_\_\_\_\_ a posé un diagnostic de personnalité accentuée immature (Z73.1), sans impact sur la capacité de travail. Il faut souligner à ce égard que du point de vue diagnostique, des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés n'étaient pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité (TF 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et la référence citée). Aussi, des traits de personnalité tels que ceux observés chez la recourante n'ont pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances (TF 9C\_279/2020 du 15 juillet 2020 consid. 5.3 et les

références citées ; TF 9C\_369/2019 précité loc. cit.). Ce constat s'impose d'autant plus que, dans le cas particulier, la structure accentuée de la personnalité n'est associée à aucune atteinte psychiatrique majeure dont la conjonction pourrait susciter une diminution des capacités (ATF 144 V 50 consid. 5.2.1). Bien au contraire, l'examen psychiatrique de l'expert R.\_\_\_\_\_ a montré que l'assurée - laquelle ne bénéficiait d'aucun traitement psychiatrique proprement dit (hormis certains contacts ponctuels) - ne présentait aucune autre atteinte à la santé psychiatrique et, dès lors, aucune limitation fonctionnelle sur ce plan (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 31 s., 35). En particulier, l'expert n'a observé aucun signe clair de la lignée dépressive ou anxieuse, n'a pas constaté de fatigabilité et n'a pas davantage décelé de trouble neurovégétatif, psychomoteur ou psychotique ; un contexte d'autolimitation et d'invalidation a, en revanche, été signalé (cf. ibid. p. 32 et 37). Dans ces conditions particulières, l'expert était donc légitimé à conclure à l'absence d'atteinte ayant valeur de maladie psychiatrique, et cela sans avoir à se déterminer à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence (cf. consid. 4c supra).

L'analyse de l'expert R.\_\_\_\_\_ n'est du reste mise en doute par aucun élément au dossier. En particulier, on rappellera que le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait conclu à l'absence de toute perturbation psychiatrique. (cf. rapport d'examen clinique psychiatrique du 26 mars 2012 p. 4 s.) et que cette appréciation a été jugée pleinement probante aux termes de l'arrêt cantonal du 19 mars 2013 (CASSO AI 244/12 - 62/2013), l'emportant en particulier sur l'évaluation du Dr U.\_\_\_\_\_ (cf. attestation médicale du 9 mai 2011) mais également du Dr A.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 27 octobre 2011). Si par ailleurs le Dr F.\_\_\_\_\_ a dans un premier temps signalé une personnalité dépressive (cf. rapports des 24 septembre 2012, des 23 juin 2014 et 4 août 2014), il n'a guère motivé son propos et n'en a du reste plus fait état par la suite (cf. attestation médicale du 22 mars 2019). Quant au trouble anxio-dépressif évoqué en procédure de recours par l'infirmière en psychiatrie de [...], il n'est en rien étayé et ne saurait être considéré comme un diagnostic psychiatrique posé *lege artis*. Tout au plus relèvera-t-on ici que cette infirmière a rattaché les troubles de

l'assurée à un sentiment d'injustice induit par une séparation d'avec son fils (ce dernier ayant été expulsé de Suisse [cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 21 janvier 2019]); or de telles circonstances, qui ont trait à l'impact négatif de l'environnement psychosocial ou socio-culturel de l'assurée, ne permettent pas de conclure à une atteinte revêtant un degré de gravité suffisant du point de vue de l'assurance-invalidité (voir dans ce sens TF 9C\_549/2015 du 29 janvier 2016 consid. 4.3).

Sur le vu de ces circonstances, le volet psychiatrique de l'expertise du G.\_\_\_\_\_ doit lui aussi être confirmé.

**d)** C'est par ailleurs le lieu de souligner qu'en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité, le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Or, dans le cadre de leur analyse consensuelle, les spécialistes du G.\_\_\_\_\_ ont précisément reconnu de tels facteurs chez l'assurée - sous forme d'inacculturation, d'absence de formation professionnelle, d'illettrisme, de compétences linguistiques déficientes, de facteurs socio-culturels et du chômage du mari (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 36). C'est dès lors à juste titre que ces spécialistes n'en ont pas tenu compte dans leur évaluation.

**e)** En définitive, l'examen du dossier ne révèle aucun motif pertinent incitant à douter du rapport établi le 15 décembre 2017 par les experts du G.\_\_\_\_\_. Les conclusions de ce rapport s'avèrent en outre complètes et exemptes de contradictions et satisfont, ainsi, aux exigences posées par la jurisprudence en matière de pleine valeur probante (cf. consid. 3b supra). Dans ces conditions, l'intimé était fondé à reconnaître à la recourante une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité professionnelle adaptée, respectivement de 60 % dans une activité ménagère.

Tout au plus ajoutera-t-on, par surabondance, que la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle reproche aux experts du G.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir décrit d'activité professionnelle adaptée à sa portée (cf. mémoire de recours du 23 mai 2019 p. 7). En effet, ces spécialistes avaient uniquement eu à se positionner sur le plan médical (sous l'angle des aptitudes résiduelles et des éventuelles limitations fonctionnelles), ce qu'ils ont fait (cf. consid. 5a à d supra), et non sous celui de la réadaptation éventuelle. Du reste, compte tenu du statut de l'intéressée (cf. consid. 6 infra), cette question ne se posait de toute façon pas dans le cas particulier.

**f)** Partant, le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise ou l'interpellation du Dr F.\_\_\_\_\_ comme celle de membres de la famille de la recourante, tels que sollicités par l'intéressée (cf. mémoire de recours du 23 mai 2019 p. 9), seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

**6.** Pour le surplus, la recourante ne conteste pas le statut de 100 % ménagère qui lui a été reconnu. Elle ne soulève pas non plus de griefs à l'encontre de l'évaluation des empêchements résultant du rapport d'enquête économique sur le ménage du 21 janvier 2019 (18,70 %). A cet égard, quand bien même les experts du G.\_\_\_\_\_ ont évoqué une aptitude de 60 % dans les activités ménagères, il reste que le degré d'invalidité de l'assuré qui assume des tâches ménagères ne doit pas être déterminé sur une base médico-théorique mais en tenant compte des conséquences concrètes de l'atteinte à la santé sur chacune des activités en partant d'une enquête menée sur place par une personne qualifiée (Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 462 ad art. 28a LAI). Ainsi, le rapport d'enquête constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (TF 9C\_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). Tel est le cas en

l'occurrence, l'évaluation tenant notamment compte de la situation concrète de l'assurée dans la tenue de son ménage et de l'aide exigible de l'entourage dans le cadre de l'obligation de diminuer le dommage (voir à ce sujet ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; voir également TF 9C\_568/2017 du 11 janvier 2018 consid. 5.4). La Cour de céans ne décèle, du reste, aucune raison pertinente de revenir sur ces éléments.

Cela étant, en application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI, en corrélation avec les art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), le taux d'invalidité de la recourante doit conséquemment être arrêté à 18,70 %. Il s'avère dès lors inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a refusé cette prestation à l'assurée.

**7. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

**c)** La recourante bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Christian Favre (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a communiqué la liste de ses opérations le 29 avril 2020, faisant état 12 heures et 40 minutes d'activité – soit 10 heures et 50 minutes de prestations d'avocat-stagiaire et 1 heure et 50 minutes de prestations d'avocat.

On notera ici que l'assistance judiciaire ne couvre en principe que les opérations accomplies depuis le dépôt de la demande, ainsi que les démarches urgentes entreprises peu auparavant. Si la demande est déposée avec l'acte de recours, les actes nécessaires à la préparation du recours sont couverts, même s'ils ont été accomplis peu avant la demande (ATF 122 I 203). *In casu*, l'assistance judiciaire a été octroyée à la recourante avec effet au 23 mai 2019, date du dépôt de la demande, formulée dans le recours. Les opérations répertoriées entre le 14 et le 23 mai 2019, considérées comme nécessaires à la rédaction du recours, seront néanmoins prises en compte. Pour le reste, le temps consacré pour chaque poste mentionné apparaît correct et justifié. Dès lors, compte tenu des heures de prestations d'avocat-stagiaire (10 heures et 50 minutes) et d'avocat (1 heure et 50 minutes) admises, ainsi que du forfait applicable aux débours (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), le montant total de l'indemnité de Me Favre s'élève à 1'720 fr. 80, y compris la TVA.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**d)** La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 avril 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Christian Favre est arrêtée à 1'720 fr. 80 (mille sept cent vingt francs et huitante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Christian Favre (pour T. \_\_\_\_\_),
- 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 :