

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

U._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Olivier Carré,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Entrée en Suisse en 1993, U. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, d'origine kosovare, est mariée et mère de deux enfants adultes. Dès 1998, elle a travaillé en tant qu'employée d'entretien au taux de 40 % pour le compte de la société T. _____ SA. En parallèle, elle a œuvré dans la même fonction au taux de 50 % au service de la société V. _____ SA. Elle était en incapacité de travail totale depuis le 10 avril 2012.

b) Le 10 juillet 2012, D. _____ Assurance SA, assureur perte de gain en cas de maladie de T. _____ SA, a complété un formulaire de communication de détection précoce de l'assurance-invalidité à l'intention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Dans le cadre de la procédure de détection précoce, l'office AI a établi un rapport initial en date du 24 juillet 2012, qui retenait les atteintes à la santé suivantes : état dépressif (épisode majeur), infection aiguë des voies respiratoires supérieures et cervicobrachialgies. Il était relevé que B. _____ Assurance SA, assureur perte de gain en cas de maladie de V. _____ SA, préconisait la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.

Mandaté par B. _____ Assurance SA, le Dr G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a déposé son rapport le 13 septembre 2012. Après avoir posé le diagnostic incapacitant de cervico-brachialgies sur troubles dégénératifs cervicaux probables et de hernie discale C6-C7 gauche, il a recommandé une limitation du port de charges lourdes. Toutefois, au vu de la labilité émotionnelle constatée lors de son examen clinique, le Dr G. _____ a estimé que la capacité de travail de l'intéressée devait faire l'objet d'une évaluation par un psychiatre.

Dans un courrier à l'assurée du 27 septembre 2012, B. _____ Assurance SA a indiqué à l'assurée que, sur la base des pièces médicales en sa possession, son médecin-conseil avait retenu que l'activité de nettoyeuse n'était plus exigible. En revanche, elle disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité sans port de charges lourdes.

Le 28 février 2013, B. _____ Assurance SA a chargé le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de procéder à l'examen psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 26 avril 2013, il a exclu tout diagnostic incapacitant. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un trouble dépressif récurrent en rémission, un trouble somatoforme indifférencié et une anxiété généralisée. En l'absence de limitations fonctionnelles, il a estimé qu'elle était apte à travailler à 100 %.

Dans un courrier du 24 juillet 2013, D. _____ Assurance SA a informé l'assurée qu'elle lui versait les indemnités journalières jusqu'au 30 septembre 2013 sur la base d'une incapacité de travail de 100 %.

c) Le 5 mai 2015, U. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du médecin traitant de l'assurée, le Prof. J. _____, spécialiste en médecine interne générale, en hématologie et en oncologie médicale. Dans son rapport du 10 juillet 2015, il a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de hernie discale en C6 gauche, de protrusion discale C6-C7, de trouble dépressif récurrent avec symptômes somatiques et de probable anxiété générale. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une discopathie lombaire surtout en L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une dyslipidémie. Il a renoncé à se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Le Prof. J. _____ a notamment joint à son rapport les annexes suivantes :

- un compte-rendu d'IRM cervicale du 12 février 2004, qui concluait à l'existence d'une petite hernie discale postéro-latérale gauche en C6-C7 ainsi qu'à un relâchement ligamentaire en C5-C6 ;
- un compte-rendu d'IRM lombo-sacrée du 9 février 2011. Cet examen concluait à des discopathies lombaires surtout en L4-L5 et L5-S1. Si aucune hernie discale n'a été constatée, une atteinte dégénérative facettaire postérieure en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 a cependant été mise en évidence. Il n'y avait pas d'étranglement ni de rétrécissement canalaire ;
- un rapport du 21 mai 2013 à l'intention du médecin-conseil de B._____ Assurance SA, dans lequel il avait posé le diagnostic incapacitant de cervico-brachialgies gauches avec anamnèse de hernie discale postéro-latérale gauche en C6-C7 en 2001 ; il considérait que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée aux pathologies présentées ;
- un compte-rendu d'IRM cervicale du 22 mai 2013, qui retenait une hernie discale avec signes de contrainte sur la racine C6 gauche, protrusion discale C6-C7 prédominant en paramédian gauche et micro traumatisme avec œdème médullaire pédiculaire D5 gauche ;
- un rapport du 6 juin 2013 adressé au Prof. J._____, dans lequel le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics de syndrome cervico-vertébral chronique et syndrome cervico-radicaire C6 droite irritatif, non déficitaire sur discopathie avec hernie discale C5-C6 droit ; de syndrome myofascial avec triggerpoint dans le muscle trapèze et dans le muscle levator scapulae à droite, dysfonction dorsale droite ainsi que de tendinitis calcarea à l'épaule droite.

Dans un rapport du 22 septembre 2016 établi à l'intention de l'office AI, la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de trouble

dépressif récurrent. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a notamment retenu un trouble somatoforme indifférencié ainsi qu'une anxiété généralisée. Elle a expliqué s'être chargée du suivi de l'assurée du 21 novembre 2012 au 27 juin 2013. Le 12 juillet 2016, l'intéressée est revenue à sa consultation avec une demande de poursuite de prise en charge psychiatrique intégrée. Comme elle n'avait plus de place à son cabinet, la Dre P._____ n'a pu accéder à sa demande, si bien qu'elle n'a fourni aucune indication concernant notamment la capacité de travail et d'éventuelles limitations fonctionnelles.

Assurant le suivi psychiatrique d'U._____ depuis le 19 juillet 2016, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété, en date du 9 décembre 2016, un rapport médical à l'intention de l'office AI. Il y posait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dépression moyenne chronique, de trouble panique, d'anxiété généralisée et de difficultés liées à l'exil. Sur le plan des limitations fonctionnelles, il a relevé que l'état dépressif chronique était responsable d'une asthénie et entravait sa capacité de concentration. De même, l'anxiété nuisait à la concentration et augmentait la fatigue. L'assurée présentait par ailleurs des attaques de panique très invalidantes ainsi que des cervicalgies chroniques la handicapant dans son activité professionnelle. Au vu de ces éléments, le Dr S._____ a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle en toute profession.

Le 30 décembre 2016, l'office AI a fait verser à la procédure le dossier constitué par B._____ Assurance SA. Y figurait notamment un rapport du 15 février 2013 de la Dre P._____, dans lequel elle retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyennement sévère avec syndrome somatique) et de probable anxiété généralisée. Compte tenu de la symptomatologie présentée, la capacité de travail était nulle dans l'activité de technicienne de surface exercée alors.

Prenant position sur le dossier médical de l'assurée, le Dr N._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité

(ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) avec consilium d'experts (avis médical du 10 janvier 2017).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté la Clinique H. _____ auprès de laquelle l'assurée a séjourné du 6 au 8 août 2018. Déposé le 14 août 2018 et signé par les Drs Z. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, A. _____, spécialiste en médecine interne générale, et M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le rapport de synthèse se fondait, outre le dossier médical et d'imagerie, sur l'anamnèse et l'examen clinique du 6 août 2018 (Dre A. _____), l'expertise rhumatologique du 6 août 2018 (Dre Z. _____) et l'expertise psychiatrique du 8 août 2018 (Dr M. _____). Du point de vue de la médecine interne, les experts ont diagnostiqué un surpoids (BMI à 27,5 kg/m²) et un tabagisme chronique ; sous l'angle rhumatologique, ils ont diagnostiqué une protrusion discale C6-C7, une tendinite calcifiante du sus-épineux à droite avec conflit sous-acromial récurrent, un hallux valgus rigidus à droite ainsi que des rachialgies non spécifiques ; quant à l'expert psychiatre, il a retenu des troubles anxieux mixtes (type anxiété généralisée et trouble panique). Les experts ont conclu leur évaluation en ces termes.

« En conclusion, les experts s'accordent de manière unanime à admettre une atteinte de l'appareil locomoteur sous forme de cervicalgies sur protrusion discale C6-C7 et d'une tendinite calcifiante du sus-épineux droit avec conflit sous-acromial récurrent qui entraînent les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges excédant 5 kg et des mouvements répétitifs du membre supérieur droit (en particulier en hauteur au-dessus de 90° d'élévation). En somme, l'atteinte de l'appareil locomoteur ne diffère pas de celle constatée lors de l'examen rhumatologique spécialisé du Dr G. _____ en 2012. Dans une activité adaptée respectant les limitations susmentionnées, l'exigibilité médico-théorique est complète. Les experts s'accordent à juger que la psychopathologie sous forme de troubles anxieux mixtes ne revêt pas de valeur incapacitante. »

Faisant siennes les conclusions de l'expertise de la Clinique H. _____, la Dre X. _____ (médecin auprès du SMR) a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité de femme de ménage depuis 2012, tandis que dite capacité était entière dans une activité adaptée aux

limitations fonctionnelles énoncées par les experts (avis médical du 18 octobre 2018).

Le 11 décembre 2018, l'office AI a informé U._____ qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité au motif que le taux d'invalidité qu'elle présentait, fixé à 23,32 %, était inférieur au seuil de 40 % ouvrant droit à cette prestation. Si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle depuis le 10 avril 2012, elle était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg et pas de mouvements répétitifs du membre supérieur droit en particulier au-delà de 90°.

Représentée par Me Olivier Carré, avocat, l'assurée a présenté, le 1^{er} février 2019, des objections à l'encontre de ce projet. Contestant l'expertise de la Clinique H._____, elle a fait valoir que les experts avaient sous-estimé les répercussions de son état de santé sur sa capacité de gain. De plus, elle a déploré qu'ils n'aient pas recueilli des renseignements actualisés auprès de ses médecins traitants. Elle a enfin critiqué les modalités ayant présidé à la désignation de la Clinique H._____ en tant qu'établissement chargé de procéder à l'expertise.

Le 5 mars 2019, l'assurée a transmis à l'office AI un rapport établi le 25 février 2019 par le Dr S._____ ainsi qu'un rapport du 4 mars 2019 du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale. Après avoir fait part de ses observations à propos du rapport d'expertise de la Clinique H._____, le Dr S._____ retenait une humeur abaissée, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une augmentation de la fatigabilité associée à une diminution de la concentration, une diminution de l'estime de soi ainsi qu'une perturbation du sommeil, ce qui l'a conduit à poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen. L'assurée en déduisait que, sur la base d'un tableau clinique similaire, l'expert psychiatre avait minimisé les atteintes à la santé présentées. Quant au Dr C._____, il a déclaré ne pas remettre en cause les arguments du Dr S._____. L'assurée a dès lors réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise.

Le SMR n'ayant pas modifié son point de vue (avis médical du 16 avril 2019), l'office AI a rendu une décision formelle en date du 23 avril 2019, aux termes de laquelle il a entériné son refus d'octroyer ses prestations (rente d'invalidité et mesures d'ordre professionnel).

B. a) Par acte du 29 mai 2019, U. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 23 avril 2019, concluant sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation en ce sens qu'elle est mise au bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité à préciser en cours d'instance, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. En substance, l'assurée a contesté disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. S'en prenant au rapport d'expertise de la Clinique H. _____, elle a une nouvelle fois déploré qu'aucun des trois experts ne se soit avisé de recueillir des renseignements auprès de ses médecins traitants, si bien que leur appréciation reposait sur un dossier qui n'avait pas été actualisé. Qui plus est, aucun nouvel examen d'imagerie n'avait été réalisé durant son séjour de trois jours à la Clinique H. _____. A cela s'ajoutait que, sur le plan psychiatrique, le Dr S. _____ s'était employé à mettre en évidence les discordances contenues dans le rapport de l'expert psychiatre, tout en soulignant les points à propos desquels il divergeait de son appréciation. Dans ces conditions, le SMR ne pouvait se contenter d'affirmer que le Dr S. _____ n'avait pas apporté d'éléments nouveaux mais aurait au contraire dû interpeller l'expert afin qu'il se détermine sur les éléments figurant dans le rapport du 25 février 2019. En ne le faisant pas, l'office AI s'est livré à une instruction lacunaire justifiant « qu'une expertise pluridisciplinaire véritable, neutre et indépendante, soit ordonnée. »

b) Dans sa réponse du 1^{er} juillet 2019, l'office AI a conclu au rejet du recours. Tout en relevant que le rapport d'expertise de la Clinique H. _____ du 14 août 2018 revêtait pleine valeur probante quant à l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il a déclaré que le rapport du Dr S. _____ du 25

février 2019 ne remettait pas en question les conclusions du rapport d'expertise précité, dès lors qu'il n'apportait aucun élément nouveau depuis le rapport du 9 décembre 2016.

c) A l'appui de sa réplique du 2 octobre 2019, l'assurée a transmis un rapport du Dr S. _____ du 2 août 2019. Celui-ci y réaffirmait que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de sa patiente avait été sur-évaluée dans la mesure où les experts avaient systématiquement minimisé la gravité des symptômes présentés, ce qui les avait conduit à retenir un trouble anxieux mixte au lieu d'une dépression. Selon lui, le tableau clinique présenté justifiait une incapacité de travail totale. L'assurée en déduisait que les éléments mis en exergue par le Dr S. _____ dans ce document ainsi que dans son rapport du 25 février 2019 étaient de nature à éveiller des doutes quant au bien-fondé des conclusions des experts.

d) Dupliquant en date du 29 octobre 2019, l'office AI s'est référé à l'avis de la Dre X. _____ du 28 octobre 2019 dans lequel elle a indiqué que les rapports établis par le Dr S. _____ les 25 février et 2 août 2019 ne contenaient aucun élément susceptible de modifier les conclusions figurant dans l'avis médical du 18 octobre 2018. Partant, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

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 de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, soit en particulier l'appréciation de la capacité de travail.

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

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

être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) 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 ; 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).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) Cette nouvelle jurisprudence précise qu'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).

6. a) En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'examens complets sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie et de la psychiatrie auprès de la Clinique H._____, dont les conclusions ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, il a retenu qu'elle disposait, malgré les atteintes à la santé qu'elle présente, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5 kg et

pas de mouvements répétitifs du membre supérieur droit en particulier au-delà de 90°). Les griefs de la recourante portent essentiellement sur l'appréciation de son cas sous l'angle psychiatrique.

Le rapport d'expertise du 14 août 2018 et ses annexes (rapport d'expertise rhumatologique du 6 août 2018 et rapport d'expertise psychiatrique du 10 août 2018) répondent en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux. Dans toutes les spécialités médicales, tant sur les plans somatique que psychique, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale et socio-professionnelle), elle a été établie en pleine connaissance du dossier et a notamment tenu compte des avis des médecins s'étant prononcés sur l'état de santé de l'assurée. En outre, les plaintes de cette dernière ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont discuté les options thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et la plausibilité de même qu'ils ont examiné les capacités, ressources et difficultés de la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées.

b) En particulier, au plan rhumatologique, les données de l'examen clinique sont rassurantes. L'expertise décrit une bonne mobilité du rachis cervical et dorso-lombaire, l'absence de limitation fonctionnelle significative du rachis cervical ou de déficit neurologique ; il n'y a pas non plus de franche compression radiculaire à l'IRM. S'agissant des épaules, l'examen clinique a montré des signes de conflit sous-acromial à droite, sans limitation majeure des amplitudes articulaires, ce qui excluait un éventuel diagnostic de capsulite rétractile ; la radiographie de l'épaule droite réalisée en mai 2018 a confirmé la présence d'une volumineuse calcification du sus-épineux ayant bien régressé au contrôle échographique effectué par les experts. Sur la base de leur examen, ils ont posé les diagnostics de protrusion discale C6-C7 (M 51.3) et de tendinite calcifiante du sus-épineux à droite avec conflit sous-acromial récurrent (M 55.3). Si les douleurs évoquées par l'assurée se rapportaient certes à certains points de fibromyalgie, elles ne répondaient toutefois pas

aux critères de l'ACR [American college of rheumatology] révisés en 2016, que cela soit en termes d'intensité - car elles demeuraient fluctuantes - ou de localisation - car elles intéressaient spécialement la région cervico-scapulaire. Les experts ont par conséquent exclu le diagnostic de fibromyalgie. Ils ont en revanche retenu des rachialgies non spécifiques (M 50.5), étant donné l'absence de limitations fonctionnelles significatives du rachis lombaire ainsi que l'absence d'un signe radiculaire irritatif ou déficitaire aux membres inférieurs à l'examen clinique. Ils ont enfin constaté que l'assurée présentait un hallux valgus rigidus à droite (M 20.2).

Comme on vient de le relever, les experts ont clairement expliqué les raisons les ayant conduits à poser les diagnostics retenus, lesquels rejoignent du reste dans une large mesure ceux figurant dans les autres avis médicaux au dossier. A l'instar des Drs G._____, W._____ et J._____ (cf. respectivement rapports des 13 septembre 2012, 6 juin 2013 et 10 juillet 2015 ; cf. aussi compte-rendu d'IRM cervicale du 22 mai 2013), les experts retiennent l'existence d'une atteinte de l'appareil locomoteur sous forme de cervicalgies sur protrusion discale C6-C7 et d'une tendinite calcifiante du sus-épineux droit avec conflit sous-acromial récurrent. Au terme d'une appréciation dûment motivée, ils ont estimé que, moyennant le respect des limitations fonctionnelles énoncées, des activités adaptées étaient accessibles sans restriction à la recourante, ce qu'elle ne remet du reste pas fondamentalement en cause.

c) En revanche, sur le plan psychiatrique, la recourante se prévaut de l'avis de son psychiatre traitant, le Dr S._____, pour contester l'absence de limitation fonctionnelle et, partant, le caractère non incapacitant des troubles anxieux mixtes (type anxiété généralisée et trouble panique) retenus par le Dr M._____, psychiatre auprès de la Clinique H._____. Après avoir souligné que les symptômes décrits par le Dr S._____, tels que la fatigue, des troubles de la concentration ou une grande vulnérabilité au stress, restaient très subjectifs, le Dr M._____ a déclaré avoir retrouvé la plupart d'entre eux dans le cadre de son évaluation, même s'ils revêtaient un degré modeste ou insignifiant. Il

s'agit donc d'une analyse différente d'éléments similaires, lesquels font l'objet d'une appréciation subjective de la part du médecin traitant, qui n'est au demeurant pas confirmée par l'expertise réalisée en 2013 par le Dr F._____. Celui-ci n'avait en effet pas observé d'état de fatigue ni de troubles de la concentration (cf. rapport du 26 avril 2013).

aa) Dans son rapport du 10 août 2018, le Dr M._____ a dûment tenu compte de l'intensité des manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée, à savoir des troubles anxieux mixtes (F 41.3) (type anxiété généralisée et trouble panique). Il a ainsi fait état d'inquiétudes quasi constantes avec un sentiment permanent de tensions, de soucis et d'anticipation négative, amplifiées et à caractère dramatique (tendance à la catastrophisation). Il a également mis en évidence une anxiété centrée sur la santé associée à des épisodes d'anxiété paroxystique, de type attaques de panique, qui conduisent à un retrait relatif à domicile. Il n'y avait pas d'autres éléments orientant vers un autre trouble anxieux, en particulier un état de stress post-traumatique.

Concernant la lignée dépressive, le Dr M._____ a souligné que les critères (CIM-10) d'un épisode dépressif même léger n'étaient pas réunis. Il n'y avait pas de troubles de la concentration ou de l'attention notoires, pas de diminution de l'estime de soi, pas d'idées de culpabilité, pas d'idées auto-agressives, pas de perturbations marquées du sommeil ou de l'appétit, il n'y avait pas non plus de ralentissement, pas de manque d'incitation ni anhédonie majeure. En somme, les épisodes dépressifs n'étaient plus d'actualité malgré le vécu douloureux de l'assurée qui contribuait largement à l'adoption d'un statut de malade. Au contraire, l'évolution annoncée par cette dernière s'améliorait puisqu'elle était moins confinée à son domicile au cours des derniers mois et osait sortir seule moyennant la prise d'un comprimé de Temesta. Si la symptomatologie dépressive n'était plus d'actualité lors de l'examen à la Clinique H._____, il convient de relever dans ce contexte que ces troubles étaient déjà en rémission au moment de l'expertise effectuée par le Dr F._____, ce dernier ayant posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4). Sur la base des éléments

anamnestiques et de son observation, ce médecin a retenu qu'il y avait probablement un trouble dépressif récurrent avec des épisodes dépressifs saisonniers mais cette affection était alors en rémission. Outre que les plaintes subjectives étaient plus importantes que les constatations objectives, il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, de perte de dynamisme ni de tristesse particulièrement marquée. L'assurée ne décrivait par ailleurs pas d'anhédonie (cf. rapport du 26 avril 2013, pp. 6-7).

Au surplus, le Dr M. _____ a indiqué qu'il n'y avait aucun signe orientant vers un trouble obsessionnel compulsif ou en faveur d'une dépendance à des substances addictives. Il n'y avait pas non plus d'éléments pour un trouble du comportement alimentaire, pour un trouble psychotique ou un trouble de la personnalité avéré chez une assurée avec un discours informatif, précis, cohérent, et concordant avec les éléments figurant au dossier.

bb) Concernant les indicateurs de la cohérence, le Dr M. _____ a retenu que les plaintes décrites par l'assurée étaient cohérentes et peu changées depuis plusieurs années. En tant qu'elle souffrait d'un trouble anxieux, celui-ci favorisait une amplification et une catastrophisation de ses symptômes (dont les douleurs). D'après l'expert, il ne fait pas de doute que l'intéressée présente une certaine fragilité psychique, en particulier une susceptibilité à l'anxiété qui s'est manifestée et se manifeste encore sous différentes formes, à savoir des préoccupations excessives quant à sa santé physique, des symptômes aspécifiques (fatigue, troubles subjectifs de la concentration, vertiges) et la persistance d'une peur de faire des malaises, en particulier hors de son domicile. Cependant, l'ensemble de la psychopathologie présentée est de degré modéré et n'a guère de valeur incapacitante en soi concernant une mise en valeur d'une capacité de travail. Il relève d'ailleurs que la psychopathologie de l'assurée n'altère pas de manière significative les relations au sein de sa famille et qu'elle arrive à maintenir des relations amicales, de voisinage et reste autonome dans ses soins personnels ainsi que dans sa mobilité. C'est ainsi qu'elle est capable de sortir seule pour

effectuer de petites courses (mais prend alors systématiquement un demi-comprimé de Temesta) ou pour se rendre à un rendez-vous médical ou de physiothérapie. Durant la journée, elle sort parfois avec l'une ou l'autre de ses amies ou voisines. S'agissant des activités domestiques, elle passe un peu la poussière, range la vaisselle dans le lave-vaisselle et cuisine un peu, étant précisé que le mari et le fils aîné se chargent de la plupart des tâches ménagères. Quant au traitement thérapeutique, le suivi médico-psychiatrique en cours paraissait adapté et permettait le maintien de cet équilibre acceptable, aux dires mêmes de l'assurée.

d) aa) La recourante estime que le rapport d'expertise de la Clinique H. _____ est dépourvu de force probante, dès lors que les experts n'ont pas pris contact avec ses médecins traitants. En l'espèce, les experts ont eu connaissance de l'anamnèse, du dossier ainsi que des avis des médecins traitants de la recourante (cf. rapport du 14 août 2018, pp. 2-6). Par ailleurs, ils ont personnellement examiné la recourante et ont consigné ses plaintes. En outre, ils se sont fondés sur leurs propres constatations médicales. Cela étant, il convient de retenir que les conclusions auxquelles aboutissent les experts procèdent d'une discussion générale, où ont été intégrés, dans une analyse globale cohérente, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique. On ne saurait dès lors reprocher aux experts d'avoir renoncé à requérir des renseignements supplémentaires auprès des médecins traitants, dont les avis se trouvaient dans le dossier mis à leur disposition.

bb) Se pose encore la question de savoir si le Dr S. _____ a sérieusement mis en doute l'appréciation du Dr M. _____.

Force est en l'occurrence de constater que le Dr S. _____ n'apporte aucun élément permettant de douter de l'avis de l'expert. Outre que ce dernier a examiné les symptômes relevés par le Dr S. _____, il a constaté qu'ils étaient plus modestes et insignifiants que ce que le psychiatre traitant prétendait. Dans son rapport du 25 février 2019, le Dr S. _____ admet certes une certaine amélioration sur le plan anxieux

depuis 2017 et souligne le fait que l'assurée est capable de quitter son domicile, mais il considère que cela ne lui permet pas de retrouver une pleine capacité de travail. Il s'agit d'une question d'appréciation, tout comme le fait que le Dr S._____ estime que l'expert minimise les symptômes et leurs répercussions. Le psychiatre traitant tente d'opposer ses propres diagnostics d'épisode dépressif moyen ainsi que d'anxiété généralisée et d'attaques de panique à celui retenu par l'expert ; or il convient de souligner que ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail ; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient n'est dans ce contexte que secondaire (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et les références). Par ailleurs, c'est le lieu de rappeler que les diagnostics retenus par l'expert sont dûment motivés. Le Dr S._____ reproche en outre à l'expert de ne pas avoir retenu les troubles de la concentration et la fatigue dont s'est plainte l'assurée. Or l'expert ne saurait se fier uniquement aux déclarations de l'assurée ; en l'espèce, il a constaté qu'il n'y avait pas trace de tels troubles durant leur entretien, ou alors à un degré modeste et insignifiant (cf. rapport du 10 août 2018, pp. 5 et 6) ; il a donc fait une appréciation objective des plaintes de l'assurée. Le Dr S._____ entend substituer ses propres constatations et conclusions à celles de l'expert ; or ce dernier a examiné la question de la capacité de travail, non pas simplement en considérant que les pathologies (la dépression et les troubles anxieux selon le Dr S._____) induisent une incapacité de travail totale (voir courrier du Dr S._____ du 25 février 2019 in fine), mais en appréciant le degré de gravité fonctionnel, en pondérant les déficits fonctionnels et les ressources, en déterminant la cohérence des plaintes de l'assurée et son comportement dans ses différentes activités et en excluant les facteurs contextuels non médicaux qui empêchent l'assurée de reprendre une activité professionnelle. Le médecin traitant n'a pas non plus pris en compte les ressources relevant de l'entourage familial ni n'a décrit la vie quotidienne.

e) Sur le vu de ce qui précède, l'expertise de la Clinique H._____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur

probante. L'évaluation de l'état de santé et la répercussion des atteintes sur la capacité de travail font l'objet d'une étude circonstanciée. Le rapport se fonde sur une analyse complète de la situation de l'assurée et prend en considération ses plaintes et les avis médicaux au dossier. Ses conclusions sont claires, motivées et ne souffrent pas de contradictions. Les conclusions différentes de certains médecins traitants ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations des experts qui ont eu connaissance de l'ensemble des aspects de la problématique et les ont pris en compte dans leur évaluation.

7. La recourante laisse entendre que les experts de la Clinique H._____ ne disposeraient pas de l'indépendance et de l'impartialité requises.

a) En droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 ; 137 V 210 consid. 2.1.3).

b) En l'espèce, le mandat d'expertise a été attribué par l'intermédiaire de la plateforme électronique SuisseMED@P. Cette dernière répond aux exigences de désigner de manière aléatoire les mandats d'expertises pluridisciplinaires comprenant au moins trois disciplines différentes à des centres d'expertises liés à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par une convention (ATF 137 V 210 ; art. 72bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La Clinique H._____ fait partie de ces centres et sa désignation a été faite dans les règles de l'art. En outre, l'assurée a été informée de l'attribution de l'expertise à la Clinique H._____ et ne l'a pas contestée (cf. communication du 7 juin 2018). Par ailleurs, le seul fait que la Clinique H._____ soit liée à une assurance sociale, soit la CNA - laquelle n'est au demeurant pas partie à la présente procédure - n'est pas suffisant pour

conclure que les médecins qui y travaillent ne disposent pas de l'indépendance requise pour examiner et évaluer l'état de santé de la recourante. Le Tribunal fédéral a notamment déjà considéré que le fait qu'un médecin ou un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) se voit confier régulièrement des mandats d'expertise par un assureur social n'est pas un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les références).

8. Il convient encore d'examiner le préjudice économique subi par la recourante.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (cf. consid. 3b supra).

L'intimé a retenu que l'assurée aurait pu réaliser un revenu sans invalidité de 60'801 fr. 75 à 100 %, en se fondant sur les données figurant dans l'extrait de son compte individuel. Quant au revenu avec invalidité, l'office AI s'est référé au salaire statistique que percevrait une femme dans des activités non qualifiées du domaine du conditionnement, de la production ou de l'industrie légère et l'a fixé à 46'621 fr. 09 après avoir procédé à un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles (ATF 126 V 75). De la comparaison entre ces deux revenus, il ressort un taux d'invalidité de 23,32 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimé, de même que la comparaison effectuée, ne prêtent pas flanc à la critique. Ils n'ont d'ailleurs pas été contestés.

9. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction apparaît inutile. La requête de mise en œuvre d'une expertise médicale formulée par la recourante doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui

lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

10. En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

11. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés à la charge de l'Etat (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).

b) N'obtenant pas gain de cause, la recourante, bien qu'assistée d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

c) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré. Sur la base de la liste des opérations produite le 21 janvier 2020, il convient d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 12 heures et 3 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit un montant s'élevant à 2'169 fr., auquel s'ajoutent les débours par 108 fr. 45 (art. 3bis al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 7,7 % par 175 fr. 35 (2'277 fr. 45 x 7,7 %), ce qui représente un montant total de 2'452 fr. 80.

d) Il convient de relever qu'en date du 5 mai 2020, un montant de 2'000 fr. a été versé à Me Carré à titre d'avance sur l'indemnité d'office à laquelle il prétend en raison de la pandémie due au Covid-19.

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil 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 incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (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 23 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 Olivier Carré, conseil d'office, est arrêtée à 2'452 fr. 80 (deux mille quatre cent cinquante-deux francs et huitante centimes), débours et TVA compris, sous déduction de la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) déjà versée à titre d'avance.
- 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 mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Carré, avocat (pour U. _____),
- 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).

Le greffier :