

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 octobre 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourante, représentée par Me Raphaël Tatti, avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à [...], intimé.

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée et mère de trois enfants (dont deux majeurs), titulaire d'un diplôme de commerce, a exercé dans ce secteur jusqu'en 2014. Elle a ensuite effectué une formation dans le domaine du massage et débuté, en juillet 2014, une activité indépendante de massothérapeute à plein temps, qu'elle n'exerce plus depuis février 2016 (cf. rapport initial de détection précoce du 11 mai 2016).

Le 31 mai 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant être en incapacité totale de travail depuis le 16 février 2016 et souffrir de rhumatisme psoriasique.

Dans un rapport à l'OAI du 20 juin 2016, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de poussée de rhumatisme inflammatoire dans le cadre de son psoriasis ou de sa thyroïdite en septembre 2014, de fibromyalgie surajoutée non exclue, mais plus probablement de rhumatisme psoriasique retenu en 2015. Tout en considérant que l'activité exercée était médicalement encore exigible à un faible pourcentage, le médecin traitant a indiqué que le rendement était réduit, les douleurs empêchant l'assurée de travailler dans la durée sur une journée complète ou alors entrecoupée de plages de repos. Étaient joints au rapport du Dr J._____ :

- un rapport du 17 juin 2014 du Dr O._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, posant les diagnostics de syndrome hypothyroïdien dans le cadre d'une thyroïdite auto-immune, biologiquement latente et de carence martiale ;

- un rapport du 16 septembre 2014 de la Dre D._____, spécialiste en rhumatologie, laquelle ne disposait pas d'assez

d'argument pour retenir un rhumatisme psoriasique malgré la raideur matinale et les réveils nocturnes, du fait de l'absence de synovite, de limitation articulaire ou rachidienne. Cette praticienne s'est déclarée surprise par les douleurs matinales pour une fibromyalgie simple d'autant que tout cela était apparu dans un contexte dysimmunitaire, précisant qu'elle ne retenait pas pour l'instant le diagnostic de fibromyalgie ;

- un rapport du 3 février 2015 de la Dre D. _____ relevant que l'assurée avait fait une poussée de douleurs inflammatoires en rapport avec le psoriasis ou avec la thyroïde, qui avaient depuis lors disparu ; selon cette praticienne, les douleurs persistantes diffuses musculaires et tendineuses étaient possiblement liées au syndrome dépressif ou révélatrice d'une authentique fibromyalgie débutante ; et

- un rapport du 26 février 2016 de la Dre D. _____ indiquant avoir revu l'assurée pour une récurrence des douleurs depuis le mois de novembre 2015, avec sensation de brûlure aux fesses, genoux, mains, chevilles, talons, épaules et coudes et relevant qu'il était très difficile de distinguer un rhumatisme psoriasique plutôt enthésitique évoluant par poussée et une fibromyalgie.

Dans un rapport à l'OAI du 27 juin 2016, la Dre D. _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de rhumatisme psoriasique enthésitique depuis février 2016. Elle a estimé que d'un point de vue médical, l'activité habituelle était encore exigible à 40-50 %, soulignant que l'amélioration de la capacité de travail dépendait de la réponse au nouveau traitement.

En date du 1^{er} juillet 2016, l'assurée a indiqué dans le questionnaire sur la détermination du statut que bien portante, elle serait active en tant que massothérapeute à 60 % depuis le 1^{er} janvier 2014, et ce, par intérêt personnel.

Dans son rapport du 17 août 2016 à l'attention de l'OAI, le Dr O. _____ a indiqué que l'assurée souffrait d'un syndrome hypothyroïdien

dans le cadre d'une thyroïdique auto-immune biologiquement latente, d'un rhumatisme psoriasique et d'un état dépressif. Il a précisé que l'évolution du syndrome thyroïdien était bonne et n'occasionnait aucune incapacité de travail, de sorte que c'était clairement le syndrome douloureux qui était au premier plan.

Dans un avis médical du 4 septembre 2017, le Dr P._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que les limitations fonctionnelles étaient « une capacité de travailler en position debout ou en marchant à 50 %, et de soulever/porter jusqu'à 10 kg ». Il a relevé que dans son rapport du 26 février 2016, la Dre D._____ indiquait que l'assurée exerçait encore un peu son activité d'indépendante avec un à deux massages par jour, ce qui correspondant à 20-40 % de son activité habituelle. Dans la mesure où plus d'une année s'était écoulée depuis le dernier rapport de la Dre D._____, dans lequel le diagnostic restait encore incertain et ne permettait pas de se déterminer sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressée, le Dr P._____ a préconisé de réinterroger la rhumatologue traitante.

Dans un rapport du 10 juillet 2017, la Dre R._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a posé le diagnostic principal de spondylarthrite axiale et périphérique depuis 2014 et le diagnostic secondaire de psoriasis cutané. Elle a précisé que l'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire ne montrait pas de modification inflammatoire mais qu'il existait des signes de spondylarthrite chronique avec une légère composante inflammatoire aiguë au niveau des sacro-iliaques. Selon la Dre R._____, l'ultrason des épaules avait mis en évidence un discret épanchement bilatéral dans la portion intra-articulaire du biceps, ainsi qu'une discrète bursite sous acromiale gauche, comme argument pour une atteinte inflammatoire également à ce niveau.

Dans son rapport du 7 décembre 2017 à l'OAI, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant depuis août 2017, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité

de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.10) depuis 2015. Selon ce praticien, l'assurée présentait quelques limitations dues au syndrome dépressif, sous la forme d'une diminution de la résistance, de fatigue et de difficultés de concentration et de gestion des émotions, précisant que ces symptômes s'amélioreraient selon l'évolution des conditions de vie et de la santé de l'assurée. Il a estimé que l'activité exercée était encore exigible, avec un rendement réduit « léger à moyen ».

Dans son rapport du 17 janvier 2018 à l'OAI, la Dre R. _____ a confirmé son diagnostic de spondylarthrite axiale et périphérique. Elle a indiqué ne pas avoir revu l'assurée depuis le 4 juillet 2017 et qu'il était possible de s'attendre encore à une amélioration clinique. Elle a mentionné que la capacité de travail dans l'activité habituelle de massothérapeute était nulle, mais que l'assurée pouvait travailler entre 70 et 100 % dans une activité adaptée. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre R. _____ a relevé chez l'intéressée des douleurs des chevilles, genoux, hanches, épaules, coudes, poignets et doigts, soulignant que tout mouvement répétitif était impossible à cause de l'arthrite. Elle a également indiqué que l'assurée ne pouvait pas porter plus de 5 kg à cause des douleurs articulaires et d'une inflammation au niveau des articulations sacro-iliaques.

Dans un rapport à l'OAI du 18 février 2018, le Dr J. _____ a indiqué que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle depuis le 29 septembre 2016, et nulle dans une activité adaptée depuis lors. Etaient notamment joints au rapport du Dr J. _____ :

- un rapport du 17 juillet 2017 du Dr O. _____, relevant chez l'assurée l'apparition d'une hyperthyroïdie franche en progression aboutissant au diagnostic de maladie de Basedow, dont l'évolution était quelque peu inhabituelle ;

- un rapport du 20 janvier 2018 du Dr O. _____, indiquant ne pas avoir revu l'assurée entre août et décembre 2017, mais

ayant été informé d'une orbitopathie thyroïdienne en progression, pour laquelle un bilan était recommandé.

Le 2 mars 2018, le Dr W. _____ a, sur demande de l'OAI, confirmé son diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et estimé l'incapacité de travail entre 30 et 50 % dans une activité adaptée. Il a énuméré comme limitations fonctionnelles une diminution de la résistance et de l'endurance, un manque de motivation lié aux sentiments d'impuissance et de fatigue, qui pouvaient contribuer à des situations d'absentéisme, auxquelles pouvaient également contribuer des périodes d'instabilité émotionnelle, une baisse de l'énergie vitale et de la thymie.

Par avis médical du 27 mars 2018, le Dr B. _____ du SMR, relevant un tableau somatique incertain avec à la clé le diagnostic différentiel de fibromyalgie, ainsi qu'un tableau psychiatrique peu convaincant, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise med@P avec volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne.

L'OAI a ainsi mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire confiée au C. _____, plus précisément aux Drs H. _____ pour le volet de médecine interne, V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et L. _____, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport du 14 janvier 2019, les experts n'ont retenu aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. S'agissant des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, ils ont notamment posé ceux de syndrome douloureux chronique avec spondylarthropathie axiale et rhumatisme psoriasique inactifs, d'exophtalmie de l'œil droit avec orbitopathie discrètement inflammatoire avec diplopie dans le cadre d'une maladie de Basedow et de psoriasis. Ils ont en outre exposé ce qui suit :

« I.1.d. 2 Évaluation médicale interdisciplinaire avec une explication/motivation des diagnostics actuels »

Du point de vue psychiatrique, le status mental de la personne assurée est normal et ne met en exergue aucune pathologie psychiatrique.

Aucun diagnostic psychiatrique ne peut être retenu au moment de l'expertise.

Les observations du status mental ne corroborent pas celles du Dr W. _____ Santos, qui précise que l'état clinique de la personne assurée n'a pas changé depuis son dernier rapport, où il décrit une dépression sévère.

L'examen rhumatologique de ce jour est strictement normal. Il s'agit d'un syndrome douloureux chronique et d'une spondylarthropathie psoriasique qui sont actuellement inactifs. Les points évoquant une fibromyalgie certaine selon les critères ACR 1990 ne sont pas retrouvés ce jour.

Du point de vue de la médecine interne, il s'agit d'une personne assurée, qui a comme atteinte à la santé une maladie de Basedow compliquée d'une exophtalmie droite avec atteinte oculomotrice et de l'acuité visuelle.

[...]

I.1.d.5 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Du point de vue psychiatrique, en l'absence de diagnostic psychiatrique, il n'y a pas lieu de développer des réflexions sur une gravité de troubles qui peuvent être considérés comme inexistantes du point de vue psychiatrique.

Du point de vue rhumatologique, il n'y a pas de gravité des troubles.

Du point de vue de la médecine interne, le déficit est léger.

I.1.d.6 Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

La personne assurée présente un status mental normal et dispose de toutes les ressources personnelles.

I.1.d.7 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

- profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

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

- profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue interdisciplinaire, le profil d'effort restera sans limitation et le pronostic est favorable.

I.1.d.8 Contrôle de cohérence

- Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines

En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, l'expert ne peut pas développer des réflexions sur une gravité d'une affection qui n'existe pas. La capacité de travail, du point de vue strictement psychiatrique, est de 100% dans tous les domaines, sans atteinte du rendement, sans limitation de nombre d'heures/jour de travail et sans nécessité d'élaborer de réflexion quant aux ressources personnelles, profil d'effort ou des limitations fonctionnelles, ni quant à une activité adaptée.

Du point de vue somatique, il n'y a pas de limitation.

- Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

Du point de vue psychiatrique et de la médecine interne, il n'y a pas de divergence.

Du point de vue rhumatologique, il existe manifestement une divergence et une incohérence entre les plaintes décrites par la personne assurée et l'examen clinique ainsi que la situation d'examen. La personne assurée est restée assise plus d'une heure sans demander à changer de position, n'a manifesté aucune gêne douloureuse ni grimace lors de la mobilisation et au cours de l'examen. Elle était plutôt détendue et souriante, rapportant les faits, mais disant de façon très claire qu'elle ne veut plus travailler, ne se voit pas retravailler. Il existe manifestement une incohérence entre ses plaintes et ses dires, elle voit sa maladie comme une maladie grave alors que l'examen clinique est strictement normal.

Remarque : les réponses dans les anamnèses peuvent différer un peu entre chaque expertise spécialisée.

[...]

Ces différences n'influencent pas le taux de la capacité de travail d'un point de vue consensuel.

- Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation

Du point de vue psychiatrique, l'expert ne peut pas se prononcer clairement sur une dimension de simulation ou exagération. Il n'est pas exclu que la personne assurée, ne montrant aucun symptôme douloureux durant un entretien de près de deux heures, lève l'étendard de sa victimisation familiale sous forme de plaintes douloureuses multiples.

Du point de vue somatique, il n'y a pas d'élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation lors de l'entretien ou lors de l'examen.

I.1.d.9 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Rétrospectif
La personne assurée ne travaille plus depuis février 2016.

Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail a toujours été de 100%.

Étant donné que l'examen rhumatologique de ce jour est tout à fait satisfaisant, hormis pendant les crises douloureuses où elle a été vue par les rhumatologues en 2015, 2016 et 2017, où la capacité de travail a été de 0% pour une ou deux semaines, le taux d'activité a toujours été à 100%.

Du point de vue de la médecine interne, en tant que massothérapeute, la capacité de travail a toujours été de 100%.

En tant que secrétaire, la capacité de travail a toujours été de 100% sauf entre février et octobre 2018, date à laquelle le prisme a été prescrit, où la capacité de travail a été de 0%.

- Actuel

Du point de vue psychiatrique : 100%.

Du point de vue rhumatologique : 100%.

Du point de vue de la médecine interne : 100%.

Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail est de 100%.

- Évolutif/Pronostic

Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail devrait rester de 100%.

Du point de vue rhumatologique, elle devrait être favorable, avec un taux qui se maintiendra à 100% en dehors des crises de sa spondylarthrite, qui peut se manifester à tout moment, mais qui est actuellement inactive.

Du point de vue de la médecine interne : la capacité de travail n'évoluera pas tant que les pathologies resteront stables.

I.1.d.12 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Les options thérapeutiques individuelles préconisées pour la personne assurée ont été décrites dans chaque expertise spécialisée dans la rubrique des options thérapeutiques envisageables.

Si elles peuvent améliorer sensiblement la capacité de travail d'un point de vue interdisciplinaire, il convient de spécifier :

- La durée du traitement

En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, la question du traitement psychiatrique ne se pose pas.

D'un point de vue rhumatologique, pour le moment, le traitement est purement symptomatique, à savoir des anti-inflammatoires. Il n'y a pas d'indication de biothérapie le jour de l'examen. Il convient de continuer le traitement actuel en période de crise ainsi que le

traitement préconisé par le centre antidouleur, qui semble donner une réponse satisfaisante.

Du point de vue de la médecine interne : néant.

- Le degré de succès prévisible

Du point de vue psychiatrique : néant.

Du point de vue somatique : la capacité de travail est déjà à 100 %.

- Les éventuelles raisons médicales (risques) qui plaideraient contre la thérapie proposée

Aucune ».

Dans un rapport du 19 mars 2019, le Dr T. _____ du SMR a retenu que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé, ni limitations fonctionnelles et que sa capacité de travail était entière dans toute activité.

Par projet de décision du 21 mars 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a expliqué que l'exercice d'une activité à 100 % était exigible, dès lors qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé incapacitante.

Par courrier du 29 avril 2019, l'assurée, sous la plume de Me Raphaël Tatti, s'est opposée à ce projet. Elle a notamment indiqué que le rapport d'expertise était en contradiction manifeste avec les divers certificats médicaux.

Par décision du 28 juin 2019, l'OAI a confirmé le refus de rente d'invalidité.

B. Par acte du 4 septembre 2019, E. _____, représentée par Me Raphaël Tatti, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Elle a fait valoir que sur le plan rhumatologique, ses douleurs variaient en fonction de certains critères, ce qui expliquait

pourquoi elle pouvait ne pas avoir manifesté de douleurs le jour de l'expertise. Sur le plan psychiatrique, elle a relevé que l'appréciation de l'expert était contredite par l'avis des autres médecins, soulignant que l'absence de traitement psychotrope n'est pas suffisante pour écarter le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Elle a enfin indiqué souffrir d'un problème ophtalmologique nécessitant une intervention chirurgicale prévue au mois de novembre suivant. Elle a joint à son recours les documents suivants :

- un rapport du 12 août 2019 du Dr J._____, qui mentionnait que l'anamnèse, l'examen clinique et les rapports des rhumatologues l'avaient toujours poussé à fixer la capacité de travail à 0 % et qui relevait qu'un conflit familial avec l'une de ses filles avait certainement joué un rôle dans la diminution de sa capacité de travail, sans en chiffrer la mesure, tout comme les plaintes récidivantes concernant ses mains et ses poignets ; et

- un rapport du 12 août 2019 de la Dre N._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, posant le diagnostic de multiples douleurs articulaires et musculaires, probablement en lien avec une spondylarthrite axiale et périphérique selon le diagnostic posé par la Dre R._____; la Dre N._____ a toutefois indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée.

Par décision du 24 septembre 2019, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 septembre 2019, dans la mesure de l'exonération des frais judiciaires et de leurs avances et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Raphaël Tatti.

Dans sa réponse du 28 octobre 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Répliquant le 22 mai 2020, la recourant a maintenu ses conclusions et requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, portant à tout le moins sur les volets rhumatologique et psychiatrique. Elle a soutenu que l'expertise du C. _____ était contradictoire, en tant que les experts admettaient un certain nombre d'atteintes à la santé mais qu'ils retenaient qu'elles n'avaient aucun impact sur sa capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, elle a expliqué que les experts avaient constaté à tort que ses syndromes étaient actuellement inactifs. Elle a en outre contesté la valeur probante de l'expertise psychiatrique.

Dans sa duplique du 30 juin 2020, l'intimé a maintenu sa position, relevant que la recourante ne fournissait aucun élément ou rapport propre à étayer ses allégations.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

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

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

4. a) 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 exigée 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF

9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

d) 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, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. 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 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques 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). 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 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

6. En l'espèce, en se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du C._____, établi le 14 janvier 2019, l'OAI a retenu que la recourante présentait une capacité de travail entière, ce que l'intéressée conteste.

a) Sur le plan somatique, les experts ont notamment retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique avec spondylarthropathie axiale et rhumatisme psoriasique inactifs, d'exophtalmie de l'œil droit avec orbitopathie discrètement inflammatoire avec diplopie dans le cadre d'une maladie de Basedow et de psoriasis, considérant que ceux-ci étant sans incidence sur la capacité de travail de la recourante.

aa) D'un point de vue rhumatologique, les diagnostics retenus par l'expert L. _____ sont superposables à ceux retenus par les médecins traitants, sous réserve du fait qu'ils seraient « inactifs » au jour de l'expertise. L'appréciation de ce spécialiste repose en particulier sur un examen complet de l'assurée, ainsi que sur l'analyse des rapports médicaux et de l'imagerie figurant au dossier. En outre, elle prend en considération les plaintes de la recourante. A cet égard, l'expert a relevé qu'il existait manifestement une divergence et des incohérences entre les plaintes décrites par l'intéressée et l'examen clinique, qui s'était révélé parfaitement normal. Le Dr L. _____ a notamment relevé que l'assurée était restée assise plus d'une heure sans demander à changer de position, qu'elle n'avait manifesté aucune gêne douloureuse, ni grimace lors de la mobilisation et au cours de l'examen, relevant qu'elle était plutôt détendue et souriante, en exprimant de façon très claire qu'elle ne voulait plus travailler. L'expert L. _____ a en outre décrit avec soin le contexte médical avant de conclure que la capacité de travail demeurerait entière dans toute activité.

Contrairement à ce que soutient la recourante, aucun avis médical au dossier ne vient infirmer les conclusions rhumatologiques de l'expertise du C. _____. En particulier, les avis établis par les médecins traitants rejoignent, sous l'angle diagnostique, celui de l'expert rhumatologue. Leurs avis divergent en revanche s'agissant du caractère incapacitant de la spondylarthropathie axiale et du rhumatisme psoriasique, l'expert considérant que ceux-ci étaient sans incidence sur la capacité de travail de la recourante. Or force est de constater que les médecins traitants eux-mêmes ne s'accordent pas sur ce point. Pour sa

part, le Dr J._____ a exposé, dans son rapport du 12 août 2019 produit à l'appui du recours, avoir toujours considéré que la capacité de travail de l'intéressée était nulle, ce qui est erroné car, dans son rapport du 20 juin 2016, ce praticien avait considéré que l'activité habituelle était médicalement encore exigible, mais avec un rendement réduit. Quant à la Dre D._____, elle a considéré que l'activité habituelle était encore exigible à 40-50 % (cf. rapport à l'OAI du 27 juin 2016). Enfin, la Dre N._____ n'a pas été en mesure de se déterminer sur la capacité de travail de l'assurée. La capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles a été attestée par la Dre R._____, - qui n'a pas revu l'assurée depuis le 4 juillet 2017 -, laquelle l'a fixée entre 70 et 100 % (cf. rapport du 17 janvier 2018). Il découle de ce qui précède que l'incapacité de travail de la recourante était discutée par l'ensemble des médecins traitants. Ces derniers se sont pour l'essentiel contentés d'affirmations catégoriques sans réelle motivation et leurs avis ne contiennent en définitive aucun élément concret et objectif dont le rapport d'expertise du 14 janvier 2019 ne tiendrait pas compte. Les avis divergents des différents intervenants laissent en outre apparaître que l'intensité des atteintes de la recourante variait dans le temps, se manifestant souvent sous forme de « poussées », ce qui est d'ailleurs corroboré par les conclusions de l'expertise.

La recourante critique la durée des examens s'étant déroulés au C._____. Toutefois, la durée de l'examen n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical. Le rôle d'un expert, consiste justement à se prononcer sur l'état de santé de l'assurée dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). Ainsi, une consultation même de courte durée, pour autant que ce fût le cas en l'espèce, n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas. Partant, l'argument de la recourante selon lequel les atteintes rhumatologiques ne peuvent être qualifiées d'incapacitantes par les experts au motif que leurs manifestations dépendaient de différents facteurs, notamment temporels, doit être rejeté. Cela est d'autant plus vrai que lors de l'examen concernant le volet psychiatrique de l'expertise, qui a pris place un autre jour, soit le 23

octobre 2018, l'expert V._____ a relevé que la recourante, qui n'avait montré aucun symptôme douloureux durant près de deux heures, puisse lever l'étendard de sa victimisation familiale sous forme de plaintes douloureuses diverses. Il a en effet retenu que bien que l'assurée se plaigne de douleurs handicapantes de manière permanente, il ne se retrouvait pas devant une personne dont le comportement renvoyait vers une telle pathologie, dans la mesure où elle ne semblait pas inconfortable durant la durée de l'entretien, ne changeant pas de position sur sa chaise tout en précisant avoir des douleurs à la fin de l'entretien, bien qu'elle se soit levée et ait marché normalement.

A titre superfétatoire, on relèvera encore que si la Dre D._____ avait évoqué une possible fibromyalgie débutante (cf. rapports du 3 février 2015 et du 26 février 2016), elle ne l'a finalement pas retenue dans son rapport du 27 juin 2016, mettant l'existence des douleurs de la recourante sur le compte d'un rhumatisme psoriasique. Le diagnostic de fibromyalgie avait également été évoqué par le Dr J._____ (cf. rapport du 20 juin 2016). Si de tels éléments pouvaient certes être paraître évocateurs d'un trouble psychosomatique, cette thèse n'a toutefois pas été vérifiée au terme de l'instruction du dossier, aucun avis médical n'étant en définitive venu confirmer les suspicions des médecins précités. On notera plus spécifiquement que l'expert rhumatologue L._____ n'a observé aucun paramètre clinique permettant de poser le diagnostic de fibromyalgie, lequel a même souligné que les points évoquant une fibromyalgie n'étaient pas retrouvés le jour de l'examen.

Dans ces conditions, les conclusions de l'expert rhumatologue du C._____ ne peuvent donc qu'être privilégiées. En outre, et contrairement à ce qu'allègue la recourante, le fait que l'expert ait retenu un certain nombre d'atteintes qu'il estime être sans incidence sur la capacité de travail, ne permet pas de retenir que l'expertise contienne des contradictions.

bb) Sous l'angle de la médecine interne, l'experte H._____ a considéré que l'exophtalmie de l'œil droit avec orbitopathie discrètement

inflammatoire avec diplopie dans le cadre d'une maladie de Basedow n'avait aucune incidence sur les aptitudes de la recourante. 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. En particulier, le fait que la recourante doive subir une intervention chirurgicale comme elle le soutient ne suffit pas à considérer que cette atteinte puisse être considérée comme incapacitante.

b) Sur le plan psychique, l'expert V. _____ n'a retenu aucun diagnostic. L'examen psychiatrique de ce spécialiste a montré que l'assurée - laquelle ne bénéficiait d'aucun traitement psychiatrique proprement dit - ne présentait aucune atteinte à la santé psychiatrique et, dès lors, aucune limitation fonctionnelle sur ce plan. En particulier, l'expert a relevé que l'assurée était vive, loquace, présentant un discours spontané, fluent et cohérent. Il a en outre indiqué qu'elle ne présentait pas de manifestations thymiques - hormis un accès de larmes à l'évocation de sa famille -, soulignant qu'elle se présentait comme victime de malchance et d'incompréhension par rapport à son histoire d'échec familial et l'aversion affective de ses enfants. L'expert V. _____ a également mis en évidence l'absence de symptômes de la lignée psychotique. 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. 5 *supra*).

L'analyse de l'expert V. _____ n'est du reste mise en doute par aucun élément au dossier. En particulier, ce spécialiste a expliqué que les observations du status mental ne corroboraient pas celles du Dr W. _____, lequel avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, dans ses rapports du 7 décembre 2017 et 2 mars 2018. A cet égard, on rappellera que si le psychiatre traitant a certes évoqué quelques limitations fonctionnelles dues au syndrome dépressif, sous la forme d'une diminution de la résistance, de fatigue et de difficultés de concentration, ainsi qu'un manque de motivation et de la thymie, il

retenait également que l'activité exercée de masseuse était toujours exigible avec un rendement réduit « léger à moyen », respectivement de 30 à 50 % dans une activité adaptée. L'expert V._____ a relevé à cet égard que les critères retenus par le psychiatre traitant justifieraient en réalité le diagnostic d'une dépression sévère à la place d'une dépression moyenne, soulignant qu'il n'y avait pas de notion de traitement psychotrope pourtant nécessaire pour traiter une telle affection. On peut par conséquent douter de la justesse du diagnostic posé par le psychiatre traitant.

Ainsi, et contrairement à ce que soutient la recourante, l'absence de traitement psychotrope, associé à l'ensemble des éléments mis en évidence ci-dessous, plaide en faveur de l'absence d'atteinte sur le plan psychiatrique, à tout le moins d'atteinte d'un degré de gravité suffisant du point de vue de l'assurance-invalidité. A cet égard, il convient encore de relever que le Dr J._____, dans son rapport du 12 août 2019, a rattaché une partie des troubles de l'assurée aux problèmes d'avec sa fille cadette ; or de telles circonstances, qui ont trait à l'impact négatif de l'environnement psycho-social 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 ; ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

Sur le vu de ces circonstances, le volet psychiatrique de l'expertise du C._____ doit également être confirmé.

c) En définitive, l'examen du dossier ne révèle aucun motif pertinent incitant à douter du rapport établi le 14 janvier 2019 par les experts du C._____. 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. 4b supra). Dans ces conditions, l'intimé était fondé à reconnaître à la recourante une pleine capacité de travail dans toute activité.

7. Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant au moins un volet rhumatologique et psychiatrique. En effet, une telle mesure d'instruction ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; ATF 134 I 140 consid. 5.3).

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

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

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

d) Par décision du juge instructeur du 24 septembre 2019, la recourante a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 septembre 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Raphaël Tatti. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 19 octobre 2020, qui comprend notamment des débours. Il convient toutefois sur ce dernier point d'appliquer le forfait de 5 % du défraiment hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Au final, le montant de l'indemnité de Me Tatti est arrêtée à 2'188 fr. 20, débours et TVA compris.

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). 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'il 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
prononce :**

- I. Le recours déposé le 4 septembre 2019 par E. _____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 28 juin 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. L'indemnité d'office de Me Raphaël Tatti, conseil de E. _____, est arrêtée à 2'188 fr. 20 (deux mille cent huitante-huit francs et vingt centimes).
- IV. 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 à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Raphaël Tatti (pour E. _____),
- 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 :