

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 août 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Z._____, à **A.**_____, recourante, représentée par Me Jana Burysek,
avocate à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. a) Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, au bénéfice d'une attestation de formation professionnelle de coiffeuse, a notamment travaillé comme serveuse et comme employée non qualifiée auprès de divers employeurs. Elle est sans activité depuis plusieurs années.

b) Le 10 novembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de douleurs généralisées et fibromyalgie.

Après avoir fait un examen clinique et un bilan biologique de l'assurée le 13 mars 2015, la Dre H._____, spécialiste en rhumatologie, a constaté dans une lettre du 20 mai 2015 que l'assurée souffrait de troubles du sommeil, fatigabilité, pénibilité, et de douleurs extrêmement diffuses, dans un contexte probable de fibromyalgie. Le diagnostic de fibromyalgie invalidant et présent depuis le 21 novembre 2014 a été repris par la Dre T._____, spécialiste en rhumatologie, dans un rapport daté du 30 décembre 2016. Dans de brefs rapports du 7 octobre 2017 et du 26 août 2018, ce même médecin indique que la patiente se dit incapable de travailler en raison de douleurs et de pertes de connaissance et qu'elle est suivie par un psychiatre.

Dans un rapport daté du 13 septembre 2018, la Dre V._____, spécialiste en psychiatrie, et la psychologue B._____ ont posé les diagnostics de trouble de l'adaptation suite à l'accident de son mari depuis 2012-2013 (F43.2) et de trouble anxieux sans précision depuis 2017 (F41.9) qui seraient incapacitants. A titre de limitations fonctionnelles, elles rapportent les limitations d'ordre essentiellement physique décrites par l'assurée, avec des craintes de chuter et de perdre l'équilibre dans des situations où elle serait seule, étant précisé qu'une anxiété pouvait être présente. Elles ont ajouté que sur le plan psychologique, si on tenait

compte des années d'inactivité, la réinsertion progressive et soutenue par l'employeur devrait être possible entre 60 et 80 %. Il est précisé que l'assurée a participé à des entretiens avec la psychologue entre le 1^{er} mai et le 14 août 2017 à raison d'un suivi à la quinzaine.

Après examen des rapports médicaux au dossier, dans un avis du 25 septembre 2018, le Dr X._____, médecin auprès du SMR, a conclu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable, compte tenu de l'absence de diagnostic véritablement incapacitant au vu des réponses pauvres données par les médecins traitants sur le plan médical.

c) Le 4 octobre 2018, l'OAI a rendu un projet de décision refusant l'octroi de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, l'atteinte à la santé de l'assurée n'étant pas invalidante.

Dans un rapport du 20 décembre 2018, la Dre H._____ a noté que les plaintes étaient superposables à celles qui avaient été constatées en 2015, ayant justifié diverses investigations, aboutissant semble-t-il toutes au diagnostic de fibromyalgie sévère ; elle a rappelé le contexte familial difficile existant en 2015. Elle a ajouté qu'elle n'avait pas revu la patiente depuis 2015.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, le Dr M._____, médecin auprès du SMR, a préconisé une expertise rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne afin d'établir l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis 2013 et vu l'absence de suivi psychiatrique depuis plus d'une année (avis médical du 20 février 2019).

Le 29 juillet 2019, les Drs Y._____, spécialiste en médecine interne, W._____, spécialiste en rhumatologie, et S._____, spécialiste en psychiatrie, auprès de la Clinique R._____ ont rendu leur rapport d'expertise. Au terme de leur évaluation, ils ont posé les diagnostics de tabagisme chronique (F17.9) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ils ont admis de manière unanime qu'il n'y avait aucune atteinte significative à la santé physique et psychique susceptible d'occasionner des limitations fonctionnelles dans toute activité sur le

premier marché de l'emploi et par conséquent de générer une incapacité de travail (dans des activités non qualifiées ou l'activité de coiffeuse).

Dans un avis du 11 août 2019, le Dr M. _____ a fait siennes les conclusions des experts.

d) Par décision du 13 novembre 2019, l'OAI a refusé toute prestation, compte tenu de l'absence d'une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

B. Par acte du 16 décembre 2019, Z. _____, par l'intermédiaire de son conseil Me Jana Burysek, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à ce qu'il soit constaté qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2017 avec intérêt à 5% dès le 1^{er} mai 2018.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 14 janvier 2020.

Par réplique du 9 mars 2020, la recourante a maintenu ses conclusions.

Dupliquant le 27 mai 2020, l'intimé a maintenu 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 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 tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'existence d'une atteinte invalidante et sur sa capacité de travail.

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

d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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).

4. a) Selon la jurisprudence, 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).

b) Ainsi, la preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont

réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences

fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

5. 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).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une

expertise médicale, il convient 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). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

6. a) En l'espèce, la recourante invoque que l'expertise sur laquelle l'intimé s'est basé est infondée. Selon elle, les experts se sont bornés à indiquer qu'ils étaient frappés d'apprendre que cette « matter dolorosa » avait su subordonner le fonctionnement de tous les membres de la famille et que sa souffrance était devenue le pivot central autour duquel était construite la vie familiale, sociétale et professionnelle de toute la famille pour conclure que c'étaient des facteurs socio-culturels et émotionnels qui jouaient un rôle prépondérant dans la cristallisation du handicap de la recourante. Elle qualifie cette analyse de peu circonstanciée, dès lors qu'elle ne faisait que constater le fonctionnement actuel de la famille. Elle ne retrouve pas d'examen motivé et approfondi des indicateurs. Concernant le contexte social, il lui paraît douteux que les

activités décrites par la recourante « frappent » simplement les experts sans conclusion médicale. En outre, une analyse circonstanciée d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation et l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de la recourante fait défaut, selon elle. Il en irait de même des capacités inhérentes à la personnalité de la recourante ainsi que du contexte social. Elle soutient que l'expertise, trop succincte, est empreinte de contradictions. En bref, elle estime que le rapport d'expertise ne permet pas une appréciation de son cas à l'aune des indicateurs déterminants selon la jurisprudence, de sorte qu'il est nécessaire de compléter l'instruction par une nouvelle expertise.

b) Pour sa part, l'intimé a constaté que le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique R. _____ remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'une expertise, de sorte qu'il pouvait à juste titre se fonder sur ses conclusions pour refuser la demande de prestations de la recourante.

En particulier, il a rappelé que les experts avaient retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Examinant la question de la capacité de travail, il a observé que, s'agissant des indicateurs du degré de gravité fonctionnelle, les experts avaient relevé le signalement d'une douleur perpétuelle, intense et un sentiment de détresse pour le syndrome douloureux somatoforme persistant ; il a noté que, par ailleurs, le jour de l'expertise, la région lombaire était maintenue, tout en précisant qu'il avait été nécessaire à la recourante de s'allonger deux fois sur la table d'examen et se lever de la chaise à de nombreuses reprises pour piétiner. Néanmoins, l'intimé a constaté que, selon l'expert psychiatre, la gestuelle était restée libre et dynamique tout au long de l'évaluation; les déplacements, le déshabillage et le rhabillage s'étaient faits spontanément sans épargne. Les douleurs expliquées restaient ainsi dénuées des caractéristiques d'une origine organique. L'intimé a considéré qu'on ne saurait donc conclure que les symptômes avaient un caractère prononcé.

En ce qui concerne les ressources personnelles, l'intimé a mis en évidence que, selon l'expert, la recourante était attentive aux questions, disposait d'une capacité de communiquer et n'avait aucun ralentissement psychomoteur. Les capacités de compréhension et de symbolisation étaient en outre apparues satisfaisantes. Puis, la pensée n'était pas inhibée et son cours était normal. Selon l'intimé, tous ces éléments allaient dans le sens de la présence de ressources personnelles efficaces.

Par ailleurs, l'intimé a mentionné que la recourante faisait état d'une limitation uniforme dans tous les domaines de la vie, étant notamment dépendante d'une tierce personne à chaque instant. Selon la recourante, il n'était plus possible de faire les tâches ménagères et le champ relationnel était restreint. Or, l'intimé a répliqué qu'il n'en demeurait pas moins qu'elle faisait de temps en temps la poussière et la lessive, préparait les repas du lendemain avec son mari, se promenait avec son fils et voyait ses sœurs. De plus, le soutien de tous les membres de sa famille était inconditionnel. Certes les contacts sociaux étaient restreints, mais ceux-ci n'étaient pas inexistantes, ne présentant pas un retrait social complet. L'intimé a considéré qu'il ne pouvait dès lors pas retenir un niveau uniforme de limitations des activités dans tous les domaines de la vie.

Concernant les indicateurs de la cohérence, l'intimé a soulevé la discordance mentionnée par les experts entre le handicap allégué et les constatations médicales objectives. En effet, les plaintes émises n'étaient pas soutenues par l'approche psychiatrique au cours de l'expertise. L'expert avait notamment observé un comportement douloureux démonstratif, de nombreuses résistances, des autolimitations et plusieurs incohérences avaient été mises en avant : le déplacement, le déshabillage et le rhabillage se faisaient spontanément sans épargne, alors que toute simulation tactile induisait des réactions douloureuses démesurées et l'appui de quelques grammes sur le vertex déclenchait immédiatement une flexion de la nuque pour l'éviter.

A la lumière de ce qui précède, l'OAI a considéré que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 juillet 2019 permettait valablement de se prononcer sur le caractère invalidant des atteintes.

c) Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise de la Clinique R. _____.

aa) Les experts ont pris des conclusions motivées et circonstanciées en toute connaissance du dossier de l'assurée et de son anamnèse, en tenant compte de ses plaintes. Le rapport d'expertise peut donc se voir reconnaître une pleine valeur probante d'un point de vue formel.

bb) Sur le plan matériel, on constate que les experts ont posé les diagnostics après un examen complet et écarté de manière motivée d'autres diagnostics qui pouvaient être envisagés.

L'expert en médecine interne a retenu le diagnostic de tabagisme chronique (F17.9).

L'expert rhumatologue a constaté un état douloureux chronique diffus sans substrat somatique et que les critères pour la fibromyalgie étaient remplis puisque tous les points douloureux étaient présents; ces derniers étaient associés à une fatigue, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration et de la mémoire, des malaises et donc des symptômes d'allure organique. Cependant, il a ajouté que cette affection ne pouvait être retenue que si un état psychique ne sous-tendait pas l'état douloureux. Or, lorsque les symptômes psychiques devenaient prégnants, comme c'était le cas pour l'assurée, c'était essentiellement l'évaluation psychiatrique qui revêtait une valeur prépondérante.

L'expert en psychiatrie a écarté le trouble de l'adaptation avancé en 2017 ainsi que le trouble anxieux sans précision et la modification durable de la personnalité. Devant une symptomatologie

relativement démonstrative, sans intention consciente de la part de l'assurée, il a exclu une problématique de type dissociatif. Les malaises évoqués pouvaient faire penser à des épisodes de stupeur dissociative. Toutefois, sur la base d'un de ces épisodes observé durant son entretien, l'expert n'a pas constaté de diminution marquée ni d'absence ni de mouvement involontaire ou du langage. Au contraire, l'assurée avait continué à parler ; l'expert a noté une légère dyspnée à ce moment-là. Il n'a par ailleurs constaté aucun trouble moteur dissociatif ni d'anesthésie dissociative en particulier aucun élément suggérant une perte partielle de la vision, de l'audition et de l'olfaction lors du questionnaire dirigé. Il n'a pas non plus relevé la présence de critère d'un trouble de l'humeur, la tristesse exprimée n'étant pas d'une intensité significative et s'inscrivant dans une constellation symptomatique dans laquelle la douleur restait sur le devant de la scène. In fine, les éléments anamnestiques à disposition ainsi que le tableau clinique observé lors de cette expertise étaient compatibles avec le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), dont les critères diagnostiques étaient remplis: la douleur persistante intense accompagnée d'un sentiment de détresse, ubiquitaire, non expliquée par un processus physiologique représentait donc la préoccupation essentielle de l'assurée, et l'association à une fatigue intense, à des douleurs mandibulaires, à des malaises peu spécifiques.

Les experts ont ainsi retenu le syndrome douloureux somatoforme persistant comme seule atteinte susceptible d'être invalidante, ce qui n'est pas contesté par la recourante.

cc) Compte tenu du diagnostic retenu, la capacité de travail doit être évaluée en application des principes dégagés par la jurisprudence en la matière (ATF 141 V 281).

dd) L'évaluation consensuelle faite par les experts est la suivante :

« Concernant l'évolution de l'état de santé physique et psychique,

Cette assurée de 43 ans, très dynamique, sportive et sans antécédent médico-chirurgical notable développe rapidement un tableau douloureux diffus en 2012. Depuis lors, elle allègue une constante péjoration puisque les douleurs omniprésentes sont cotées presque continuellement à 10/10 à l'EVA et s'associent à tout un cortège de symptômes d'allure somatique dont le plus handicapant demeurent les malaises aspécifiques de fréquence croissante au cours des deux à trois dernières années. L'assurée peine à les décrire, le seul élément discriminatif étant leur survenue indépendamment de l'activité physique mais en lien avec les pics douloureux. Les douleurs étant résistantes à toute approche médicale traditionnelle, les malaises résistent également voire se péjorent. Au terme des nécessaires investigations clinico-radiologiques et biologiques, les somaticiens écartent un trouble organique pouvant expliquer le tableau. Le diagnostic de fibromyalgie est avancé. L'assurée s'y reconnaît instantanément et face au message communément proféré d'une pathologie chronique non mortelle mais difficilement curable, elle finit par s'installer dans son statut d'invalidé.

Concernant l'évaluation des traitements, des mesures de réadaptation et des chances de guérison,

L'approche médicale, pharmacologique et physique traditionnelle, a été rapidement vouée à l'échec. L'assurée a abandonné les antalgiques plus forts confrontée à leurs effets secondaires. Actuellement, elle ne poursuit qu'occasionnellement et selon tolérance les massages doux par une physiothérapeute. Toute sa famille s'est mobilisée pour chercher des techniques alternatives. L'assurée n'y croit pas trop ou ne peut pas se les permettre financièrement. Toutefois, elle finit par accepter un rendez-vous au Centre Q._____ à A._____ tout prochainement. Dans ce contexte d'une invalidité auto-prescrite entretenue par l'entourage familial, on ne peut pas parler de chances de guérison. Il en est de même pour les mesures de réadaptation qui sont vouées à l'échec devant la ferme conviction de cette assurée de souffrir d'une maladie incurable.

Au vu de ce qui précède et en présence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, il n'y a pas de médication ou une autre approche thérapeutique permettant d'améliorer les aptitudes physiques ou psychiques au travail que les experts puissent proposer. La médicalisation autant en termes d'investigations qu'en traitement, au contraire, risque d'avoir un effet délétère puisqu'elle ne fera que consolider la ferme conviction de cette assurée d'être gravement malade.

Evaluation de la cohérence et de la plausibilité,

Il existe à l'évidence un écart énorme entre le handicap allégué et les constatations médicales objectives. En dépit de l'impression d'une authenticité, les plaintes de l'assurée ne sont pas soutenues par l'approche somatique ni psychiatrique au cours de cette expertise.

L'examen clinique des experts somaticiens a été confronté à un comportement douloureux démonstratif sous forme de rictus, de nombreuses résistances, et d'autolimitations. Plusieurs incohérences ont été relevées: elle se déplace, dévêt et s'habille spontanément sans épargne alors que toute stimulation tactile la plus superficielle qu'elle soit induit des réactions douloureuses démesurées; elle avertit l'examineur, lui demandant de ne pas la toucher; les signes de Waddell pour la lombalgie ne peuvent être interprétés avec pertinence, tant le seuil à la douleur est bas : l'appui de quelques grammes sur le vertex déclenche immédiatement une flexion de la nuque pour l'éviter, l'assurée annonçant alors des douleurs des trapèzes. La rotation du tronc d'un bloc déclenche des douleurs des fesses; la mesure de l'équilibre pelvien par la position des index sur les crêtes iliaques déclenche une secousse et une contorsion. Elle est capable de quitter rapidement le masque de souffrance pour rire puis fondre en larmes par après, étant constamment attentive aux questions, sans ralentissement psychomoteur, sans trouble de la concentration.

Si l'on devait définir la cohérence par une homogénéité de l'atteinte limitative, selon les déclarations de l'expertisée, toutes les activités dans tous les secteurs de la vie sont sévèrement restreintes ou impossibles de manière autonome en raison du syndrome douloureux ou les malaises. Toutefois en l'absence d'un socle organique, l'allégation d'un tel handicap est difficilement crédible aux yeux des experts. Leurs appréciations expertales ne diffèrent pas de celles des collègues somaticiens ayant précédemment pris en charge l'assurée. L'association du syndrome douloureux diffus chronique à une grande détresse et la présentation exubérante de l'assurée au cours de l'évaluation sont comptables avec le syndrome somatoforme douloureux persistant.

Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés,

Sur la base des données anamnestiques, toute ressource physique, mentale et psychique est déclarée épuisée dans ce contexte de douleurs prégnantes. Cette expertisée autrefois dynamique, en bonne santé générale, déclare ne pouvoir mobiliser aucune ressource même dans la vie de tous les jours : seuls les soins d'hygiène sont réalisés de manière autonome ; toute tâche ménagère même simple nécessite l'assistance de l'entourage proche puisque l'assurée ne peut pas rester ni debout ni couchée ni assise plus que dix minutes soit parce que les crises douloureuses augmentent parfois en dents de scie et la font interrompre la tâche en cours; elle ne peut plus tenir des ustensiles plus lourds ou réaliser certaines activités comme l'épluchage ou couper les aliments. De même, elle n'utilise plus l'électroménager par peur de faire un malaise et se blesser ou occasionner un incendie. Les déplacements ne se font que de manière accompagnée par peur de faire un malaise. Les activités donc spontanées sont totalement restreintes. On est tout de même frappés d'apprendre que cette "matter dolorosa" a su subordonner le fonctionnement de tous les membres de la famille et sa souffrance est devenue le pivot central autour duquel est construite la vie familiale, sociale et professionnelle de toute la famille : elle et son mari déclarent que l'activité professionnelle de ce dernier ne se fait qu'à 60 % pour être à disposition de son épouse, qu'il se relaie avec le fils aîné qui a choisi

le métier de sécuritas pour travailler la nuit et aider sa mère la journée, que le fils cadet renonce à ses activités sportives pour ne pas mettre à contribution ses parents notamment pour le véhiculer lors de ses activités. Ici de toute évidence, ce sont les facteurs socio-culturels et émotionnels qui jouent un rôle prédominant dans la cristallisation du handicap de l'expertisée. »

Au terme de cette évaluation, les experts ont admis de manière unanime qu'il n'y avait aucune atteinte significative à la santé physique et psychique susceptible d'occasionner des limitations fonctionnelles dans toute activité sur le premier marché de l'emploi et par conséquent de générer une incapacité de travail (tant dans des activités non qualifiées que dans son activité de coiffeuse).

ee) On rappelle que, selon l'ATF 141 V 281 (consid. 2.2), le diagnostic du trouble somatoforme douloureux persistant reposant sur la terminologie du système de classification médical ne conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité que si le diagnostic résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (à ce sujet, ATF 140 V 193 consid. 3.3) apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

Dans le cas présent, les experts ont intégré à leur raisonnement l'existence prépondérante de "facteurs extra-médicaux" (exagération des plaintes, compensation attendue de la part de

l'assurance-invalidité et en terme d'attention prodiguée par ses proches, absence de motivation à reprendre une activité lucrative) qui, à l'instar des facteurs psychosociaux et socioculturels, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. A cet égard, la jurisprudence a souligné l'importance que revêtaient les évaluations médicales pour apprécier les situations dans lesquelles des facteurs externes à l'invalidité apparaissaient au premier plan et imprégnaient l'anamnèse: dans ces situations, il appartient aux médecins de préciser si l'atteinte à la santé diagnostiquée a toujours valeur de maladie ou si celle-ci passe au second plan par rapport auxdits facteurs externes (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4).

ff) En l'espèce les experts ont constaté que les critères permettant de retenir le diagnostic étaient remplis, mais que, d'une part, des éléments socioculturels et émotionnels étaient prépondérants et que, d'autre part, la compensation attendue et les facteurs d'exclusion ne permettaient pas de retenir une atteinte à la santé importante et pertinente.

Sur le plan médical, après un examen minutieux, l'expert psychiatre a relevé qu'il n'y avait pas d'élément dépressif suffisant pas plus que d'atteinte cognitive ou de trouble de la pensée pouvant interférer dans son activité de coiffeuse.

On ajoute que l'élément que la recourante décrit comme étant le plus handicapant est les malaises ; or, l'expert psychiatre a assisté à l'un d'eux et n'a constaté aucune absence ni diminution marquée du mouvement ni du langage, l'assurée ayant continué à parler. L'expert rhumatologue a également relevé que les médecins traitants, y compris les spécialistes de l'appareil locomoteur, avaient constaté rapidement que la douleur ne reposait pas sur une atteinte organique mais qu'elle était largement influencée par des facteurs psychologiques, culturels et émotionnels ; lorsqu'elle était à l'acmé, la douleur déclenchait ce que l'assurée appelait des malaises, à savoir la nécessité impérieuse de devoir

se coucher pendant quelques minutes, alors qu'il ne s'agissait pas de réelle perte de connaissance.

Lors de l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés reproduite ci-dessus, les experts ont dûment relevé les limitations invoquées par l'assurée et l'on peut constater le décalage entre le haut niveau d'impotence allégué, qui paraît d'emblée excessif, et les activités qu'elle demeurerait toutefois en mesure de réaliser seule (la poussière, la lessive, le changement des draps, préparation de repas simples, l'habillement et le déshabillage).

Les experts ont tous constaté une divergence énorme entre le handicap allégué et les constatations médicales objectives. Malgré l'impression d'authenticité des plaintes, celles-ci n'étaient pas soutenues par les constatations sur le plan somatique ni sur le plan psychiatrique. On doit relever que les douleurs continuellement cotées à 10/10 à l'EVA, ce qui représente des douleurs intolérables constantes, ne sont pas du tout crédibles, ce d'autant plus que la recourante était capable d'effectuer des activités (lessive, ménage, lecture, ...) et ne prenait pas de médicaments. C'est à juste titre que les experts ont retenu dans leur appréciation le comportement douloureux démonstratif avec de nombreuses réticences et d'autolimitations sur la base de constatations objectives qui ont été relevées dans l'évaluation de la cohérence reproduite plus haut et à laquelle on renvoie. Il est ainsi admissible de déduire qu'il est vraisemblable que les facteurs culturels ont favorisé l'expression de la douleur et l'acceptation d'un statut d'invalidé.

En outre, la recourante n'a été que brièvement suivie sur le plan psychiatrique en 2017 et elle revoyait une psychologue à raison de deux entretiens par mois ; elle n'avait vu la Dre V. _____ qu'à deux ou trois reprises. L'expert a ainsi pu considérer à bon escient que la recourante ne suivait pas de thérapie sur le plan psychiatrique et n'avait pas de suivi psychologique particulièrement intense. A cela s'ajoute que la recourante ne prenait aucun médicament psychotrope et n'en avait pas

pris par le passé. Ce fait est en inadéquation avec les plaintes de douleur insupportable de la recourante.

Puis, l'expert psychiatre a déclaré que des mesures strictement médicales ne seraient pas en mesure d'améliorer la capacité de travail. Au contraire, selon lui, on pouvait craindre qu'un investissement dans ce sens contribuât à renforcer la position d'invalidé déjà clairement cristallisée. En effet, on constate avec l'expert que les diverses thérapies tentées, sur le plan physique et psychologique, n'ont apporté aucune amélioration et ont même eu pour effet de renforcer la conviction d'être gravement malade qui tenaille l'assurée.

L'expert psychiatre a noté par ailleurs une restriction du champ relationnel de l'assurée. Toutefois, si la recourante menait une vie sociale certes retreinte, elle participait à des groupes de patients et elle bénéficiait de l'attention de l'ensemble du système familial élargi, soit y compris les parents et la fratrie qui organisaient leur vie en fonction d'elle ; en outre, elle faisait des promenades avec son mari et leurs fils. Il n'y a donc pas d'isolement social.

En définitive, l'état douloureux qui s'est constitué au fil des ans s'est également renforcé à mesure que la prise en charge médicale s'intensifiait et à mesure que l'environnement familial comblait les défaillances. La recourante s'est ainsi installée dans son statut d'invalidé dont elle tire des bénéfices, puisque l'ensemble de sa famille est constamment au petit soin pour elle, et pour lequel elle espère obtenir une compensation financière sous la forme d'une rente. Elle n'a aucune volonté de reprendre une activité professionnelle, se déclarant définitivement incapable de travailler. L'expert psychiatre a ainsi relevé de manière circonstanciée des conditions psychosociales particulières avec un déconditionnement marqué depuis bientôt une décennie et une attente claire de compensation.

Sur la base de ces éléments, qui sont pertinents, les experts étaient fondés à considérer que l'atteinte passait au second plan par

rapport à de nombreux facteurs externes, compte tenu en particulier de l'exagération des plaintes relevée par l'ensemble des experts, l'absence de traitement psychiatrique régulier, la prépondérance dans le tableau clinique de l'absence de motivation à reprendre une activité professionnelle et la compensation attendue de son statut d'invalidé autoproclamé par l'assurée.

gg) Les conclusions du rapport d'expertise ne sont pas sérieusement mises en doute par d'autres avis médicaux. On relève que les médecins traitants n'ont pas examiné le caractère exagéré des plaintes ni les facteurs extra-médicaux. La Dre V._____, brièvement consultée par l'assurée, n'a mentionné, en septembre 2018, que les limitations fonctionnelles d'ordre essentiellement physiques décrites par l'assurée, ajoutant que sur le plan psychologique il fallait tenir compte du nombre d'années d'inactivité pour envisager une reprise d'activité progressive jusqu'à 60 à 80 %. Son avis, qui ne va de toute façon pas dans le sens d'une incapacité de travail totale, n'est pas aussi circonstancié que le rapport d'expertise.

Ainsi, sur le plan matériel, l'expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante, aucun élément objectivement vérifiable - de nature clinique ou diagnostique - n'ayant été établi 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.

d) En définitive, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise pour nier le caractère invalidant de l'atteinte et, partant, nier tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

7. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

b) 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 17 décembre 2019 lui octroyant l'assistance judiciaire (art. 118 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).

c) N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jana Burysek, à compter du 16 décembre 2019 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Burysek a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de sa mandante. Elle a fait état de 7.90 heures consacrées à la présente procédure. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. Il convient d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 7.90 heures 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 1'422 fr., auquel s'ajoutent les débours par 71 fr. 10 (art. 3bis al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 7,7 % par 114 fr. 95, ce qui représente un montant total de 1'608 fr. 05.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office, dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Le Service juridique et législatif est chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 13 novembre 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 Jana Burysek, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'608 fr. 05 (mille six cent huit francs et cinq 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 mis 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 Jana Burysek, avocate (pour Z. _____),
- 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 :