

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 décembre 2021

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

M. Neu et Mme Berberat, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jeton Kryeziu, avocat, à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, est entrée en Suisse en 1998. Mariée et mère de quatre enfants désormais adultes, elle n'a exercé que des activités lucratives de courte durée, à temps partiel, entre 2004 et 2011. Elle a notamment été employée en tant que nettoyeuse et ouvrière en conditionnement de fruits et légumes.

Atteinte dans sa santé, elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 8 février 2017.

A la demande de l'OAI, l'assurée a indiqué, le 7 mars 2017, qu'en bonne santé, elle aurait exercé une activité lucrative à 80 % par intérêts personnel et financier.

L'OAI a recueilli les rapports des médecins traitants de l'assurée, les Drs C._____, généraliste, et J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le Dr C._____ a fait état, dans un rapport du 20 mars 2017, des diagnostics incapacitants de syndrome douloureux du membre inférieur gauche, résistant aux traitements, de discopathie L4-L5 et L5-S1, de cervicarthrose C4-D1, d'hydro-syringomyélie centrée sur D4, de fibromyalgie et de dépression. A son avis, l'incapacité de travail était totale, même dans une activité adaptée. Il a notamment joint à son rapport le dossier relatif à la prise en charge de sa patiente au sein du Centre hospitalier F._____ par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique. Ce dernier avait retenu des lombopyalgies gauches chroniques intermittentes, dans le contexte de troubles dégénératifs lombaires bas L4-L5 et L5-S1, de micro-instabilité L5-S1 et d'arthrose facettaire étagée. A l'issue d'une infiltration et de séances de physiothérapie, il préconisait de poursuivre la physiothérapie aux fins de reconditionnement musculaire (cf. rapports du Dr G._____ des 1^{er} novembre 2012 et 18 février 2013).

Par rapport du 16 juin 2017, la Dre J._____ a mentionné le diagnostic de trouble dépressif unipolaire, épisode actuel léger à moyen (F33.9), lequel se répercutait sur la capacité de travail de l'assurée à hauteur de 50 %. Celle-ci était suivie sur le plan psychiatrique depuis janvier 2017. Elle avait développé des symptômes d'épuisement et de dépression, réactionnels à des douleurs somatiques, présentes depuis 2012. Son état psychique était lié à l'endurance aux douleurs, tandis que le pronostic était fluctuant.

Sur recommandation du Service médical régional (SMR), l'OAI a mis en œuvre un examen rhumatologique de l'assurée, lequel a été conduit le 4 mai 2018 par le Dr L._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Aux termes de son rapport du 22 mai 2018, ce dernier a retenu les diagnostics incapacitants de rachialgies diffuses avec sciatalgies bilatérales à prédominance gauche, dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis dorsolombaire et de troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire avec hydro-syringomyélie centrée sur D4, de périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec tendinite du long chef du biceps bilatérale et de syndrome rotulien bilatéral. Une fibromyalgie, un tabagisme actif et un status après hystérectomie étaient sans incidence sur la capacité de travail. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans des activités de nettoyeuse ou d'ouvrière de conditionnement. En revanche, l'assurée était, à son avis, dotée d'une capacité de travail entière, depuis 2012, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles du rachis et des quatre membres, à savoir permettant l'alternance des positions, sans soulèvement ou port régulier de charges supérieures à 5 kg, sans travail en porte-à-faux prolongé du tronc, sans vibrations, sans mouvements répétés en flexion-extension de la nuque, sans rotation rapide de la tête, sans position prolongée en flexion-extension de la nuque, sans élévation ou abduction des épaules à plus de 70°, sans genuflexion répétée et sans franchissement régulier d'escabeau, d'échelle ou d'escaliers. Il a par ailleurs communiqué son appréciation du cas comme suit :

« [...N]ous retenons des LF [réd. : limitations fonctionnelles] qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de nettoyeuse [...] ou

d'ouvrière dans une fabrique d'emballages de fruits et légumes. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une IT [réd. : incapacité de travail]. D'ailleurs, en cours d'entretien, qui a duré au total 1 heure, l'assurée reste assise d'abord pendant 40 minutes sans gêne particulière, puis se lève et reste debout 20 minutes, sans gêne particulière jusqu'à la fin de l'entretien.

Par ailleurs, l'assurée a de bonnes ressources disponibles, puisqu'elle est bien soutenue par son entourage, notamment pas son mari et sa fille, pour faire le ménage.

Elle a par ailleurs une bonne aptitude à la communication en albanais, comprend le français, mais ne le parle malheureusement pas.

Elle n'est pas contre pas du tout motivée par la reprise d'une activité professionnelle. Elle semble cependant avoir bien adhéré à la thérapie.

Il existe cependant des difficultés d'ordre social. Effectivement, l'assurée ne parle pas le français, malgré le fait qu'elle soit en Suisse depuis 1998. Elle n'a pas fait de formation, ni [...], ni en Suisse.

On note cependant certains motifs d'exclusion chez cette assurée, qui se montre démonstrative en cours d'entretien et d'examen, qui est plaintive et qui présente 2 signes de non-organicité selon Waddell sur 5 et 1 signe de non-organicité selon Kummel sur 2.

Par ailleurs, l'assurée présente les critères ACR 1990 et les critères 2010, révisés en 2016 par Wolf et collaborateurs pour poser le diagnostic de fibromyalgie.

Du point de vue des habitudes, l'assurée fume 10-15 cigarettes/jour, voire plus. Cette consommation tabagique n'a pas conduit à des troubles irréversibles, l'assurée ne se plaignant pas de toux ou d'expectorations chroniques ou de dyspnée d'effort, qui pourraient faire suspecter une bronchite chronique. Par ailleurs, l'auscultation pulmonaire est tout à fait normale.

La personnalité actuelle de l'assurée face à sa maladie est passive. Effectivement, elle ne recherche pas une activité professionnelle légère compatible avec sa pathologie ostéoarticulaire.

Par ailleurs, elle retire des bénéfices secondaires auprès de sa famille. Effectivement, elle fait très rarement le ménage, son mari et sa fille le faisant le plus souvent et passant l'aspirateur. Par ailleurs, l'assurée met bien le linge dans la machine, mais ce sont les autres qui lèvent le linge. Elle repasse parfois, mais rarement. Elle confectionne parfois des repas légers, mais en général c'est son mari qui les confectionne. Elle fait les commissions avec son mari, qui porte les commissions.

La thérapie suivie jusqu'à présent a été conduite dans les règles de l'art. On peut cependant regretter que l'assurée ne bénéficie pas actuellement encore d'une physiothérapie active de type tonification de la musculature rachidienne, qui pourrait améliorer les douleurs rachidiennes pour autant que l'assurée soit collaborante.

Par ailleurs, on note, chez cette assurée, certaines incohérences. Effectivement, malgré qu'elle cote ses douleurs entre 6 et 7/10 avec des pics douloureux à 10/10 où elle serait bloquée totalement pendant plusieurs jours, l'assurée est tout de même capable de conduire sur de petites distances. Elle garde également une bonne intégration sociale. Elle est également capable de prendre les transports publics sans problèmes et est d'ailleurs venue toute seule au SMR en train. Elle est également capable de prendre le train pour

se rendre à [...] bien qu'elle utilise un coussin gonflable qu'elle met sous ses fesses car elle ne supporterait pas selon elle la dureté des sièges du train. Elle a par ailleurs été capable de partir [...] en avril 2018, en avion, mais, selon elle, elle serait restée debout pendant la plus grande partie du trajet.

Par ailleurs, malgré ses importantes douleurs qu'elle cote à 6-7/10 avec des pics douloureux à 10/10, l'assurée fait rarement le ménage, met le linge dans la machine, repasse parfois, mais rarement, confectionne parfois des repas légers. Elle fait également les commissions avec son mari, bien que ce soit celui-ci qui les porte. Elle utilise également les transports publics sans problèmes, peut conduire sur de petites distances. Elle garde par ailleurs une bonne intégration sociale. Elle lit beaucoup en albanais et regarde beaucoup la télévision en français et en albanais.

Cependant, l'assurée ayant une fibromyalgie, nous laissons le soin à l'administration d'évaluer la suite qu'elle veut donner à l'instruction du point de vue psychiatrique. Cependant, il faut noter que l'assurée nous a dit qu'elle avait un caractère gai, mais qu'avec les douleurs, elle a de la peine à faire face aux choses. Elle ne peut notamment pas faire beaucoup de choses, selon elle, à son domicile. Elle serait par ailleurs triste et pleurerait parfois toute seule, car elle aimerait travailler et contribuer ainsi à l'entretien de sa famille. Elle n'a cependant pas d'idées noires ou d'idées suicidaires et nous a paru euthymique en cours d'entretien. Cependant, à la fin de l'examen, elle est devenue plus plaintive disant que personne ne croit à ses douleurs et que tout le monde croit que c'est des douleurs imaginaires, bien que je lui aie certifié que l'on croyait vraiment à la réalité de ses douleurs. [...] »

Par avis du 18 juin 2018, le SMR a repris les conclusions du Dr L._____ et retenu l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 100 % depuis 2012.

Le 16 novembre 2018, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée dans la sphère d'activité lucrative, en procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Compte tenu d'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité en lien avec les limitations fonctionnelles observées, il a mis en évidence un degré d'invalidité de 10 % du point de vue de l'activité professionnelle.

Par projet de décision du 28 janvier 2019, l'OAI a informé l'assurée de ses intentions de nier son droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Il a exposé que son degré d'invalidité global se montait à 8 %, étant donné que les empêchements étaient considérés comme nuls dans la sphère d'activité ménagère. Il a

précisé qu'une enquête économique sur le ménage était superflue, vu que même en cas d'empêchement total dans l'exécution du ménage, le degré d'invalidité serait insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations financières. L'OAI a, au surplus, mis l'assurée au bénéfice d'une aide au placement par communication du même jour.

L'assurée, assistée de Me Jeton Kryeziu, a contesté le projet de décision précité par correspondance du 30 avril 2019. Elle a mis en exergue les avis divergents de ses médecins traitants et le diagnostic de fibromyalgie posé dans son cas. Elle a par ailleurs considéré qu'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité était insuffisant au regard de sa situation personnelle. Elle a en définitive sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, sous suite de la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité.

Dans un avis du 10 mai 2019, le Service juridique de l'OAI a estimé qu'une évaluation psychiatrique et consensuelle du cas de l'assurée s'imposait. Il a suggéré la mise en place d'une expertise bidisciplinaire sur les plans rhumatologique et psychiatrique.

Un mandat d'expertise a été confié au centre d'expertises D._____ (ci-après : le D._____) par communications des 19 novembre et 2 décembre 2019. L'assurée a été examinée au sein dudit centre par les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale, K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M._____, spécialiste en rhumatologie, en janvier 2020. Les experts ont établi leur rapport le 25 mars 2020. Ils ont communiqué leur évaluation consensuelle du cas en ces termes :

« [...] **I.1.d Évaluation consensuelle**

I.1.d.1 Évaluation médicale interdisciplinaire avec un résumé de l'évolution de la maladie (sans anamnèse ni citations des expertises)

La personne assurée est une femme âgée de 50 ans, originaire [...], en Suisse depuis 1998, mariée et mère de 4 enfants adultes. Elle est sans formation et n'a jamais exercé d'activité professionnelle. Elle a déposé une 1^{ère} demande d'AI en février 2017 pour fibromyalgie.

Du point de vue **psychiatrique**, elle est suivie depuis 2017 par la Dresse J._____, qui confirme un trouble dépressif léger à moyen qui n'a pas été constaté lors de la présente expertise. Par contre, un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère F41.2 et une personnalité de type dépendante F60.7 sont constatés.

L'examen **rhumatologique** de ce jour est normal.

Du point de vue de la **médecine interne**, les atteintes à la santé ne sont pas incapacitantes.

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

Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée présente un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère F41.2 et une personnalité de type dépendante F60.7, selon l'examen de ce jour. La personne assurée ne présente pas de trouble somatoforme douloureux, selon le questionnaire St-Antoine et l'examen clinique.

Du point de vue **rhumatologique**, la personne assurée se plaignait de multiples douleurs évoluant depuis 2006-2008 avec initialement des douleurs lombaires et des douleurs cervicales, ainsi que des douleurs diffuses dans tout le corps. Les douleurs sont d'allure, d'une part, dégénérative notamment aux niveaux cervical et lombaire avec une hydro-syringomyélie centrée du D4, mais stabilisée et par ailleurs un diagnostic de fibromyalgie confirmé à l'examen du jour par les scores habituels et les critères ACR 1990 et 2010, révisés en 2016 par WOLFE, n'entraînant aucune incapacité au sens médico-théorique sur la capacité de travail adaptée.

Du point de vue de la **médecine interne**, il n'y a pas de limitation fonctionnelle.

Le bilan effectué par la Dresse [recte : le Dr] C._____ en date du mois d'octobre 2019 est normal.

I.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

1. Status post lombalgies radiculaires gauches avec syndrome de dysbalance musculaire lombaire
2. Status post cervicalgies mécaniques
3. Status post cervicarthrose pluri-étagée avec douleurs de contractures cervicales et sensibilité des trapèzes

I.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. Trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère F41.2
2. Personnalité de type dépendante F60.7
3. Fibromyalgie
4. Status post cavitation d'hydro-syringomyélie de D4
5. Tabagisme chronique compliqué d'un début d'emphysème pulmonaire
6. Léger surpoids à 25.4 kg/m² associé à un déconditionnement physique
7. Hystérectomie sans ovariectomie

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

D'un point de vue interdisciplinaire, l'appréciation globale du degré d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, est considérée légère en respectant le profil d'effort.

Du point de vue **psychiatrique**, l'intensité des troubles est légère.

Du point de vue **rhumatologique**, description des déficits - légers en respectant le profil d'effort.

Du point de vue de la **médecine interne**, il n'y a pas de déficit.

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

Son comportement face à la maladie est la démission.

Son sens des réalités et sa capacité de jugement sont conservés.

Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts sont conservées.

Sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions sont conservées.

Son estime de soi et sa capacité de régression sont conservées.

Son intentionnalité et son dynamisme sont conservés.

Son système de défense est la démission.

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

- Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue **psychiatrique**, il n'existe pas de limitation fonctionnelle d'un point de vue strictement psychiatrique.

Du point de vue **rhumatologique**, la personne assurée est capable d'effectuer un travail en alternant les différentes positions assises et debout, de porter jusqu'à 5 kilos, alternant les positions à genoux et accroupie et éviter toutes activités demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages, des échelles ou des activités sous des extrêmes variations de température comme de la chaleur, du froid, ou de l'humidité et toute activité qui demande une posture forcée ou surchargeant le rachis cervico-lombaire, pas d'exposition à des vibrations.

Du point de vue de la **médecine interne**, il n'y a pas de profil d'effort avec des limitations fonctionnelles.

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

Du point de vue **psychiatrique**, le profil d'effort restera identique.

Du point de vue **rhumatologique**, le profil d'effort restera le même avec les mêmes limitations fonctionnelles.

Du point de vue de la **médecine interne**, le profil d'effort n'évoluera pas car les atteintes à la santé ne sont pas incapacitantes.

I.1.d.8 Contrôle de cohérence

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

Du point de vue **psychiatrique**, il n'existe pas de limitation fonctionnelle.

Du point de vue **rhumatologique**, la personne assurée est incapable de reprendre une activité d'ouvrière ou de femme de ménage. Cette activité a été exercée dans les années 2000 d'une durée maximale de 5 semaines. Elle est tout à fait capable de reprendre une activité adaptée, en respectant les limitations fonctionnelles énoncées dans le profil d'effort.

Du point de vue rhumatologique, la délégation de toutes les tâches ménagères n'est pas expliquée par une atteinte rhumatologique, la personne assurée est limitée selon le profil d'effort.

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

Remarque : les réponses dans les anamnèses peuvent différer un peu entre chaque expertise spécialisée. À titre d'exemple, à l'expert psychiatrique, la personne assurée déclare qu'elle se lève à 08h30, à l'expert rhumatologique, elle dit qu'elle se lève à 08h00 et à l'expert de la médecine interne, la personne assurée indique qu'elle se lève à 08h00 si elle va bien, sinon à 10h00.

Ce type de différences n'influence 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'examen n'a pas mis en évidence d'élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation.

Du point de vue **rhumatologique**, il existe manifestement une autolimitation, sans exagération ou simulation.

Du point de vue de la **médecine interne**, il n'y a pas d'élément d'autolimitation, d'exagération ou simulation. [...] »

Les experts ont conclu à une capacité de travail entière, depuis 2012, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique, ainsi que l'avait retenu en son temps le Dr L._____ lors de son examen clinique au SMR. Les volets psychiatrique et de médecine interne ne justifiaient aucune incapacité de travail durable, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Sur le plan de la médecine interne, l'experte du D._____, la Dre H._____, a considéré que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé significative, hormis un tabagisme chronique compliqué d'un début d'emphysème pulmonaire et d'un léger surpoids associé à un déconditionnement physique. Elle avait fait l'objet d'une hystérectomie en 2016 (cf. rapport d'expertise du D._____ du 25 mars 2020, p. 18).

La Dre K. _____ a, pour sa part, justifié son appréciation du cas en ces termes, à l'issue de son rapport d'examen psychiatrique (cf. rapport d'expertise du D. _____ du 25 mars 2020, p. 26 ss) :

« [...] **III.4 Constatations**

III.4.a Observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure

La personne assurée soupire beaucoup. Son visage est triste avec le front plissé de façon mélancolique, elle parle d'une voix basse et monocorde et bouge tout le temps.

[...]

III.4.c Examen clinique

III.4.c.1 Status

Symptômes de la lignée dépressive

Présence d'une diminution de l'humeur en relation avec les douleurs.

Présence d'une diminution de l'intérêt et du plaisir liée aux douleurs.

Présence d'une baisse de l'énergie liée aux douleurs.

Présence d'une augmentation de la fatigabilité liée aux douleurs

Présence d'une diminution de l'activité.

Absence d'une baisse de la concentration.

Absence d'une baisse de l'attention.

Absence d'une baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi.

Absence d'une dévalorisation de soi.

Absence d'un sentiment de culpabilité.

Présence d'une attitude morose et pessimiste de l'avenir.

Absence d'idée suicidaire.

Présence de troubles du sommeil liés aux douleurs.

Absence de trouble (augmentation/diminution) de l'appétit.

Les symptômes de la ligne dépressive constatés sont d'intensité légère.

Symptômes de la lignée anxieuse

Attente craintive

Présence d'une anticipation des malheurs en relation avec les douleurs.

Présence d'un sentiment d'être à bout en relation avec les douleurs.

Absence de difficulté de concentration.

Tension motrice

Présence d'une agitation mentale.

Présence d'une difficulté à se détendre.

Absence de céphalées de tension.

Absence de tremblement.

Troubles neurovégétatifs

Présence d'un sentiment de « tête vide ».

Présence d'une transpiration abondante.

Absence d'une tachycardie.

Présence d'un sentiment d'oppression.

Présence d'un rythme respiratoire rapide.

Présence d'un nœud à l'estomac.

Présence d'un nœud à la gorge.
Présence d'une sécheresse buccale.
Absence d'une pollakiurie.
Absence de diarrhées.
Absence d'étourdissement.
Les symptômes de la ligne anxieuse constatés sont d'intensité légère.

Symptômes de la lignée psychotique

Absence d'hallucination auditive et/ou visuelle.
Absence de délire, de persécution, ou de référence.

Personnalité

Présence d'un comportement qui autorise et encourage les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place, une subordination de ses propres besoins à ceux des autres, une réticence à faire des demandes même justifiées aux personnes dont elle dépend, un sentiment de malaise ou d'impuissance lorsqu'elle est seule en raison d'une peur excessive de ne pas pouvoir se prendre en charge seule, une préoccupation par la peur d'être abandonnée par la personne avec laquelle elle a une relation proche (mari) et une capacité réduite à prendre des décisions de la vie quotidienne.

[...]

III.4.c.4 Tests psychologiques complémentaires

Questionnaire douleurs St-Antoine : critères sensoriels à 18 points. Critères affectifs à 28 points. Conclusion : ce questionnaire permet d'évaluer 16 catégories proposant des dimensions qui permettent de décrire l'expérience douloureuse. Les résultats de ce test mettent en évidence une perception de la douleur avec une importante dimension émotionnelle qui permet la proposition d'actions thérapeutiques réfléchies.

Echelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété : score de 12 points : absence de trouble anxieux. Echelle de dépression d'Hamilton : score de 11 points : état dépressif léger.

[...]

III.6.a.1 Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail
Aucun.

III.6.a.2 Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail
1. Trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère F41.2
2. Personnalité de type dépendante F60.7

III.6.a.3 Interaction des diagnostics
Néant.

III.6.a.4 Épicrise : observations et conclusions médicales
Évaluation et classification des troubles actuels/motivation des diagnostics
La personne assurée présente un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère F41.2 et une personnalité de type dépendante F60.7, selon l'examen de ce jour.
La personne assurée ne présente pas de trouble somatoforme douloureux, selon le questionnaire St-Antoine et l'examen clinique.

Évaluation et classification des troubles par rapport aux évaluations antérieures

16.06.2017 - rapport médical de psychiatrie de la Dresse J. _____ à l'AI [...].

Commentaire :

Il a été constaté que la prise de Saroten a été abandonnée par la personne assurée depuis 1 année. L'incapacité de 50 % depuis 11.01.2017 jugée par la Dresse J. _____ n'a pas été vérifiée dans l'anamnèse, ni dans la compliance présentée par la personne assurée à son traitement psychiatrique. Il n'y a pas, dans le dossier, un dosage du taux plasmatique du Saroten pour vérifier la compliance.

Discussion des diagnostics différentiels

Néant.

Appréciation motivée de la gravité des troubles

Du point de vue psychiatrique, l'intensité des troubles est légère.

[...]

III.7 Évaluation médicale et médico-assurantielle

[...]

III.7.c Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

III.7.c.1 Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines

Il n'existe pas de limitation fonctionnelle d'un point de vue strictement psychiatrique.

III.7.c.2 Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

Il n'a pas été constaté de divergence entre les symptômes décrits et le comportement de la personne assurée en situation d'examen.

III.7.c.3 Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation

L'examen n'a pas mis en évidence d'élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation.

[...]

III.7.d Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

III.7.d.1 Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Selon le Mini-ICF :

Adaptation aux règles et aux routines : problème moyen.

Planification et structuration des tâches : problème léger.

Flexibilité et capacités d'adaptation : problème léger.

Usage des compétences spécifiques : aucun problème.

Capacité de jugement et prise de position : aucun problème.

Capacité d'endurance : problème léger.

Aptitude à s'affirmer : aucun problème.

Aptitude à établir des relations avec les autres : aucun problème.

Aptitude à évoluer au sein d'un groupe : aucun problème.
Aptitude à entretenir des relations proches : aucun problème.
Aptitude à des activités spontanées : problème léger.
Hygiène et soins corporels : aucun problème.
Aptitude à se déplacer : problème léger.
Il n'existe pas de limitation fonctionnelle d'un point de vue strictement psychiatrique.

III.7.d.2 Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles

Le profil d'effort restera identique. [...] »

Quant au registre rhumatologique, le Dr M._____ a relaté « un examen [...] normal, permettant la reprise d'une activité professionnelle adaptée à 100 % depuis 2012 à ce jour » en présence d'une « autolimitation, sans exagération ou simulation ». L'activité adaptée devait permettre l'alternance des positions assise et debout et éviter le port de charges de plus de 5 kg, les échafaudages, les échelles ou les extrêmes variations de température, l'exposition à des vibrations, ainsi que les postures forcées ou surchargeant le rachis cervico-lombaire. Il a précisé que « la délégation de toutes les tâches ménagères n'[était] pas expliquée par une atteinte rhumatologique » (cf. rapport d'expertise du D._____ du 25 mars 2020, p. 41 ss).

Par décision du 11 mai 2020, accompagnée d'une correspondance du même jour, l'OAI a entériné son projet de décision du 28 janvier 2019, se référant, au surplus, aux conclusions du D._____.

B. B._____, représentée par Me Kryeziu, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par mémoire de recours du 12 juin 2020. Elle a conclu, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité « à compter du 8 février 2017 », et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a mis en exergue les avis exprimés par ses médecins traitants quant aux répercussions des douleurs présentes depuis 2006 et fait grief à l'OAI de s'être basé exclusivement sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée au D._____. A son avis, ce document contenait des conclusions contradictoires et incomplètes, ce pour chacun des registres médicaux analysés. Les experts

semblaient s'être fondés sur l'avis du Service juridique de l'OAI du 10 mai 2019, ce qui justifiait de douter de leur impartialité. Sur le plan psychiatrique, on pouvait s'étonner que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne soit pas retenu par l'experte du D._____, alors que celui de fibromyalgie avait été confirmé à plusieurs reprises. Au demeurant, les diagnostics posés par les médecins traitants n'étaient pas discutés et les critères pertinents dégagés par la jurisprudence fédérale n'avaient pas été examinés. Au surplus, l'OAI n'avait pas diligenté une enquête ménagère, alors même que nombre d'empêchements avaient été relatés dans ce cadre. Quant à l'évaluation de l'invalidité dans la sphère d'activité lucrative, l'abattement pris en compte par l'OAI à hauteur de 10 % apparaissait insuffisant pour refléter la situation personnelle de l'assurée, laquelle n'était de toute façon pas en mesure de mettre à profit une quelconque capacité de travail. Enfin, la décision querellée devait être qualifiée de sommaire, dans la mesure où elle ne procédait d'aucune discussion du volet psychiatrique de la situation, dont l'importance avait pourtant été mise en évidence par l'avis du Service juridique de l'OAI du 10 mai 2019.

Par correspondance du 17 juillet 2020, l'assurée a fait parvenir à la Cour de céans des attestations établies le 10 juin 2020 par son époux et sa fille, lesquels exposaient leur participation respective à la majorité des tâches ménagères.

L'OAI a répondu au recours le 24 novembre 2020 et conclu à son rejet. Il a souligné la prépondérance devant être accordée aux rapports établis par des experts, tels que ceux du D._____ dans le cas particulier. Il a confirmé l'évaluation de l'invalidité opérée par son Service de réinsertion professionnelle pour la sphère lucrative, singulièrement en lien avec l'abattement opéré sur le revenu d'invalidité, et s'est au surplus étonné de l'insistance de l'assurée sur sa qualité de mère au foyer, alors que son statut avait été considéré, selon ses propres déclarations, comme celui d'une active à 80 %.

Par réplique du 12 mars 2021, l'assuré a persisté dans ses conclusions, réitérant que le rapport d'expertise du D. _____ ne pouvait se voir accorder quelque valeur probante, faute d'impartialité et d'exhaustivité. L'OAI ne s'était au demeurant pas exprimé sur le défaut de motivation de la décision entreprise quant à l'évaluation de l'état de santé psychique. Elle a, à nouveau, fait valoir l'insuffisance de l'abattement de 10 % effectué sur le revenu d'invalidité. Etaient jointes à sa correspondance de nouvelles pièces médicales, soit divers documents attestant de la poursuite de la prise en charge de ses douleurs et un rapport du Dr C. _____ du 9 février 2021. Ce praticien mentionnait d'abord les diagnostics de syndrome douloureux du membre inférieur gauche résistant aux traitements, de discopathie L4-L5 et L5-S1, de cervicarthrose de C4-D1, de hydro-syringomyélie centrée sur D4, de fibromyalgie, ajoutant ceux d'arthrose débutante des doigts et d'acouphène chronique. Il relatait les douleurs alléguées par sa patiente et l'aide apportée par les membres de sa famille pour les tâches de la vie quotidienne. Il relevait qu'au plan psychiatrique, la prise en charge de la Dre J. _____ se poursuivait, à raison d'une consultation tous les quinze jours.

L'OAI a maintenu ses conclusions le 13 avril 2021.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant

le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 12 juin 2020 contre la décision de l'intimé du 11 mai 2020 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Formulant un grief préalable de nature formelle, la recourante reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue, faute de motivation suffisante de la décision incriminée, eu égard au volet psychiatrique de sa situation et aux mesures d'instruction complémentaire conduites en procédure d'audition.

a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chacun le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que

celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 139 I 189 consid. 3.2 et références citées).

b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2).

c) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

d) En l'espèce, la recourante estime que la décision du 11 mai 2020 est insuffisamment motivée, notamment en lien avec l'issue des mesures d'instruction complémentaire ordonnées par l'intimé et l'appréciation de son état de santé psychique. Si l'on peut certes concéder

que la décision incriminée ne se prononce pas sur ces éléments, il faut toutefois rappeler que l'intimé a accompagné sa décision d'une correspondance datée du même jour, laquelle mentionnait en « faire partie intégrante ». L'intimé y a indiqué avoir suivi les conclusions du rapport d'expertise du D._____, lesquelles ne modifiaient pas sa position, telle que communiquée par projet de décision du 28 janvier 2019. Il s'est également exprimé sur l'abattement de 10 % pris en considération par son Service de réinsertion professionnelle sur le revenu d'invalidité déterminant dans la sphère d'activité lucrative. Quand bien même les motifs exposés par l'intimé pour maintenir la teneur de son projet de décision précité sont extrêmement succincts et figurent sur une correspondance d'accompagnement de la décision querellée, il convient de considérer que le droit d'être entendue de la recourante n'a pas été violé par ce procédé. Celle-ci était en mesure de déduire dudit courrier d'accompagnement que les mesures d'instruction complémentaire, diligentées à la suite de ses objections du 30 avril 2019, avaient conforté l'intimé dans sa position initiale. Partant, le grief d'ordre formel avancé par la recourante peut être écarté.

3. Sur le fond, le présent litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

5. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

6. a) Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (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 jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau

de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) 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).

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).

aa) 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).

bb) 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).

7. 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

8. a) L'assuré peut soulever des motifs « formels » de récusation d'un expert, mais également des motifs « matériels » de récusation, soit tous motifs pertinents au sens de l'art. 44 LPGA. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] et 36 al. 1 LPGA [intérêt personnel, lien de parenté, représentation d'une partie ou opinion préconçue pour une autre raison]) sont de nature formelle, parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre

la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de défiance quant à l'impartialité de ce dernier. Bien au contraire, ce grief devra être examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2 ; 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 9C 293/2008 du 28 janvier 2009 consid. 2 et 3).

b) Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 ; TF 9C_293/2008 du 28 janvier 2009 précité).

9. En l'espèce, la recourante conteste tout particulièrement la valeur probante, conférée par l'intimé, au rapport d'expertise du D._____ du 25 mars 2020. Dans ce contexte, elle fait notamment grief aux experts d'avoir fourni un avis entaché de partialité, motif pris qu'ils se seraient exclusivement référés à l'avis du Service juridique de l'intimé du 10 mai 2019. Cet argument est manifestement insuffisant pour considérer que les experts du D._____ auraient eu un parti pris à l'encontre de la recourante, dans la mesure où la référence à l'avis juridique en question ne constitue qu'un renvoi au contexte dans lequel a été délivré le mandat d'expertise. On peut donc écarter la problématique de l'éventuelle partialité des experts soulevée par la recourante. Le rapport d'expertise du D._____ souffre de toute façon de lacunes suffisamment graves pour

jeter le discrédit sur les conclusions des experts, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'attarder plus avant sur le reproche formulé par la recourante.

10. a) Il y a en effet lieu de constater que le rapport communiqué par le D._____ est loin de remplir les réquisits minimaux attendus d'une évaluation pluridisciplinaire du niveau d'une expertise. On observe tout d'abord que l'appréciation prétendument consensuelle des experts du D._____ consiste de fait en une reprise littérale de divers passages des rapports établis spécifiquement par chacun des spécialistes consultés. Aucune discussion, ni analyse globale de la situation de la recourante ne figure dans cette évaluation. Les différents diagnostics posés ne sont ni expliqués, ni étayés, et l'on ne voit pas que les experts auraient procédé à un consilium pour parvenir à une appréciation globale de la capacité résiduelle de travail et des limitations fonctionnelles. A la lecture de cette évaluation, on peine d'ailleurs à déceler un tableau clinique précis du cas de la recourante, qui permettrait de justifier les conclusions rapportées. On en déduit que les éléments pertinents devraient être retrouvés dans les rapports rédigés séparément par chacun des spécialistes dans son domaine de compétence. Ce procédé ne correspond toutefois pas aux exigences d'une mission expertale dans un contexte pluridisciplinaire. Au demeurant, l'examen desdits rapports ne permet pas de pallier les défauts de l'évaluation consensuelle, ainsi qu'il sera exposé ci-dessous.

b) Eu égard au volet de médecine interne, étudié par la Dre H._____, on observe que le rapport de cette spécialiste compile de manière extrêmement succincte les résultats de son examen clinique. Dit examen, plutôt sommaire, n'a d'ailleurs entraîné aucune investigation complémentaire (cf. rapport d'expertise du D._____ du 25 mars 2020, en particulier : p. 17 et 18). Dans la mesure toutefois où cet aspect médical n'est pas prépondérant dans le cas de la recourante, laquelle a formulé des plaintes essentiellement du registre ostéoarticulaire, il ne se justifie pas de remettre en question l'absence de pathologie significative observée au sein du D._____, ni de procéder à une critique plus précise de la teneur du rapport de l'experte.

c) Sur le plan rhumatologique, le Dr M._____ a relaté les résultats de ses investigations du rachis, des membres supérieurs et inférieurs, des points de fibromyalgie et de signes éventuels en faveur d'un rhumatisme inflammatoire. Il a conclu à l'absence de tout déficit et à un examen rhumatologique normal (cf. rapport d'expertise du D._____ du 25 mars 2020, p. 48 à 50). Ce faisant, il a néanmoins posé les diagnostics incapacitants de status post lombalgies radiculaires gauches avec syndrome de dysbalance musculaire lombaire, de status post cervicalgies mécaniques et de status post cervicarthrose pluri-étagée avec douleurs des contractures cervicales et sensibilité des trapèzes. Il a également dégagé des limitations fonctionnelles, soit la nécessité de pouvoir alterner les positions assise et debout, ainsi que les positions à genoux et accroupie, l'évitement du port de charges de plus de 5 kg, des activités demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages, des échelles, sous des extrêmes variations de température, ou encore demandant une posture forcée ou surchargeant le rachis lombaire, de même que l'exposition à des vibrations. Il s'est au surplus référé aux conclusions rédigées en son temps par le Dr L._____ du SMR pour conclure à une capacité de travail entière dès 2012, dans une activité adaptée auxdites limitations fonctionnelles. Des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, à savoir une fibromyalgie et un status post cavitation d'hydro-syringomyélie de D4, étaient par ailleurs mentionnés (cf. ibidem, p. 51 et 53). Le Dr M._____ n'a pas pris la peine d'exposer pour quelles raisons il prenait en considération des limitations fonctionnelles et des diagnostics incapacitants en présence d'un examen rhumatologique qualifié de « normal ». Il n'a pas davantage relaté les éléments objectifs de son examen qui lui permettaient de retenir que les troubles dégénératifs précédemment rapportés tant par le Dr L._____ que par le Dr C._____ se seraient amendés pour justifier ses diagnostics actuels. On observe d'ailleurs qu'il n'a absolument pas discuté les pièces médicales ressortant à son champ de compétences, versés au dossier de la recourante (tels que documents d'imagerie, rapport du Dr C._____ et rapport d'examen du Dr L._____) et que lui-même n'a pas jugé utile de procéder à des investigations complémentaires (par exemple nouvelles imageries ou sollicitation de pièces auprès du médecin traitant). Son

appréciation apparaît donc insuffisamment motivée, singulièrement contradictoire, alors que des diagnostics incapacitants sont retenus en présence d'un examen considéré comme normal. On ajoutera que le Dr M. _____ n'a pas jugé utile de commenter le diagnostic de fibromyalgie et d'indiquer pour quelles raisons celui-ci demeurerait sans incidence sur la capacité de travail de la recourante (ce indépendamment de la jurisprudence fédérale assimilant la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux quant à l'examen de son caractère invalidant ; cf. sur cette question : ATF 132 V 65 consid. 4). Le rapport du Dr M. _____ peut en conséquence être considéré comme dénué de valeur probante.

d) L'évaluation psychiatrique contenue dans l'expertise du D. _____, rédigée par la Dre K. _____, ne répond à l'évidence pas aux exigences de qualité énoncées notamment dans les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, édictées par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie. Le rapport de cette spécialiste frappe d'emblée par son manque de substance et de motivation, tant sur le plan diagnostique que du point de vue de ses conclusions.

aa) Cette dernière a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère et de personnalité de type dépendante, considérés comme sans influence sur la capacité de travail. La Dre K. _____ a laconiquement justifié son appréciation en deux phrases, sous rubrique « Epicrise : observations et conclusions médicales », reprenant les diagnostics en question et excluant un trouble somatoforme douloureux sans autre justification sérieuse et étayée. Elle s'est, au surplus, référée aux questionnaires d'évaluation annexés à son rapport, soumis à la recourante, se limitant à constater que ces tests mettaient « en évidence une perception de la douleur avec une importante dimension émotionnelle » sans autre analyse. Ce faisant, elle a signalé que l'échelle d'Hamilton permettait de conclure à l'absence de trouble anxieux, ce qui apparaît en contradiction manifeste avec les diagnostics rapportés en définitive (cf. rapport d'expertise du D. _____ du 25 mars 2020, p. 33). Ceux-ci ne sont pas davantage expliqués par les constats cliniques relatés par la Dre K. _____, lesquels consistent en une

compilation, dénuée de tout commentaire critique, de symptômes qui semblent ressortir des seules allégations de la recourante (cf. ibidem, p. 31 et 32). Au titre d'observations sur la personnalité de cette dernière, la Dre K._____ a fait état de généralités comportementales, caractéristiques de la personnalité dépendante, sans aucun rattachement avec le cas particulier, les éléments d'anamnèse ou les éventuelles plaintes alléguées. On ignore ainsi totalement sur quels éléments objectifs la Dre K._____ fonde son appréciation diagnostique, qui n'est rejointe par aucun autre avis médical au dossier. Cette spécialiste n'a par ailleurs procédé à aucune discussion des diagnostics différentiels, tels qu'envisagés par la Dre J._____ dans son rapport à l'intimé du 16 juin 2017. La Dre K._____ s'est en effet contentée de résumer brièvement ce rapport, en soulignant uniquement l'abandon du Saroten et l'absence de vérification de la compliance passée à ce traitement.

bb) Quant à la rubrique spécifiquement liée à l'évaluation médicale et médico-assurantielle de l'experte, celle-ci s'avère également extrêmement succincte et composée d'une liste des capacités qui seraient préservées auprès de la recourante, sans aucune illustration concrète en lien avec le cas particulier (cf. ibidem, p. 34 et 35).

cc) Le rapport d'expertise psychiatrique est enfin sérieusement déficient quant à l'analyse des indicateurs posés par la jurisprudence fédérale rappelée sous consid. 6c supra. Les éléments relatés par la Dre K._____, eu égard à l'appréciation des ressources de la recourante, tiennent sur une demi-page et sont constitués - une fois de plus - d'une compilation des rubriques basées sur la Mini-CIF-APP, reprises pêle-mêle sans aucune analyse concrète et circonstanciée. Le rapport de la Dre K._____ ne fournit ainsi aucune information sérieuse tant au niveau du degré de gravité des atteintes à la santé évoquées que des ressources et capacités effectives de la recourante. Ce document ne permet donc manifestement pas de déterminer l'incidence des atteintes à la santé sur le quotidien de la recourante, ni de se prononcer sur les ressources à sa disposition pour surmonter les douleurs alléguées.

e) Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'expertise du D._____, ne répondant pas aux réquisits minimaux attendus d'une expertise pluridisciplinaire, n'est d'aucun secours pour trancher le litige.

11. Reste à déterminer si les autres pièces médicales, versées en l'état au dossier de la recourante, permettent de statuer sur son cas. On dispose, en l'occurrence, du rapport d'examen clinique du Dr L._____ du 22 mai 2018, lequel constitue le document le plus étayé sur l'état de santé somatique de la recourante. Dans ce registre, les rapports du Dr C._____, dont celui du 9 février 2021 produit auprès de la Cour de céans, ne fournissent aucune information supplémentaire significative, notamment s'agissant de la capacité de travail résiduelle et des limitations fonctionnelles de la recourante. Quant à l'aspect psychiatrique, figure au dossier uniquement le rapport de la Dre J._____ du 16 juin 2017. On peut certes déduire de ces documents que la recourante est vraisemblablement dotée d'une capacité de travail résiduelle, évaluée à 100 % par le Dr L._____ et à 50 % par sa psychiatre traitante. Elle semble également disposer de ressources substantielles constituées par un entourage familial étayé et la conservation d'un réseau d'amies. Cela étant, les documents précités sont anciens et ne permettent pas de se prononcer sur une éventuelle évolution jusqu'à la date de la décision querellée. Au demeurant, fait toujours défaut une évaluation consensuelle fiable de l'état de santé de la recourante sur les plans rhumatologique et psychiatrique, telle que préconisée par le Service juridique de l'intimé le 10 mai 2019. Par ailleurs, pour se conformer à la jurisprudence fédérale citée sous consid 6c, il y a lieu de requérir une analyse du cas à l'aune de la grille des indicateurs pertinents.

12. a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle

estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in: SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

c) En l'espèce, il ne pouvait échapper à l'intimé que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du D. _____ s'avérait largement insuffisant pour statuer sur le cas d'espèce. Vu ce constat, il incombait à l'intimé de solliciter à tout le moins des explications ou un complément auprès des experts, voire de mandater un nouveau centre d'expertise.

Faute à l'intimé d'avoir satisfait à son obligation d'instruction ressortant de l'art. 43 LPGA, il s'impose de lui renvoyer la cause pour procéder à une nouvelle expertise ou à un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) au sein du SMR. Ce complément, sur le plan psychiatrique, devra être effectué au moyen de la grille des indicateurs pertinents, dégagée par le Tribunal fédéral.

Selon les résultats de l'instruction complémentaire médicale, il appartiendra à l'intimé d'examiner l'opportunité de procéder à une enquête économique sur le ménage, après vérification du statut de la recourante.

13. **a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, avant nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, 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 ; 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. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) La recourante, assistée d'un mandataire professionnel et obtenant gain de cause, peut prétendre des dépens, arrêtés à 2'000 fr., et mis à la charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 11 mai 2020 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jeton Kryeziu, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :