

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 juillet 2023

---

Composition : M. NEU, président  
M. Bonard et Mme Silva, assesseurs  
Greffière : Mme Meylan

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation reconnue, ayant exercé les métiers d'esthéticienne à domicile et de serveuse en dernier lieu, a présenté une incapacité totale de travail dès le 13 mars 2017.

Par certificat médical du 8 mars 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_ a attesté suivre l'assurée régulièrement depuis deux ans, cette dernière présentant une polyarthrite chronique avec poussées inflammatoires et algiques aiguës devenue incompatible avec la poursuite de son activité professionnelle de serveuse.

Le 24 avril 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) invoquant une perte de force musculaire, une anémie, une mobilité réduite et des poussées et douleurs constantes dans les articulations depuis 2015.

Selon une IRM [imagerie par résonance magnétique] et angio-IRM cérébrale du 27 avril 2017, l'assurée souffrait d'une formation nodulaire dans la partie supérieure de l'hypophyse, en contact avec le bord antérieur de la tige pituitaire et la face inférieure du chiasma optique et mesurant environ 6.6 x 4.5 x 5 mm (cf. rapport du 28 avril 2017 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie).

Par rapport du 22 juin 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles graves de la personnalité avec état dépressif sévère, d'anorexie et de polyarthrite. L'ancienne activité professionnelle de l'assurée n'était plus exigible en raison de la polyarthrite chronique devenue progressivement invalidante.

Dans son rapport du 29 juin 2017, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que l'assurée souffrait de douleurs musculosquelettiques multiples diffuses récurrentes de caractère

mécanique dysfonctionnelle avec une composante polyinsertionnelle, prédominante à l'hémicorps droit, de dorsalgie et lombalgie sur trouble statique rachidien avec scoliose dorso-lombaire en « S », bascule du bassin vers la droite d'environ 2.5 cm, de douleur à l'épaule droite sur conflit sous-acromial impactant le tendon sus-épineux, sans lésion, de douleur au poignet de la main droite probablement d'origine tendino-musculaire, de symptôme de Raynaud avec froideur des mains et des pieds à priori primaire sans trouble trophique, de douleur à la hanche droite probablement dysfonctionnelle avec une sensibilité trochantérienne, arthrose sacro-iliaque droite modérée, de douleur mécanique au genou droit sur probable chondropathie fémoro-patellaire incipiens, de douleur à la cheville droite au niveau malléolaire externe probablement fonctionnelle avec instabilité par laxité de l'appareil ligamentaire externe, de probable micro-adénome hypophysaire en contact avec le bord antérieur de la tige pituitaire et de la face inférieure du chiasma optique, de céphalées récurrentes et de trouble dépressif récurrent. Au terme de son appréciation, ce médecin a estimé que l'ensemble des arthralgies était de caractère mécanique sans signe clinique ni pathologique ni échographique de polyarthrite rhumatoïde. Sur le plan professionnel, la capacité de travail était réduite et il fallait probablement envisager une évaluation par une expertise médicale pluridisciplinaire et la mise en œuvre d'une mesure de réinsertion dans un travail adapté.

Par rapport du 4 juillet 2017, le Prof. P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a procédé à un examen neurologique complet de l'assurée le 3 juillet 2017. Ce médecin a estimé que l'assurée était dans un état dépressif sévère avec une dyssomnie qui nécessitait un traitement psychiatrique. Concernant ses douleurs diffuses, il était d'avis qu'elle ne présentait aucune polyarthrite chronique, mais plutôt une polyinsertionite sévère sur son état dépressif.

La Dre N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, a posé le diagnostic de micro-adénome hypophysaire de 5 mm dans son plus grand axe, non sécrétant. Il n'y avait pas d'atteinte au niveau du chiasma optique ni de la tige pituitaire, ni de

signe infiltratif au niveau du sinus sphénoïde. Le bilan endocrinologique n'avait pas révélé d'hypersécrétion (cf. rapport du 11 octobre 2017).

Sollicité par l'Office AI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que les diagnostics incapacitants consistaient en des douleurs musculosquelettiques multiples diffuses récurrentes de caractère mécanique dysfonctionnelle avec une composante polyinsertionnelle, prédominant symptomatique à l'hémicorps droit, des dorsalgie et lombalgie sur troubles statiques rachidiens avec scoliose dorsolombaire en « S », bascule du bassin vers la droite d'environ 2.5cm, une douleur à l'épaule droite sur conflit sous-acromial impactant le tendon sus-épineux, sans lésion, une douleur au poignet et à la main droite probablement d'origine tendino-musculaire, des symptômes de Raynaud avec froideur des mains et des pieds, à priori primaire sans trouble trophique, une douleur à la hanche droite probablement dysfonctionnelle avec une sensibilité trochantérienne, arthrose sacro-iliaque droite modérée, une douleur mécanique au genou droit sur probable chondropathie fémoro-patellaire incipiens, une douleur à la cheville droite au niveau malléolaire externe probablement fonctionnelle avec instabilité par laxité de l'appareil ligamentaire externe et un trouble dépressif récurrent. Il a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de probable micro-adénome hypophysaire en contact avec le bord antérieur de la tige pituitaire et de la face inférieure du chiasma optique ainsi que de céphalées récurrentes. Selon ce praticien, l'assurée souffrait de limitations physiques liées aux douleurs multiples atteignant notamment l'épaule, le coude, le poignet et la main droite ainsi que la péri-hanche, le genou, la cheville et le pied droits, une sensation de diminution de la force musculaire du membre supérieur droit et du membre inférieur droit, une fatigue permanente et une sensation de trouble de l'équilibre associée. Il n'y avait pas de restriction mentale significative à priori, mais des restrictions psychiques liées à la baisse de la thymie avec un trouble dépressif récurrent. Le Dr T.\_\_\_\_\_ estimait qu'une capacité de travail réduite dans l'activité professionnelle d'esthéticienne avec des aménagements pourrait hypothétiquement être envisagée à 40 %, mais il ajoutait qu'« actuellement aucune activité professionnelle n'[était]

possible ; une réévaluation devra[it] être faite dans un délai de 6 à 9 mois avec éventuellement une formation professionnelle adéquate ». Il terminait le questionnaire en indiquant qu'« éventuellement une reprise progressive à un taux de capacité réduit pourrait être envisagée dans une activité professionnelle adaptée légère », au taux de 40 % dès le premier trimestre 2018 (cf. rapport du 17 novembre 2017).

Par rapport du 20 janvier 2018 à l'attention de l'Office AI, la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l'assurée de manière irrégulière depuis le 4 mai 2017, a retenu le diagnostic incapacitant de trouble dépressif moyen à léger avec syndrome somatique, précisant que le dernier contrôle remontait au 28 septembre 2017, sa patiente ayant depuis lors interrompu le suivi sans donner de nouvelles.

Le 15 mars 2018, le Prof. P.\_\_\_\_\_ a signalé une décompensation de la fibromyalgie de l'assurée, celle-ci étant fortement déprimée, après la tentative de reprise d'une activité professionnelle.

Questionné par l'Office AI, le Prof. P.\_\_\_\_\_ a estimé la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle à 50 % depuis mai 2018. Il craignait que le changement d'activité ne soit pas approprié tant que le tableau de fibromyalgie et de dépression persistait (cf. rapport du 27 septembre 2018).

**b)** Sur avis du 23 octobre 2018 du Service médical régional (ci-après : SMR), un mandat d'expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne générale, neurologie, psychiatrie et psychothérapie, et rhumatologie) a été confié au W.\_\_\_\_\_. Dans leur évaluation consensuelle du 30 août 2019, les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et S.\_\_\_\_\_, médecin praticien, (ci-après également : les experts) ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleur rachidienne sur scoliose lombaire droite et dorsale gauche (M41.9), d'insuffisance pondérale, de trouble dépressif

récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), d'anorexie mentale avec insuffisante pondérale (F50) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation nocive pour la santé, secondaire et utilisation continue (F12.25). Les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient les suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, port de charge limitée à 10 kg, respect d'un travail ne nécessitant pas une trop grande implication cognitive et limitations fonctionnelles dues au faible poids diminuant les performances physiques. Ces experts ont estimé que la fibromyalgie, l'adénome de l'hypophyse, la sinusite chronique et le syndrome de Raynaud étaient sans impact sur la capacité de travail, laquelle a été estimée comme suit :

#### **« 4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

100 % comme esthéticienne depuis toujours, sans massage.  
0 % comme serveuse. Elle a arrêté l'activité d'esthéticienne en 2016, tout en continuant celle de serveuse, mais celle-ci a été interrompue régulièrement en 2017 et 2018 (pendant 3 à 4 mois à chaque fois), montrant que cette activité n'était pas adaptée.  
D'un point de vue strictement neurologique, sa capacité de travail n'est pas réduite quelle que soit l'activité.  
Dans la dernière activité exercée de serveuse, la capacité de travail est de 90% depuis le 01.06.2018 du fait de l'amélioration des performances en raison d'une reprise pondérale.  
La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici est de 75 % en raison d'une diminution du rendement de 25 %, depuis janvier 2019 et avant août 2018. Elle était de 0 % d'août 2018 à décembre 2018. L'expertisée présente une fatigabilité importante. Les troubles de concentration sont peu importants.

#### **4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée**

100 % depuis toujours en rhumatologie.  
D'un point de vue strictement neurologique, sa capacité de travail n'est pas réduite.  
Elle est de 100 % depuis le 13.03.2017 dans une activité sédentaire, en médecine interne.  
La capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée, en respectant des limitations fonctionnelles est de 100 %, avant août 2018 et après janvier 2019. Elle était de 0 % d'août 2018 à décembre 2018.

#### **4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)**

L'incapacité de travail est d'origine rhumatologique depuis 2016 car, même si l'expertisée a continué son activité de serveuse, celle-ci a

été interrompue régulièrement en 2017 et 2018 (pendant 3 à 4 mois à chaque fois), montrant que cette activité n'était pas adaptée. Elle est de 100 % comme esthéticienne sans massage.

Par contre, tous les experts s'accordent pour que, depuis janvier 2019, l'expertisée soit capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée.

#### **4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail**

La fibromyalgie n'a pas de traitement propre. On conseille les antalgiques, les antidouleurs du type antidépresseurs tricycliques pour diminuer le seuil de la douleur, à condition que l'expertisée l'accepte et en l'absence d'effets secondaires.

Une physiothérapie en piscine est souvent très efficace.

Celle-ci, de toute façon, est indispensable pour stabiliser la scoliose, ainsi que l'exercice physique régulier du type marche, course, natation ou vélo.

L'expert neurologue propose des thérapies manuelles en particulier la fasciathérapie ou un travail sur les cicatrices.

Sur le plan de la médecine interne générale, l'insuffisance pondérale est susceptible [de] limiter la capacité de travail du fait de l'asthénie chronique générant une baisse de performance avec un rythme de travail ralenti.

L'expertisée a bénéficié d'un suivi psychothérapique pendant quelques mois. Néanmoins, il existe un refus des soins avec une opposition aux soins et une forme d'agressivité latente. Elle présente des effets secondaires qui sont probablement inconscients, se tourne vers les médecines parallèles avec une croyance fautive. Elle a vu à une reprise un psychiatre, mais les chances de poursuite du suivi restent minces. Les chances de guérison sont quasiment nulles car l'expertisée présente une pathologie évoluant depuis l'adolescence, une absence de compréhension de son propre symptôme, un refus des soins.

L'expertisée doit bénéficier d'une psychothérapie au long cours, associée de traitement antidépresseurs. Néanmoins, elle refuse actuellement un traitement antidépresseur et met en échec celui-ci en raison d'apparition d'effets secondaires qui seront probablement d'origine psychogène. La situation a peu de chances d'évoluer positivement. »

Par avis du 23 septembre 2019, le SMR s'est rallié aux conclusions de cette expertise.

**c)** Par projet de décision du 29 octobre 2019, l'Office AI a refusé de prêter au motif que, bien que l'ancienne activité professionnelle de serveuse n'était plus envisageable, l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et ce depuis toujours. En prenant comme référence les données statistiques pour les revenus avec et sans atteinte à la santé,

l'assurée ne subissait pas de préjudice économique et le droit à la rente n'était par conséquent pas ouvert.

L'assurée a contesté ce projet le 15 novembre 2019. Deux rapports ont été adressés à l'Office AI dans le cadre de cette contestation :

- Dans le premier du 7 novembre 2019, le Dr H. \_\_\_\_\_ a constaté une très forte distorsion entre le projet de l'Office AI et les observations sur l'état de santé de l'assurée compte tenu des diagnostics incapacitants et des limitations qu'il retenait.
- Dans le deuxième du 12 novembre 2019, la Dre Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a observé une péjoration de l'état de santé de l'assurée début octobre, la trouvant davantage labile émotionnellement avec des pleurs fréquents, très plaintive concernant son corps, logorrhéique, estimant la capacité de travail à 50 % au maximum dans une activité adaptée.

Selon l'avis du 13 mai 2020 du SMR, ces rapports n'amenaient pas de nouveaux éléments, notant que la description de l'état psychique de l'assurée à réception du projet de décision (qui ne correspondait pas à ses attentes) n'était pas un élément objectif.

Par décision du 18 mai 2020, l'Office AI a confirmé son projet de refus.

**B.** Par acte du 4 juin 2020, J. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à la reconnaissance d'un taux d'incapacité de 50 %. Était joint à son recours :

- un rapport du 3 juin 2020 du Dr H. \_\_\_\_\_ qui insistait sur la péjoration de l'état de santé de la recourante depuis deux ans tant sur le plan algique que sur le plan de son état dépressif. Son BMI [indice de masse corporelle] était inférieur à 17 avec remaniement des troubles du sommeil, des bouffées d'angoisse envahissante avec phobies, un syndrome polyalgique très présent. Ce praticien estimait que l'intéressée ne pouvait travailler à plus de 50 %,

- un rapport radiologique du 28 mai 2019 d'une angio-IRM cérébrale et hypophysaire du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, lequel relevait en comparaison au précédent examen du 27 avril 2017, un micro-adenome hypophysaire à composante plus kystique, banal et refoulant discrètement vers la gauche, et
- un rapport du 4 avril 2019 du Dr T.\_\_\_\_\_ qui indiquait que les douleurs musculosquelettiques multiples chroniques diffuses récurrentes dont se plaignait la recourante étaient de caractère polyinsertionnel fibromyalgique ou liées à un trouble somatoforme douloureux persistant, notant que sa capacité de travail était réduite.

Dans sa réponse du 25 août 2020, l'Office AI a conclu au rejet du recours en se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du W.\_\_\_\_\_, qui, selon l'intimé, remplissait les conditions pour se voir accorder valeur probante, et sur l'avis du 23 juillet 2020 du SMR, lequel indiquait qu'il n'y avait aucun élément médical nouveau pour modifier sa position sur ladite expertise.

**C.** Le 11 juillet 2022, le juge instructeur a confié au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise psychiatrique. Ce praticien a examiné la recourante en date des 12, 15, 26 septembre et 6 octobre 2022 et rendu son rapport corrélatif le 31 octobre 2022. Dans ce rapport, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble de l'usage du cannabis (F12.20), d'anorexie mentale, type restrictif (F50.01), d'anxiété généralisée (F41.1), de trouble dépressif persistant (F34.1) et de trouble à symptomatologie somatique, avec douleurs prédominantes, chroniques (F45.1) [notant que, dans les grandes lignes, ce dernier correspondait au syndrome douloureux somatoforme persistant de la CIM-10], la question d'un trouble bipolaire de type I ou II devant rester ouverte. Il a estimé que tous ces diagnostics avaient un effet sur la capacité de travail, entraînant depuis 13 mars 2017 une incapacité de travail de 70 % dans toutes activités.

J.\_\_\_\_\_ a, par déterminations du 15 novembre 2022, exprimé son accord avec le rapport d'expertise précité.

Le 24 novembre 2022, l'Office AI a, sur la base de l'analyse du 15 novembre 2022 du SMR, adhéré aux conclusions de l'expertise judiciaire.

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

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 18 mai 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3. a)** 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA).

**b)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**4. a)** Pour 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 un élément important 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 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, 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 citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**5.** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

**6.** **a)** L'intimé a rendu une décision de refus le 18 mai 2020 en se fondant sur l'expertise réalisée par le W.\_\_\_\_\_. Dans leur évaluation consensuelle du 30 août 2019, les experts du W.\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics incapacitants de douleur rachidienne sur scoliose lombaire droite et dorsale gauche, d'insuffisance pondérale, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, d'anorexie mentale avec insuffisance pondérale et de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation nocive pour la santé, secondaire, utilisation continue. Les experts ont estimé que la fibromyalgie, l'adénome de l'hypophyse, la sinusite chronique et le syndrome de Raynaud n'étaient pas incapacitants.

**b)** Sur le plan somatique, le SMR a adhéré aux conclusions des experts du W.\_\_\_\_\_.

**aa)** Sur l'absence d'atteinte neurologique, il ne ressort pas des pièces au dossier qu'une telle atteinte devrait être retenue, le rapport radiologique du 28 mai 2019 du Dr R.\_\_\_\_\_, produit par la recourante dans le cadre de la présente procédure, ayant au surplus été pris en compte par l'expert neurologue du W.\_\_\_\_\_ et ne contenant aucun

élément médical nouveau laissant penser que la recourante souffrirait d'un trouble neurologique.

**bb)** S'agissant du volet de médecine interne générale, le Dr S.\_\_\_\_\_ du W.\_\_\_\_\_ a retenu comme atteinte incapacitante l'insuffisance pondérale (BMI à 17.6), également relevée par le Dr H.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 3 juin 2020). Le Dr S.\_\_\_\_\_ a noté que l'insuffisance pondérale était susceptible de limiter la capacité de travail du fait de l'asthénie chronique générant une baisse de performance avec un rythme de travail ralenti. Cet avis concorde avec celui du Dr H.\_\_\_\_\_ qui a expliqué, dans son rapport du 3 juin 2020, que le BMI de la recourante était inférieur à 17 avec remaniement des troubles du sommeil, des bouffées d'angoisse envahissante avec phobies et un syndrome polyalgique très présent.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ a également posé le diagnostic sans influence sur la capacité de travail d'adénome hypophysaire de découverte fortuite, sans manifestation neurologique, pour lequel aucun traitement n'a été proposé, comme l'a observé la Dre N.\_\_\_\_\_, rejoignant les conclusions du Dr T.\_\_\_\_\_ qui listait déjà ce diagnostic comme non incapacitant dans son rapport du 17 novembre 2017.

La sinusite chronique et le syndrome de Raynaud ont également été diagnostiqués sans effet sur la capacité de travail par l'expert en médecine interne générale. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a certes listé le syndrome de Raynaud comme incapacitant dans son rapport du 17 novembre 2017, mais il n'a pas explicité en quoi ce diagnostic impacterait la capacité de travail de la recourante, de sorte que ce rapport n'apparaît pas propre à faire douter de l'évaluation de l'expert sur ce diagnostic.

L'expert en médecine interne générale a, en définitive, retenu que dans la dernière activité de serveuse, la capacité de travail de la recourante était de 80 % du 13 mars 2017 au 31 mai 2018 en raison du rythme de travail ralenti et de 90 % depuis le 1<sup>er</sup> juin 2018 du fait de

l'amélioration des performances en raison d'une reprise pondérale. Dans une activité adaptée sédentaire, la capacité de travail était de 100 % depuis le 13 mars 2017.

**cc)** Concernant le volet rhumatologique, le Dr C.\_\_\_\_\_ du W.\_\_\_\_\_ a effectué une anamnèse complète, a pris en compte les plaintes de la recourante et a fait état de constatations objectives. Il a ainsi observé, à l'examen clinique, qu'au niveau des épaules, la recourante ne présentait aucune atteinte ligamentaire tendineuse ni de syndrome sous-acromial ni de douleurs à la palpation des articulations acromio-claviculaires. Au niveau des poignets et des mains, l'examen des poignets (métacarpophalangiennes, interphalangiennes distales et proximales) était normal, les amplitudes étaient respectées, les mouvements étaient indolores. Au niveau de la hanche droite et du genou, l'examen était également normal. Il n'y avait pas de douleur au mouvement de la hanche et aucun signe de trochantérite. Concernant plus spécifiquement le genou, il n'y avait pas de laxité ni de douleur à la palpation des compartiments, ni encore d'atteinte ligamentaire ou tendineuse. Enfin, l'examen des chevilles était proche de la normale avec des mouvements indolores, des amplitudes respectées, étant précisé que la recourante avait montré une certaine démonstrabilité (cf. page 12 du rapport d'expertise du W.\_\_\_\_\_). Fondé sur ce qui précède, l'expert rhumatologue n'a pas mentionné comme diagnostics incapacitants les douleurs à l'épaule, au poignet, à la main, à la hanche, au genou et à la cheville droits, rapportées comme incapacitantes dans le rapport établi le 17 novembre 2017 par le Dr T.\_\_\_\_\_.

L'expert a ainsi posé le diagnostic incapacitant de douleur rachidienne sur scoliose lombaire droite et dorsale gauche, tout comme le Dr T.\_\_\_\_\_ avant lui (cf. rapport du 17 novembre 2017) et a estimé que la fibromyalgie n'était pas incapacitante. La question de savoir si le diagnostic de fibromyalgie aurait dû être retenu comme atteinte incapacitante peut demeurer ouverte, dans la mesure où il sera vu, sous consid. 6c, que le Dr G.\_\_\_\_\_ a préféré le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique avec douleurs prédominantes.

Le rapport du 7 novembre 2019 du Dr H.\_\_\_\_\_, qui mentionne le diagnostic incapacitant d'arthrite, n'est pas propre à faire douter de l'évaluation du Dr C.\_\_\_\_\_. En effet, outre le fait que le Prof. P.\_\_\_\_\_ a écarté ce diagnostic dans son rapport du 4 juillet 2017 pour préférer celui d'une fibromyalgie, le Dr T.\_\_\_\_\_ - spécialiste en rhumatologie - n'a pas retrouvé de signes d'arthrite lors de ses différentes consultations (cf. rapports des 29 juin 2017, 17 novembre 2017 et 4 avril 2019), corroborant ainsi les conclusions de l'expert rhumatologue du W.\_\_\_\_\_, lesquelles ne font pas état de ce diagnostic.

Sur la base des éléments qui précèdent, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu que, dans son ancienne activité d'esthéticienne, la recourante disposait d'une capacité de travail entière depuis toujours, mais qu'elle était nulle dans son ancienne activité de serveuse. Au demeurant, dans le cadre d'une activité adaptée, la capacité de travail de la recourante était de 100 % depuis toujours.

**dd)** Vu ce qui précède, il y a lieu de retenir que les appréciations propres de chaque expert sur les plans neurologique, de médecine interne générale et rhumatologique du W.\_\_\_\_\_ sont probantes.

**c)** En revanche, le volet psychiatrique de l'expertise du W.\_\_\_\_\_ laissait place à certains doutes et ne pouvait se voir conférer pleine valeur probante, en raison de certaines incohérences. L'expert psychiatre D.\_\_\_\_\_ du W.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, d'anorexie mentale et de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation nocive pour la santé, secondaire, utilisation continue, et a considéré que la capacité de travail de la recourante dans son ancienne activité était de 75 % depuis janvier 2019 et avant août 2018, étant précisé qu'elle était de 0 % d'août 2018 à décembre 2018. Quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr D.\_\_\_\_\_ a considéré qu'elle était de 100 % avant août 2018 et

après janvier 2019, étant précisé qu'elle était de 0 % d'août à décembre 2018. Alors même que le Dr D. \_\_\_\_\_ a estimé la capacité de travail de la recourante à 75 % dans son ancienne activité, respectivement à 100 % dans une activité adaptée, il a toutefois noté que la situation avait « peu de chances d'évoluer positivement » et que la recourante devait bénéficier d'une psychothérapie au long cours, associée à un traitement antidépresseur, ce qu'elle refusait (p. 21 du rapport d'expertise du W. \_\_\_\_\_). Le Dr D. \_\_\_\_\_ a observé que, durant la période d'août à décembre 2018, « [la recourante] a[vait] présenté un nouvel épisode dépressif en 2017, avec aggravation en août 2018, suite au départ de sa fille du foyer familial, et apparition d'idées suicidaires en décembre 2018, liée à l'accumulation de problèmes financiers, et un incendie [qui] s'[était] déclaré dans le camping où elle vi[vai]t ». Si on considère, comme l'a fait le Dr D. \_\_\_\_\_, que la recourante a présenté une incapacité totale durant la période précitée, l'appréciation de sa capacité de travail avant cette période pose problème en ce que le Dr D. \_\_\_\_\_ a noté que l'épisode dépressif « [était] encore présent, mais à un degré moindre », qu'il a constaté que la recourante présentait toujours une « humeur triste, [une] perte d'élan vital, un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité, une perte d'intérêt », la plupart de ces symptômes étant d'intensité moyenne, alors même que la capacité de travail pouvait être estimée à 75 %, respectivement 100 %.

Dans ces circonstances, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, confiée au Dr G. \_\_\_\_\_, afin de lever les doutes relatifs à l'état de santé psychique de la recourante et à sa capacité de travail.

Comme en conviennent les deux parties, l'expertise judiciaire du Dr G. \_\_\_\_\_ satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

L'expert a examiné la recourante à quatre reprises les 12, 15, 26 septembre et 6 octobre 2022 ; il a en outre contacté la Dre Z. \_\_\_\_\_, le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin psychiatre actuel de la recourante, l'assistante

sociale de l'intéressée ainsi que le Dr H.\_\_\_\_\_. Il a pris connaissance de l'ensemble du dossier médical (expertise pp. 2-5) et établi une anamnèse particulièrement fouillée, sur les plans familial, personnel et socio-personnel, médical (au niveau somatique et psychiatrique), de la vie privée de la recourante et de ses consommations (pp. 5-13). Il a notamment retracé l'évolution de la situation et décrit sa situation actuelle, y compris le déroulement de son quotidien (pp. 11-13). Il a recueilli les plaintes de la recourante (pp. 13-14) et rendu compte de ses observations cliniques (pp. 14-15), complétant son examen par des tests psychologiques (pp. 15-16). Le Dr G.\_\_\_\_\_ a ensuite posé chaque diagnostic de manière motivée et détaillée, en précisant se référer aux critères du DSM-5, avant de discuter les autres diagnostics posés, pour constater qu'outre le trouble de l'usage du cannabis, l'anorexie mentale et le trouble dépressif persistant (diagnostics déjà posés par l'expert psychiatre du W.\_\_\_\_\_), la recourante souffrait également d'un trouble de l'anxiété généralisée et d'un trouble à symptomatologie somatique, en exposant clairement et de manière détaillée en quoi ces diagnostics lui paraissaient correspondre à la situation (pp. 16-24). Il a précisé que le rapport d'expertise du W.\_\_\_\_\_ ne retenait pas l'équivalent du syndrome douloureux somatoforme persistant qui était le trouble à symptomatologie somatique avec douleurs prédominantes. Dans la mesure où le rhumatologue avait posé le diagnostic de fibromyalgie, cette attitude pouvait se justifier. Au vu de l'évidence des facteurs psychologiques expliquant les plaintes douloureuses de la recourante, le Dr G.\_\_\_\_\_ a toutefois considéré qu'un diagnostic psychiatrique devait être préféré à ce que désignait l'entité clinique controversée de fibromyalgie (pp. 23-24). Il a ainsi procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables (cf. consid. 5 *supra*) : après avoir examiné le degré de gravité fonctionnel de chaque atteinte dans la partie « appréciation diagnostique », il s'est prononcé sur la cohérence, la personnalité de la recourante, ses ressources (pp. 24-27) ainsi que sur les traitements (p. 25). Il n'a noté aucune discordance entre les plaintes, le comportement et les limitations alléguées par la recourante et ce qui était connu de ses activités de la vie quotidienne, s'étant néanmoins posé la question de

troubles factices, mais sans trouver d'indices probants en ce sens, la recourante ne lui ayant pas donné l'impression de majorer voire de simuler quoi que ce soit (pp. 24-25), tendant même à minimiser, voire à dénier ses troubles psychiatriques et privilégier un statut d'invalidé pour des raisons somatiques, « ce qui lui paraissait davantage acceptable » (p. 25). Il a expliqué qu'au vu de l'impulsivité de la recourante, de ses « crises » douloureuses et de l'exacerbation occasionnelle de son anxiété généralisée, elle n'avait vraisemblablement pas les ressources suffisantes pour s'adapter aux règles et routines d'un plein temps dans le premier marché du travail, ajoutant qu'elle ne « serait que difficilement « supportable » dans l'économie ordinaire » (p. 26). L'expert psychiatre du W. \_\_\_\_\_ n'avait pas renseigné une pathologie anxieuse qui paraissait pourtant évidente et dont rien n'indiquait qu'elle ait été absente à l'époque de l'expertise. Si cet expert admettait un épisode dépressif moyen, il restait muet quant aux motifs pour lesquels il n'associait pas ce trouble à des limitations mêmes minimales de la capacité de travail. Tant le médecin traitant de la recourante que les personnes qui s'en étaient occupées admettaient explicitement ou implicitement une incapacité de travail relevant du registre psychiatrique. Cette incapacité se traduisait pourtant dans l'évolution des chiffres de l'extrait du compte individuel AVS et du nombre de jours chômés, sans activité lucrative (p. 27). Ce faisant, le Dr G. \_\_\_\_\_ a étayé son appréciation relative à la capacité de travail par les limitations fonctionnelles décrites sous le chapitre « ressources » (pp. 26-27), ne se ralliant pas aux conclusions de l'expert psychiatre du W. \_\_\_\_\_, et soulignant qu'en l'état, toutes les entités diagnostiques retenues avaient « peu ou prou des conséquences négatives sur la capacité de travail de la recourante » (p. 29). Le Dr G. \_\_\_\_\_ est ainsi arrivé à la conclusion qu'une incapacité de travail psychiatrique de 70 % devait être admise dès le 13 mars 2017 dans toutes activités. Pour finir, le Dr G. \_\_\_\_\_ a expliqué que la qualification de « secondaire » faite par l'expert psychiatre du W. \_\_\_\_\_ s'agissant de la dépendance au cannabis était désuète au regard de la jurisprudence, étant précisé que ce qualificatif de secondaire imposait qu'il y ait un trouble psychiatrique incapacitant qui en soit la cause, alors que cet expert ne retenait précisément pas de trouble psychiatrique incapacitant (p. 33).

En définitive, l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ est claire et parfaitement convaincante. Il en résulte que la recourante présente depuis le 13 mars 2017 une incapacité de travail de 70 % dans toutes les activités.

**7.** Subsiste la question de l'évaluation globale de la capacité de travail.

**a)** L'évaluation consensuelle de la capacité de travail retenue par les experts, dans le rapport d'expertise du W.\_\_\_\_\_, est incohérente, ces derniers n'ayant pas procédé à une évaluation globale, mais s'étant contentés de retranscrire les taux respectivement retenus par chacun (cf. p. 6 du rapport d'expertise du W.\_\_\_\_\_). Ainsi, l'expert en médecine interne générale du W.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 80 % dans la dernière activité de serveuse du 13 mars 2017 au 31 mai 2018 et de 90 % depuis le 1<sup>er</sup> juin 2018. Quant à l'expert rhumatologue du W.\_\_\_\_\_, il a estimé cette capacité de travail à 100 % dans l'ancienne activité d'esthéticienne et à 0 % dans l'ancienne activité de serveuse. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail dans une activité habituelle, tant l'expert en médecine interne générale que l'expert rhumatologue du W.\_\_\_\_\_ ont estimé qu'elle était de 100 % depuis le 13 mars 2017.

Dans le cadre de l'expertise judiciaire portant sur le volet psychiatrique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a quant à lui retenu, de manière probante, que, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 30 % depuis le 13 mars 2017.

Eu égard à ce qui précède, il y a dès lors lieu de retenir que, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, sa capacité de travail globale est de 30 % depuis le 13 mars 2017.

**b)** C'est ensuite le lieu de résumer les limitations fonctionnelles de la recourante.

S'agissant du volet rhumatologique, la recourante devra éviter l'effort de soulèvement de plus de 10 kg et le port de charge est limitée à 10 kg. Sur le plan de la médecine interne générale, les limitations fonctionnelles sont dues au faible poids qui diminue ses performances physiques (cf. rapport d'expertise du W.\_\_\_\_\_).

Quant au volet psychiatrique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a souligné que la recourante souffrait d'impulsivité, de « crises » douloureuses et d'exacerbation occasionnelle de son anxiété généralisée, qu'elle n'avait vraisemblablement pas la ressource de s'adapter aux règles et routines d'un plein temps au risque d'un absentéisme important. Il convient également d'éviter les situations où elle se sentirait « sursollicitée ». En situation de stress, la recourante tend également à perdre ses moyens et peut aller « à vau-l'eau » en termes de capacité décisionnelle et d'organisation. Ses ressources adaptatives se sont également avérées très limitées. En raison de sa pathologie anxieuse et dépressive, la recourante est moins endurante que tout un chacun. Elle peut aussi se montrer exagérément irritable et impulsive lorsqu'elle échoue à faire valoir ce qu'elle considère comme juste. Elle connaît enfin d'importants problèmes dans ses relations interpersonnelles et se trouve mal à l'aise en situation sociale (pp. 26-27 du rapport d'expertise judiciaire du 31 octobre 2022 du Dr G.\_\_\_\_\_).

**c)** En conclusion, compte tenu d'une capacité de travail globale de 30 % dans toute activité depuis le 13 mars 2017, et vu le délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 LAI, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mars 2018 (art. 29 al. 3 LAI).

**8. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'Office AI pour qu'il alloue une rente entière d'invalidité, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est

soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, dès lors qu'elle a procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 18 mai 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il alloue à J. \_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité, avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2018.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- J.\_\_\_\_\_, personnellement, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,
- Centre médico-social du [...], à [...], pour la recourante,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :