

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 août 2021

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Dessaux et Berberat, juges  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** M.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1977, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse au mois d'août 2011. Elle y a essentiellement œuvré dans le domaine de l'entretien, en dernier lieu pour F.\_\_\_\_\_ SA à 90 % depuis le 8 octobre 2012 et pour H.\_\_\_\_\_ SA à 20 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017, jusqu'à la résiliation des rapports de travail par l'employeur respectivement en novembre 2018 et janvier 2019.

Après une annonce en détection précoce introduite le 20 avril 2018 par S.\_\_\_\_\_ [...] SA, assureur perte de gain de F.\_\_\_\_\_ SA, l'assurée a déposé une demande de prestations le 6 juin 2018 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une fibromyalgie et de la fatigue depuis le mois de septembre 2017 et signalant des périodes d'incapacité de travail à des taux variables depuis le 1<sup>er</sup> février 2018.

L'instruction menée par l'OAI a notamment montré que, dans le cadre de son activité pour F.\_\_\_\_\_ SA, l'assurée était appelée à soulever ou porter souvent des poids légers de 0 à 10 kg, parfois des poids moyens de 10 à 25 kg et rarement des poids lourds excédant 25 kg (cf. questionnaire pour l'employeur du 8 août 2018), et que, dans son activité pour H.\_\_\_\_\_ SA, le port ou soulèvement de charges de 0 à 10 kg était occasionnel et celui de charges supérieures à 10 kg rare (questionnaire pour l'employeur du 18 juillet 2018).

Le 30 juillet 2018, l'OAI s'est vu communiquer le dossier de S.\_\_\_\_\_ [...] SA. Il en est ressorti que l'assurée avait été adressée en septembre 2017 à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_, où avait été diagnostiqué un syndrome douloureux myofascial voire une fibromyalgie, les douleurs étant associées à une grande fatigue et à un trouble de l'humeur (rapport du 9 octobre 2017 du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin chef au Département d'anesthésie et Centre d'antalgie de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_). Des investigations avaient par ailleurs été menées au Centre hospitalier [...]

(ci-après : le Centre hospitalier Z\_\_\_\_\_), où les médecins avaient conclu à une somnolence diurne excessive, probablement dans un contexte de trouble dépressif et fibromyalgie avec diagnostic différentiel d'hypersomnie centrale idiopathique, ainsi qu'à un trouble du maintien du sommeil, probablement dans un contexte de fibromyalgie (rapports des 31 janvier et 7 mars 2018 des Drs N.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et médecin assistant au Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier Z\_\_\_\_\_). Quant au médecin généraliste traitant de l'intéressée, le Dr D.\_\_\_\_\_, il avait préconisé un arrêt de travail à 50 % pour favoriser la récupération de la fatigue et précisé que les symptômes étaient indépendants du type d'activité, de sorte qu'une autre activité professionnelle ne permettrait pas un taux d'activité plus important (rapport du 2 mai 2018).

Dans un rapport du 31 juillet 2018 à l'OAI, la Dre J.\_\_\_\_\_, médecin adjointe au Service d'anesthésiologie et d'antalgie de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de fibromyalgie probablement depuis trois ans. Elle a précisé que la patiente était intégrée dans un programme de prise en charge pluridisciplinaire et a produit divers comptes-rendus relatifs à cette prise en charge. Il en résultait en particulier que, lors de la première consultation, l'assurée avait décrit une irritabilité aux bruits avec troubles cognitifs modérés surtout sous forme de troubles de la mémoire, des céphalées en casque en relation avec les états de fatigue et un état dépressif, étant précisé à cet égard que l'intéressée avait été brièvement suivie par une psychologue (« Mme [...] ») à [...] (compte-rendu du 9 janvier 2018). A l'occasion de la deuxième consultation, l'intéressée avait présenté une thymie un peu triste mais s'était sentie mieux par rapport à son état général, malgré la persistance des douleurs de base ; il lui avait alors été conseillé de revoir un psychiatre afin de commencer un antidépresseur à petites doses pour l'aider non seulement du point de vue des douleurs mais aussi de la dépression (compte-rendu du 9 mai 2018). Au cours du troisième entretien, une amélioration de 30 à 50 % avait été constatée depuis l'intégration au programme ; l'intéressée poursuivait de surcroît son suivi psychologique, son référant estimant toutefois qu'elle ne

présentait pas vraiment un contexte dépressif et ne l'ayant de ce fait pas adressée à un psychiatre (compte-rendu du 13 juin 2018).

Dans un rapport du 15 août 2018 destiné à la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, le Dr D. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de somnolence diurne excessive (G47.1), d'état dépressif (F32.9), de fibromyalgie (M79.79) et d'obésité. Il a plus particulièrement relevé des douleurs articulaires augmentées à l'effort, une somnolence diurne, une aboulie et une thymie légèrement abaissée. Il a en outre estimé que l'exercice d'une activité n'était envisageable qu'à un taux de 50 à 70 %.

Aux termes d'un rapport du 18 août 2018 adressé à l'OAI, le Dr D. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de somnolence diurne excessive en cours d'investigation (depuis 2016), de fibromyalgie (depuis 2013) et d'état dépressif (depuis 2016), avec une amélioration des symptômes depuis mars 2018. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a signalé une somnolence après quelques heures, des douleurs dans les membres et le dos à l'effort modéré et une aboulie. Enfin, la capacité de travail était estimée à 70 % depuis le 6 août 2018 dans l'activité habituelle, respectivement entre 50 à 70 % dans une activité adaptée. En annexe à ce compte-rendu figuraient notamment des rapports d'imagerie faisant état d'altérations dégénératives débutantes de la colonne cervicale, avec un rétrécissement foraminal dégénératif modéré en C5-C6 à gauche (rapport du 10 juin 2016), et d'une discarthrose L3-L4 et L4-L5 sans autre altération associée (rapport du 28 août 2017). Le Dr D. \_\_\_\_\_ a également produit un rapport du 6 juin 2018 du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier Z \_\_\_\_\_, confirmant les diagnostics précédemment retenus par ce service.

Par communication du 19 novembre 2018, l'OAI a signifié à l'assurée la prise en charge d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle du 14 novembre 2018 au 13 juin 2019, auprès de la Fondation K. \_\_\_\_\_. Dans ce contexte, un stage a été

mis en œuvre auprès de la [...] de [...] du 1<sup>er</sup> avril au 13 juin 2019 à un taux de 50 %, pour une activité combinant du travail en caisse et en rayon (rapport de synthèse du 8 avril 2019). A la suite d'un bilan intermédiaire le 7 mai 2019, seule l'activité en caisse a été maintenue, l'activité en rayon n'apparaissant pas adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée en raison de ses douleurs et de sa fatigue. Dans la seconde partie du suivi, une fatigue et une vulnérabilité émotionnelle plus importantes ont été constatées. En particulier, la responsable de caisse a souligné que la fatigue et les douleurs réapparaissaient après trois heures consécutives de travail et pouvaient se lire sur le visage de l'assurée, même si celle-ci prétendait que tout allait bien. A cela s'ajoutait que l'intéressée ne pouvait rester debout plus d'une heure (note d'entretien du 15 mai 2019 et rapport de synthèse du 27 juin 2019).

Entre-temps, le 13 décembre 2018, X. \_\_\_\_\_ [...] SA, assureur perte de gain de H. \_\_\_\_\_ SA, a transmis son dossier à l'OAI. Il en résultait notamment que, le 19 août 2018, le Dr D. \_\_\_\_\_ s'était prononcé dans le sens d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans l'activité exercée.

Dans un rapport du 2 septembre 2019, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a signalé une prise en charge du 15 juin 2016 au 11 mai 2017, puis à nouveau depuis le 24 mai 2018. Il a mentionné des diagnostics incapacitants sous forme de trouble dépressif récurrent depuis le mois de mai 2016, épisode actuel moyen, et de personnalité émotionnellement labile depuis le mois de juillet 2016 ; du point de vue des antécédents médicaux, il a évoqué un diagnostic de dépression depuis 2009. Il a considéré que la patiente n'était pas apte à travailler à 100 % et qu'une reconversion professionnelle était possible à un taux de 40 à 50 % dans une activité adaptée tenant compte des restrictions physiques de la patiente, à savoir éviter les mouvements répétitifs de rotation/torsion et le port de charges lourdes. Il a ajouté que l'on pouvait raisonnablement attendre de l'assurée qu'elle travaille trois heures par jour dans son activité usuelle comme dans une activité adaptée. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a encore souligné que la patiente ne disposait

pas de ressources utiles à la réinsertion, mais qu'elle avait beaucoup d'intérêt pour la coiffure, l'esthétique et la médecine alternative. Dans une annexe à son rapport, il a décrit une personnalité timide, des difficultés à gérer les émotions liées aux douleurs ou à des questions financières, des difficultés à gérer les documents, ainsi qu'une hypersensibilité au stress surtout en présence de difficultés économiques ou de questions administratives ; l'assurée présentait en outre des limitations au niveau de sa capacité de concentration/attention et d'adaptation au changement.

Sur mandat de l'OAI, une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès du Centre [...] B.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : B.\_\_\_\_\_). Dans ce contexte, l'assurée a été examinée le 18 décembre 2019 par les Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et le 9 janvier 2020 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 10 février 2020, les experts ont retenu ce qui suit :

#### **"4. Évaluation consensuelle**

##### **4.1. Évaluation médicale interdisciplinaire**

[...]

L'examen de ce jour met en évidence tous les points de fibromyalgie qui sont positifs 19/19. Les signes de gravité SSA sont à 7/9 et les signes associés SSB sont à 2, ce qui fait une cote globale à 9. Il n'y a pas de corrélation psychiatrique versus trouble somatoforme. La fatigue ressentie par l'expertisée fait partie de la neurasthénie, sans impact sur la capacité de travail.

[...]

L'examen clinique pluridisciplinaire a mis en évidence la fibromyalgie et la neurasthénie, sans impact sur la capacité de travail.

##### **4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail**

- Neurasthénie F48.0
- Fibromyalgie M 79.7
- Altérations dégénératives débutantes cervicales
- Discarthrose L3-L4 et L4-L5, sans autre signe M 47.9
- Obésité
- Syndrome des jambes sans repos G 25.8

#### **4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles**

Limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, port de charge limité à 15 kg ponctuel.

#### **4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence**

La personnalité avec des ressources et mécanismes adaptatifs n'a aucune incidence.

#### **4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge**

Pas de facteurs de surcharge chez une expertisée qui a les ressources pour surmonter ses difficultés. Elle parle français, elle est bien intégrée, elle réalise la majeure partie des travaux quotidiens, dont certains, avec de l'aide, elle fait de la peinture, du vélo d'appartement, de la danse de salon une fois par mois avec son mari. Elle désire s'inscrire dans une salle de fitness pour perdre du poids. Elle se rend au Portugal régulièrement. Elle se projette donc vers l'avenir et veut améliorer son image.

Madame M. \_\_\_\_\_ est donc capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, elle est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec des tiers. Elle est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin d'elle-même et à subvenir à ses besoins. Elle dispose de mobilité et peut se déplacer. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est très légèrement diminuée à cause de la fatigue alléguée.

#### **4.6. Contrôle de cohérence**

Pour les experts rhumatologue et interniste il n'y a pas d'incohérence entre les plaintes, la vie quotidienne et le diagnostic de fibromyalgie. Les douleurs sont plausibles. En revanche, pour l'expert psychiatre, les plaintes formulées par l'expertisée, notamment la fatigue, ne sont ni cohérentes ni plausibles, non objectivées pendant un long entretien, et compte tenu de ses activités journalières.

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

Aucune incapacité de travail n'a été retenue.

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

Idem.

#### **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)**

Les experts s'éloignent des incapacités de travail retenues par les médecins de Mme M.\_\_\_\_\_, secondaires à la douleur ainsi qu'à la fatigue, ceci en l'absence de signes cliniques des maladies incapacitantes."

Sur le plan de la médecine interne, l'expert P.\_\_\_\_\_ a estimé qu'en l'état actuel, il n'y avait pas de pathologie pouvant retentir sur la capacité de travail. Il a en particulier considéré ce qui suit :

**"7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

S'agissant de la médecine interne générale, il n'y a pas de limitation dans l'activité professionnelle. En l'occurrence, la situation est comparable, dans tous les domaines de la vie, aussi bien personnelle que professionnelle.

Sur le plan de la médecine interne générale, les thérapies correspondant aux symptômes exposés, ont été dans l'ensemble suivies. Les symptômes et les atteintes nous paraissent cohérents et plausibles.

**7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

Sur le plan de la médecine interne générale, la situation paraît désormais stabilisée. Il ne semble pas exister un frein à la coopération. Les troubles fonctionnels sont bien dus à des causes médicales. La situation actuelle reste donc stable. Il perdure cependant quelques difficultés d'ordre social potentiellement limitantes au même titre que les difficultés à mobiliser les ressources dont l'évaluation relève en définitive de l'expertise psychiatrique."

Au niveau rhumatologique, l'expert V.\_\_\_\_\_ a notamment émis les observations suivantes :

**"7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

Il s'agit d'une expertisée qui présente des douleurs extrêmement diffuses depuis l'année 2015 et dont le diagnostic de fibromyalgie a été posé à l'occasion d'une consultation à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ en septembre 2017. Ce diagnostic a été suivi d'une prise en charge spécifique fibromyalgique à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ entre janvier 2018 et juillet 2018.

On ne peut que souscrire à ce diagnostic dans la mesure où les différents examens : IRM dorsale en mars 2016 est normal, IRM cervicale en juin 2016 ne montre que des altérations dégénératives débutantes cervicales avec un rétrécissement foraminaux dégénératif modéré en C5-C6 droit, sans hernie discale, l'IRM lombaire en août 2017 ne révèle qu'une discarthrose L3-L4 et L4-L5, sans autre signe. L'examen biologique s'est également avéré normal.

Ces atteintes dégénératives rachidiennes ne sont pas limitantes car l'examen clinique est tout à fait satisfaisant avec persistance d'une bonne mobilité et sans irradiation dans les membres supérieurs et inférieurs.

Par ailleurs, tous les points de fibromyalgie sont positifs à l'examen clinique 19/19. Les signes de gravité SSA sont à 7/9 et les signes associés SSB sont à 2, ce qui fait une cote globale à 9.

[...]

### **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Il n'y a pas d'incohérence entre les plaintes, la vie quotidienne et le diagnostic de fibromyalgie. Les douleurs sont plausibles.

### **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

L'expertisée semble avoir les ressources pour surmonter ses difficultés. Elle parle français, elle est bien intégrée, elle réalise la majeure partie des travaux quotidiens dont certain[s] avec de l'aide, elle fait de la peinture, du vélo d'appartement, de la danse de salon une fois par mois avec son mari.

Elle désire s'inscrire dans une salle de fitness pour perdre du poids. Elle se rend au Portugal régulièrement.

Elle se projette donc vers l'avenir et veut améliorer son image.

Limitations fonctionnelles ; pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, port de charge limité à 15 kg ponctuel."

Du volet psychiatrique établi par l'expert L. \_\_\_\_\_, on extrait en outre ce qui suit :

### **"6. Diagnostics**

Nous ne pouvons pas retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent évoqué par son psychiatre, diagnostic par ailleurs non étayé, car aucun signe n'est présent durant l'entretien ni du point de vue anamnestique. Nous ne pouvons pas retenir non plus le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, diagnostic non étayé par son psychiatre, car aucun signe clinique n'est présent pendant l'entretien ni du point de vue anamnestique.

En revanche, nous avons retenu le diagnostic de neurasthénie F48.0, avec la fatigue comme plainte principale qui est plutôt accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à affronter les tâches quotidiennes. La fatigabilité mentale est décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'associations et de souvenirs, une difficulté de concentration et une pensée globalement inefficace. Il existe également des sensations de faiblesse corporelle ou physique et sentiment d'épuisement après des efforts minimes, associés à des courbatures, des douleurs musculaires et une incapacité à se détendre.

Pas de troubles de l'addiction.

## **7. Evaluation médicale et médico-assurantielle**

### **7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

[...] Les diagnostics retenus par son psychiatre ne correspondent pas à nos propres consta[ta]tions, par ailleurs des diagnostics non étayés. En revanche, l'expertisée présente un syndrome de fatigue chronique associé à une neurasthénie, diagnostics non incapacitants chez une expertisée ayant des ressources et des capacités d'adaptation, signalons que dans ses activités journalières, elle dit aimer beaucoup la danse, par ailleurs elle va danser régulièrement, faire la cuisine et avoir d'autres activités.

### **7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison**

Prise en charge psychiatrique et selon les dosages plasmatiques l'expertisée ne prend pas l'antidépresseur prescrit par son médecin.

Du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune contre-indication à ce que l'expertisée effectue une mesure de réadaptation.

### **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Les plaintes formulées par l'expertisée, notamment la fatigue, ne sont ni cohérentes ni plausibles, non objectivées pendant un long entretien, et compte tenu de ses activités journalières.

### **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

Madame M. \_\_\_\_\_ est capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, elle est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec des tiers. Elle est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin d'elle-même et à subvenir à ses besoins. Elle dispose de mobilité et peut se déplacer. En revanche, sa capacité de

résistance et d'endurance est très légèrement diminuée à cause de la fatigue alléguée."

L'OAI ayant requis des précisions quant à l'impact des limitations fonctionnelles décrites, l'expert V.\_\_\_\_\_, et la Dre E.\_\_\_\_\_, directrice médicale du B.\_\_\_\_\_, ont répondu le 6 mars 2020 que la dernière activité exercée dans le domaine du nettoyage respectait les restrictions retenues. A cet égard, ils ont souligné que seuls les efforts de soulèvement et le port de charge étaient limités, mais pas le porte-à-faux du buste, et que les efforts étaient rarement supérieurs à 5 kg (un demi-seau d'eau) dans une activité de nettoyage.

Par rapport du 17 mars 2020, la Dre C.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est ralliée aux conclusions des experts du B.\_\_\_\_\_.

En date du 18 mars 2020, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a considéré que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte incapacitante durable au sens de la législation topique, que sa capacité de travail était par conséquent totale dans toute activité et qu'il n'y avait dès lors pas lieu de lui octroyer des prestations d'assurance.

Par courrier du 1<sup>er</sup> avril 2020, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité, invoquant essentiellement ses douleurs et se déclarant incapable de travailler à 100 %.

Le 7 avril 2020, le Dr D.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un compte-rendu exposant que l'assurée présentait des douleurs chroniques handicapantes, ainsi qu'un état dépressif fluctuant certes stable actuellement mais qui allait récidiver dans le futur.

Dans un rapport du 28 mai 2020 à l'attention de l'OAI, le Dr R.\_\_\_\_\_ et la psychologue Q.\_\_\_\_\_ ont souligné que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen), d'une

personnalité émotionnellement labile et d'une fibromyalgie, et qu'elle bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire depuis le 15 juin 2016. Ils ont par ailleurs mentionné des troubles de mémoire et de concentration, des oublis constants, de la tristesse, des pleurs et du désespoir, ainsi que des idées noires par le passé mais qui n'étaient plus d'actualité. Enfin, ils ont émis un pronostic favorable en cas de réadaptation à un taux de 40 à 50 % au maximum, dans une activité tenant compte des restrictions physiques (fatigue, difficultés à accomplir des tâches répétitives, pas de port de charges lourdes).

Aux termes d'un compte-rendu de la permanence SMR du le 11 juin 2020, la Dre C.\_\_\_\_\_ a estimé que les rapports médicaux susmentionnés n'apportaient aucun élément de nature à modifier l'appréciation de ce service.

Par décision du 12 juin 2020, l'OAI a confirmé son projet du 18 mars précédent, dont il a repris la motivation.

**B.** Agissant désormais par l'entremise de son conseil, M.\_\_\_\_\_ a recouru le 18 août 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation [recte : réforme] et à l'allocation d'une demi-rente d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 50 % avec effet au 1<sup>er</sup> février 2019, subsidiairement à la mise sur pieds d'une expertise psychiatrique, respectivement au renvoi de l'affaire à l'intimé pour mise en œuvre d'une telle expertise. En substance, la recourante a fait valoir qu'elle présentait des troubles psychiques attestés par le Dr R.\_\_\_\_\_ et que, si l'existence de tels troubles avait été niée par l'expert L.\_\_\_\_\_, ce dernier n'avait toutefois pas pris la peine de contacter son psychiatre traitant, contrevenant ainsi aux Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance. Elle a ajouté que l'analyse de l'expert L.\_\_\_\_\_ demeurait superficielle et que ce dernier avait avant tout relevé des éléments tendant à exclure une atteinte à la santé psychique. La recourante s'est par ailleurs prévaluée d'une incapacité de

travail de 50 % dans une activité adaptée, lui ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 2019.

En annexe à son recours, l'intéressée a notamment produit un rapport établi le 12 août 2020 par le Dr R.\_\_\_\_\_ et la psychologue Q.\_\_\_\_\_. Ces derniers y signalaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, en rémission partielle (F32.2) mais avec des périodes de récurrence en 2013, en 2014, de février à octobre 2016, en mai 2018 et en juin 2020. Selon ces praticiens, les symptômes se manifestaient par des troubles de la mémoire et de la concentration avec oublis, tristesse, pleurs et désespoir ; en outre, la patiente montrait une labilité émotionnelle, une fatigabilité et un pessimisme. Ils ont par ailleurs signalé le maintien d'une sociabilité minimale sur préconisation médicale, afin de lutter contre les symptômes dépressifs, relevant néanmoins qu'il s'agissait d'un effort important pour la patiente lors des récurrences dépressives et que celles-ci se répétaient, sur une fragilité de plus en plus importante concernant les capacités d'adaptation au stress. Quant au diagnostic de personnalité émotionnellement labile, il ne se confirmait pas : la labilité s'inscrivait dans le cadre des récurrences dépressives et les périodes de neutralité thymique intercritique. S'agissant par ailleurs de la capacité de travail, elle s'élevait à 50 % dans une activité adaptée, compte tenu de la récurrence actuelle du trouble dépressif avec rémission partielle fluctuante. Les praticiens relevaient de surcroît des possibilités fluctuantes d'activités avec des contacts personnels, mais une impossibilité d'exercer des activités engendrant du stress ou exigeant une grande autonomie, de l'endurance, de la précision, de la rapidité, une adaptation permanente ou des tâches complexes. La patiente était par ailleurs décrite comme compliant, bien que des oublis fussent possibles du point de vue de la prise de ses médicaments. Enfin, la composante fibromyalgique contribuait à maintenir une souffrance anxiodépressive chronique qui augmentait les douleurs fibromyalgiques, ce qui alimentait la chronicité de la souffrance physique et influait inévitablement sur la capacité de travail.

Dans sa réponse du 13 octobre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 4 décembre 2020, la recourante s'est en particulier prévalue d'un reportage télévisé ayant mis en lumière « *la manière de procéder de l'ensemble des offices AI, l'intimé compris* ». Pour le reste, elle a maintenu ses motifs et conclusions.

Dupliquant le 7 janvier 2021, l'intimé a confirmé sa position, soulignant en particulier ne pas pouvoir se fonder sur une émission télévisée pour traiter un cas particulier.

## **E n d r o i t :**

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.**           En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente d'invalidité.

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

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

L'assuré a droit à une rente d'invalidité 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).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**c)** Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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).

**4. a)** En l'espèce, la décision attaquée repose essentiellement sur le rapport d'expertise rendu le 10 février 2020 par les Drs P.\_\_\_\_\_,

V.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, ainsi que sur le complément apporté le 6 mars 2020 par les Drs V.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, du B.\_\_\_\_\_ Dans le cadre de leur analyse, les experts ont plus particulièrement retenu que l'assurée ne présentait aucune atteinte incapacitante et que, si des limitations fonctionnelles existaient sur le plan rhumatologique, elles étaient néanmoins compatibles avec la dernière activité exercée dans le domaine du nettoyage.

**aa)** Sur le plan de la médecine interne, l'expert P.\_\_\_\_\_ n'a décelé aucun élément dans le sens d'un trouble susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de la recourante (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 19) et l'examen du dossier ne révèle aucun élément pertinent allant à l'encontre de cette observation. La recourante, du reste, n'en disconvient pas.

**bb)** Sur le plan strictement rhumatologique, l'expert V.\_\_\_\_\_ a repris le diagnostic de fibromyalgie évoqué initialement par les spécialistes de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ et du Centre hospitalier Z\_\_\_\_\_. Il a notamment constaté que tous les points de fibromyalgie étaient présents, qu'il n'y avait pas d'incohérence entre les plaintes, la vie quotidienne et le diagnostic en question, et que les douleurs apparaissaient plausibles (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 3 et 26). Ces constatations ne sont, du reste, guère remises en question. Pour le surplus, l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie est subordonnée, par analogie, aux principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, vu les nombreux points communs entre ces troubles (ATF 132 V 65 consid. 4). Ainsi, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, le concours d'un médecin spécialisé en psychiatrie s'avère donc nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'une fibromyalgie est susceptible d'entraîner (ATF 132 V 65 consid. 4.3), examen qui doit être réalisé sur la base d'une procédure probatoire structurée à l'aide d'indicateurs (TF 9C\_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2 ; voir également consid. 3c supra). Il découle de ce qui précède que le reste de l'analyse relative au trouble fibromyalgique de la recourante

relève du volet psychiatrique de l'expertise, lequel sera abordé ci-dessous (cf. consid. 4a/cc infra).

L'expert V.\_\_\_\_\_ s'est par ailleurs fondé sur le dossier radiologique de l'assurée pour signaler des atteintes dégénératives rachidiennes - à savoir des altérations dégénératives débutantes cervicales et une discarthrose L3-L4 et L4-L5 - qui n'étaient pas limitantes dans la mesure où l'examen clinique était tout à fait satisfaisant, avec la persistance d'une bonne mobilité et sans irradiation dans les membres supérieurs et inférieurs (cf. rapport du 10 février 2020 p. 25 s.). En l'état du dossier, ces constatations ne sont pas mises en doute.

L'expert V.\_\_\_\_\_ a finalement retenu des limitations fonctionnelles rhumatologiques en ce sens que les efforts de soulèvement au-delà de 10 kg étaient proscrits et que le port de charges jusqu'à 15 kg ne pouvait intervenir que ponctuellement (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 4 et 26). On peine néanmoins à comprendre l'origine de telles limitations, alors même que l'expert rhumatologue n'a en définitive identifié aucune atteinte à la santé susceptible de restreindre l'assurée dans ses activités. Bien plus, interpellés sur l'impact de ces limitations, les Drs V.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ ont répondu, le 6 mars 2020, que la dernière activité exercée les respectait et que de surcroît les efforts étaient rarement supérieurs à 5 kg - soit un demi-seau d'eau - dans une activité de nettoyage. On ne peut cependant souscrire à de telles assertions. Certes, s'agissant de l'activité exercée à 20 % pour H.\_\_\_\_\_ SA, l'employeur a indiqué le 18 juillet 2018 que le soulèvement/port de charges était occasionnel jusqu'à 10 kg et rare au-delà. En revanche, le questionnaire rempli le 8 août 2018 par F.\_\_\_\_\_ SA, où l'assurée exerçait son activité principale à 90 %, montre que le soulèvement/port de charges était fréquent jusqu'à 10 kg, occasionnel jusqu'à 25 kg et rare au-delà de 25 kg - soit des limites de poids excédant les restrictions mentionnées par l'expert V.\_\_\_\_\_. Il suit de là, en d'autres termes, que des incertitudes persistent quant à l'origine et l'impact d'éventuelles limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique. Dans ces conditions, le

raisonnement de l'expert V.\_\_\_\_\_ s'avère insatisfaisant et ne peut, dès lors, être avalisé.

**cc)** Sur le plan psychiatrique, l'expert L.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de neurasthénie, réfuté ceux de trouble dépressif récurrent et de trouble de la personnalité émotionnellement labile retenus par le psychiatre traitant, et nié toute diminution de la capacité de travail (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 11 s.). Son appréciation s'avère toutefois incomplète à plusieurs niveaux.

Il convient tout d'abord de relever que pour étayer le diagnostic de neurasthénie, l'expert a décrit une plainte principale sous forme de fatigue plutôt accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à affronter les tâches quotidiennes. Il a ajouté que la fatigabilité mentale était décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'associations et de souvenirs, une difficulté de concentration ou une pensée globalement inefficace. Il a également rapporté des sensations de faiblesse corporelle ou physique et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes, associés à des courbatures, des douleurs musculaires et une difficulté à se détendre (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 11). Or, ce faisant, l'expert a simplement retranscrit - presque mot pour mot - la définition de la neurasthénie (code F48.0) adoptée par la Classification internationale des maladies (ci-après : la CIM). Il n'a en revanche aucunement expliqué en quoi des éléments de cette définition abstraite se retrouvaient concrètement dans le cas particulier. Il n'a pas davantage expliqué en quoi le diagnostic de neurasthénie devait être privilégié par rapport aux troubles du sommeil évoqués (dans le contexte de troubles fibromyalgiques et dépressifs) par le Centre hospitalier Z\_\_\_\_\_ et le Dr D.\_\_\_\_\_ en 2018. C'est par ailleurs sans aucune explication ni motivation que l'expert L.\_\_\_\_\_ a associé la neurasthénie à un syndrome de fatigue chronique (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 11) - syndrome qui relève d'ailleurs d'une affection du système nerveux selon la CIM (code G93.3) et donc de la neurologie, domaine dans lequel

l'expert L.\_\_\_\_\_ ne dispose pas de spécialisation. Si par ailleurs l'expert a exclu un trouble dépressif récurrent en invoquant, notamment, l'absence de signe anamnestique (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 11), il y a toutefois lieu de rappeler que les médecins de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ et du Centre hospitalier Z\_\_\_\_\_ - suivis par le Dr D.\_\_\_\_\_ - ont régulièrement évoqué des éléments de la lignée dépressive en 2017 et 2018, avec des fluctuations, et que le Dr R.\_\_\_\_\_ a pour sa part évoqué un diagnostic de dépression remontant à 2009 (cf. rapport du 2 septembre 2019). De telles données anamnestiques ne pouvaient, par conséquent, être purement et simplement ignorées par l'expert L.\_\_\_\_\_, lequel se devait à tout le moins d'intégrer ces éléments à la discussion. Sur le plan diagnostique, l'évaluation de l'expert apparaît donc lacunaire et ne peut être suivie.

A cela s'ajoute que les conclusions de l'expert L.\_\_\_\_\_ ne permettent pas de se positionner à l'aune de la grille d'indicateurs définie à l'ATF 141 V 281, applicable *in casu* dans la mesure où l'expertise retient des diagnostics psychiques et psychosomatiques. Tout d'abord, l'expert ne s'est pas positionné sous l'angle de la fibromyalgie, alors même que ce diagnostic requiert une appréciation psychiatrique spécialisée (cf. consid. 4a/bb supra). Par ailleurs, s'agissant des indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel, l'expert n'a pas détaillé en quoi les atteintes retenues se manifestaient concrètement. Il n'a de surcroît pas discuté du stage réalisé à la [...] de [...] au printemps 2019, en particulier quant à l'éventuel rôle joué par les aspects psychique et psychosomatique sur les difficultés rencontrées par la recourante. Bien plus, l'expert n'a pas analysé l'interaction entre les différents diagnostics retenus, notamment la fibromyalgie et la neurasthénie. Il n'a pas davantage fourni une évaluation claire de la personnalité de l'assurée ; tout au plus peut-on lire, dans le cadre de l'appréciation consensuelle, que « *[l]a personnalité avec des ressources et mécanismes adaptatifs n'a aucune incidence* » (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 4), constat qui n'est accompagné d'aucune motivation et qui n'équivaut en tous les cas pas à un examen de la structure de personnalité de l'assurée. Finalement, les propos de l'expert L.\_\_\_\_\_ quant à la cohérence des troubles incitent à s'interroger

sur le fondement même de son appréciation. En effet, l'expert a estimé que l'assurée n'était ni cohérente, ni plausible dans ses plaintes relatives à la fatigue « *alléguée* » (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 4 et 11). Ainsi, dès lors que la fatigue constitue un élément central de la neurasthénie, les doutes émis par l'expert quant à l'authenticité même de la fatigue exprimée par la recourante ne peuvent qu'amener à douter du diagnostic retenu. Cela étant, compte tenu des lacunes ainsi exposées, l'appréciation faite par l'expert L. \_\_\_\_\_ n'apparaît pas convaincante.

**dd)** L'appréciation consensuelle des experts du B. \_\_\_\_\_ prête également le flanc à la critique.

On peut en effet s'interroger de ce que des ressources quasiment intactes aient été reconnues à l'assurée (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 4), alors même que l'expert P. \_\_\_\_\_ avait évoqué des difficultés d'ordre psychiatrique dans la mobilisation des ressources (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 19) et que l'expert L. \_\_\_\_\_ n'a, en définitive, pas pris position sur le sujet. On notera également que si la cohérence des troubles a été admise par les experts P. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 4, 19 et 26), elle a en revanche été réfutée par l'expert L. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 10 février 2020 p. 4 et 11) sans que les conséquences d'une telle discordance - ou, autrement dit, l'absence de consensus - ne fassent l'objet d'une quelconque analyse de la part des experts.

**ee)** De ce qui précède, il résulte que l'expertise du B. \_\_\_\_\_ s'avère insatisfaisante et ne permet pas de se positionner à satisfaction de droit.

**b)** L'avis des médecins traitants de la recourante ne permet pas non plus de trancher le litige.

D'une part, l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ est insuffisamment détaillée, en particulier sous l'angle de la procédure probatoire structurée instaurée à l'ATF 141 V 281, et ne saurait ainsi emporter la conviction du

Tribunal. Bien plus, cette appréciation n'est pas dépourvue d'ambiguïté. Notamment, après avoir conclu initialement à une capacité de travail de 50 % dans toute activité (cf. rapport du 2 mai 2018), le Dr D.\_\_\_\_\_ a successivement conclu - en l'espace de cinq jours - à une capacité de travail de 50 à 70 % (cf. rapport du 15 août 2018), de 70 % dans l'activité habituelle et entre 50 et 70 % dans une activité adaptée (cf. rapport du 18 août 2018), ou encore de 50 % dans l'activité exercée (cf. rapport du 19 août 2018).

D'autre part, l'évaluation du Dr R.\_\_\_\_\_ et de la psychologue Q.\_\_\_\_\_ n'est pas davantage convaincante. En particulier, dans son rapport du 2 septembre 2019, le Dr R.\_\_\_\_\_ n'a guère étayé les diagnostics retenus. Il a par ailleurs décrit des limitations physiques - et non psychiques - à l'exercice d'une activité (pas de mouvements répétitifs de rotation/torsion, ni de port de charges lourdes) et n'a pas motivé les différentes restrictions mentionnées dans l'annexe au rapport (au niveau de la concentration, de l'attention, de l'adaptation et de la gestion de certaines situations). En outre, contrairement à ce qui figure dans ce rapport, le seul fait que l'assurée ait de l'intérêt pour certains domaines (la coiffure, l'esthétique ou la médecine alternative) n'est en rien révélateur des ressources à sa disposition pour contrebalancer les effets négatifs de la maladie. Quant au rapport établi le 28 mai 2020 par le Dr R.\_\_\_\_\_ et la psychologue Q.\_\_\_\_\_, il comporte là encore la référence à des diagnostics dépourvus de réelle motivation et ne contient aucune analyse détaillée permettant d'appréhender les ressources de l'assurée. Finalement, le rapport du 12 août 2020 n'est pas davantage étayé, en particulier quant aux récurrences de dépression intervenues depuis 2013. S'il fournit certes des nuances quant à la personnalité de l'assurée et à ses ressources sociales, il se contente pour le reste d'énoncer catégoriquement diverses limitations sans pour autant exposer en quoi les éléments décrits feraient objectivement obstacle à l'exercice d'une activité. A cela s'ajoute que ce rapport se réfère à une aggravation consécutive à la décision attaquée, problématique qui excède ainsi le cadre temporel de l'examen de la Cour de céans (voir notamment TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 avec la jurisprudence citée).

**c)** En définitive, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction en vue de déterminer l'existence d'atteintes à la santé psychique, psychosomatique ou rhumatologique susceptibles d'influer sur la capacité de travail de l'assurée. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA comportant à tout le moins un volet psychiatrique et un volet rhumatologique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments des parties.

**5. a)** En conclusion, 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 puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (applicable dans sa teneur au 31 décembre 2020 en vertu de l'art 82a LPGA), la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA). A cet égard, l'avocat de l'assurée se réfère à la production future

d'une note d'honoraires et prétend à une pleine indemnisation, se prévalant d'un arrêt rendu le 22 juin 2012 par le Tribunal fédéral en matière d'assistance judiciaire (TF 9C\_735/2011) et excipant des principes applicables à l'indemnisation des parties en procédure civile (cf. mémoire de recours du 18 août 2020 p. 10 s.). On ne saurait toutefois souscrire à une telle argumentation. En effet, quels que soient les principes prévalant en matière d'assistance judiciaire ou de procédure civile, il n'en demeure pas moins que devant la Cour de céans, les dépens sont fixés par le tribunal, eu égard à l'importance et à la complexité du litige, et que les frais d'avocat englobés dans les dépens comprennent uniquement une participation aux honoraires et les débours indispensables (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Il suit de là que c'est à tort que la recourante, par son conseil, prétend à une pleine indemnisation à titre de dépens, ceux-ci devant en l'occurrence être arrêtés à 2'500 fr. compte tenu des circonstances du cas particulier et de la complexité du litige.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 12 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- 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.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. \_\_\_\_\_ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents 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 à :

- Me David Métille (pour M. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :