

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 350 vom 28. Mai 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__350

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 350 du 28 mai 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 350 del 28 maggio 2020

Regeste

TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, FORCE PROBANTE, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 28 LAI, 28a LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 28.05.2020 Arrêt / 2020 / 350

TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, FORCE PROBANTE, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 28 LAI, 28a LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 289/19 - 163/2020 ZD19.038400 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 28 mai 2020 _____ Composition : Mme Röthenbacher , présidente Mmes Durussel, juge, et Silva, assesseure Greffière : Mme _____ Monod ***** Cause pendante entre : B. _____ , à [...], recourante, représenté par Me Jana Burysek, avocate, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 8 et 16 LPGA ; art. 4 et 28 LAI. E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, mariée et mère de six enfants, est entrée en Suisse en 1997. Sans formation professionnelle, elle a exercé l'activité d'employée de production et a été engagée en cette qualité par C. _____ SA dès juin 2007. Atteinte dans sa santé, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 27 mars 2012. Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a sollicité le dossier constitué par W. _____ SA, assurance maladie perte de gain de l'employeur, ainsi que des rapports du Dr D. _____, médecin généraliste, et de C. _____ SA. Il est ressorti des pièces réunies que les diagnostics de lombalgies, de cervico-brachialgies récidivantes, d'anémie ferriprive d'origine gynécologique, de crises de panique et de probable pathologie psychiatrique se répercutaient sur la capacité de travail de l'assurée. Plusieurs points de fibromyalgie s'avéraient par ailleurs positifs. L'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 19 octobre 2011, puis à 50 % depuis le 6 décembre 2011. Une aggravation était survenue début 2012 avec l'apparition de crises de panique avec tachycardie, dyspnée, oppression thoracique et malaise avec hypotension orthostatique. L'assurée se plaignait principalement de troubles du sommeil avec des sensations de « rêves éveillés » ou d'« hallucinations ». L'incapacité de travail était à nouveau totale depuis le 26 mars 2012 (cf. rapports du Dr D. _____ des 12 décembre 2011 et 7 mai 2012). Sur le plan professionnel, C. _____ SA a indiqué le 7 mai 2012 que l'assurée travaillait environ 40

heures par semaine (l'horaire normal de l'entreprise se montant à 42 h 30) pour un salaire horaire de 21 fr. 20 depuis 2011. Sur mandat de W. _____ SA, l'assurée a été expertisée au sein du Centre F. _____ les 20 mars 2012 et 24 avril 2012 par les Drs G. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport d'expertise correspondant, rédigé le 11 juin 2012, a été versé au dossier de l'OAI le 22 juin 2012. Les spécialistes du Centre F. _____ ont retenu les diagnostics somatiques de cervico-scapulo-brachialgies bilatérales prédominant à droite, de dorsolombalgies et d'anémie ferriprive anamnestique sur ménométrorragies. Sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) et un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) Il n'y avait pas d'élément en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, les plaintes somatiques n'étant pas uniquement focalisées sur les douleurs, mais également sur des troubles oculaires et des vertiges. S'ajoutaient des troubles cognitifs et une importante fatigue. Le tableau clinique n'atteignait pas le seuil d'un épisode dépressif majeur. L'assurée ne présentait aucune comorbidité grave. Les experts indiquaient que la capacité de travail de l'assurée sur le plan rhumatologique était de 80 % au maximum, précisant que le poste de travail actuel n'était pas idéal. Une reprise du travail à 50 % devait se faire à partir du 30 avril 2012, suivie d'une augmentation par palier de 25 % toutes les deux semaines. Sur le plan psychique, la capacité de travail était entière. Se référant aux conclusions de cette expertise, l'OAI a informé l'assurée, par projet de décision du 23 juillet 2012, que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires. Il ajoutait qu'au vu de la capacité de travail résiduelle, le droit à la rente n'était pas non plus ouvert. Par décision du 24 septembre 2012, l'OAI a confirmé son refus d'octroi de mesures professionnelles. Le 20 octobre 2012, l'assurée a signalé à l'OAI ne pas avoir repris son activité professionnelle au taux envisagé par les experts. Elle travaillait toutefois un jour par semaine. Subséquemment, le Dr D. _____ a attesté d'une incapacité totale de travail du 12 octobre 2012 au 22 décembre 2012, laquelle a été poursuivie jusqu'au 28 février 2013 par le Dr J. _____, nouveau médecin généraliste de l'assurée. Selon ce dernier, l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible. Sur recommandation du Service médical régional de l'AI (SMR), l'OAI a diligenté un examen clinique bidisciplinaire de l'assurée sur les plans rhumatologique et psychiatrique. Cet examen a été réalisé le 22 juillet 2014 au sein du SMR par les Drs L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, et M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ces derniers ont posé le diagnostic incapacitant de cervicarthrose avec discopathie C5-C6 et C6-C7. Les diagnostics de douleur aspécifique de l'épaule gauche, de lombalgies communes, de trouble anxieux et dépressif mixte, de trouble somatoforme indifférencié, d'hypertension artérielle et de kyste syringomyélique millimétrique en regard de C7, demeuraient sans incidence sur la capacité de travail. Il était précisé que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'avait pas été retenu en l'absence de douleurs intenses et d'un sentiment de détresse caractérisé. Aucune comorbidité psychiatrique manifeste n'était relevée. En dépit d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années, l'état psychique de l'assurée n'était pas cristallisé, tandis qu'elle ne présentait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Cette affection n'était donc pas incapacitante. L'état clinique présenté par l'assurée était en définitive assez semblable à celui observé au sein du Centre F. _____. Les Drs L. _____ et M. _____ indiquaient que sur le plan ostéoarticulaire, l'assurée ne pouvait pas travailler de façon prolongée avec les bras au-dessus de l'horizontale, ni

travailler avec des flexions antérieures du tronc et de la nuque de façon répétée ou soulever des charges supérieures à 10 kg. Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Les spécialistes du SMR considéraient que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était de 80 % et qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée, à partir du 1^{er} juin 2012. Par projet de décision du 24 février 2015, l'OAI a informé l'assurée de ses intentions de nier son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Selon l'OAI, l'assurée était en mesure de pouvoir reprendre son activité professionnelle à 100 % depuis le 1^{er} juin 2012. Des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient donc pas. Le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert, vu que l'incapacité de travail avait duré moins d'une année. Contestant ce projet de décision avec l'assistance de son conseil, l'assurée a produit un rapport établi le 31 mai 2015 par K. _____, psychologue auprès de l'Association U. _____, laquelle assumait un suivi thérapeutique depuis le 23 mai 2015. Cette praticienne retenait les diagnostics d'un épisode dépressif sévère, de somatisation et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie. L'état de santé s'était péjoré « au cours des derniers mois » de sorte qu'une nouvelle évaluation psychiatrique se justifiait. Par décision du 3 novembre 2015, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, en reprenant les termes de son projet de décision du 24 février 2015. B. B. _____, représentée par Me Jana Burysek, a interjeté recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 10 décembre 2015. Elle a conclu à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, elle suggérait que la cause soit renvoyée à l'autorité intimée pour nouvelle décision, contestant essentiellement la valeur probante du rapport d'expertise du Centre F. _____ et du rapport d'examen SMR. Par arrêt du 17 janvier 2017 en la cause AI 326/15 – 17/2017, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et prononcé le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il s'agissait de compléter l'instruction eu égard au diagnostic de trouble somatoforme douloureux et aux répercussions de celui-ci sur la capacité de travail de l'assurée, conformément à la nouvelle jurisprudence fédérale rendue en la matière. La Cour cantonale relevait que le diagnostic de fibromyalgie avait été évoqué par le Dr D. _____. Les experts du Centre F. _____ avaient posé le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, de même que les spécialistes du SMR. Les anciens critères jurisprudentiels avaient été très succinctement analysés. Le SMR avait communiqué un avis peu convaincant en lien avec l'analyse imposée par la nouvelle jurisprudence fédérale. Au surplus, une péjoration de l'état de santé psychique, telle qu'évoquée le 31 mai 2015 par la psychologue en charge de l'assurée, n'avait pas été investiguée. C. Reprenant l'instruction du cas, l'OAI a délivré un mandat d'expertise rhumatologique et psychiatrique au Centre N. _____ en date du 4 juin 2018. Les Drs P. _____, spécialiste en rhumatologie, et S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé aux examens cliniques de l'assurée en date des 4 juillet 2018 et 10 juillet 2018 et rédigé leur rapport le 8 août 2018. Ils ont mis en évidence le diagnostic de cervico-brachialgies gauches dans le contexte de discopathies dégénératives C5-C6, C6-C7, lequel se répercutait sur la capacité de travail. Demeuraient sans incidence sur dite capacité les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire bilatéral, symptomatique à gauche, de lombalgies communes et de kyste syringomyélique en regard de C7. Aucun diagnostic psychiatrique n'était retenu. La situation était stationnaire depuis 2012. Les experts ont fait part de leur appréciation consensuelle du cas en ces termes : « [...] D'un point de vue ostéoarticulaire, l'atteinte

dégénérative du rachis cervical contre-indique toute activité demandant la flexion soutenue de la nuque et du tronc. De par une possible petite atteinte dégénérative du tendon sus-épineux gauche, sont à éviter les activités répétées des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale ou la sollicitation répétée des épaules. De même, le port de charge supérieur à 5 kg de manière répétée n'est pas souhaitable, possible uniquement occasionnellement. L'incapacité de travail de 50 % retenue par le médecin-traitant en 2011 paraît dès lors justifiée, une capacité de travail supérieure étant difficilement exigible sur le long terme. Cette dernière pourrait être accrue si un horaire de travail fractionné (3 heures le matin et 3 heures l'après-midi) était mis en place, ce qui n'est concrètement pas possible dans l'activité en question. Une activité supérieure à 50 % peut certainement générer des contractures et des tendo-myogéloses en cascade avec des cervico-brachialgies de plus en plus intenses et tenaces au fil du temps, sans qu'il y ait de détérioration structurelle décelable. Pour ces raisons, une capacité de travail de 80 % en tant qu'ouvrière de production alimentaire à la chaîne, telle que celle retenue dans l'expertise de 2012 du Centre F. _____, n'est pas exigible d'un point de vue fonctionnel. A noter qu'une tentative de reprise du travail à plein temps en 2011 s'est soldée par un nouvel arrêt complet. Il n'y a pas d'incapacité psychique depuis au moins 2011.

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence C'est principalement surtout les difficultés à l'anamnèse qui sont difficiles, avec un manque de clarté, des redondances et des contradictions, c'est plus proche d'un comportement que d'un problème de personnalité.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge Objectivement, Madame B. _____ a des ressources, mais n'en fait pas usage, à nouveau, il s'agit d'un problème de comportement dans lequel il y a amplification et peu de collaboration.

4.6. Contrôle de cohérence Il y n'y a pas cohérence entre les experts et l'expertisée, mais une cohérence entre les experts actuels et les précédents.

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici 50 % sans diminution de rendement.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée Capacité pleine. [...] » Sur le plan rhumatologique, la Dre P. _____ a rapporté les propos de l'assurée et ses propres observations comme suit : « [...] Description d'une journée type : Habituellement, [l'assurée] se lève vers 8 heures, prend le petit déjeuner et ses médicaments que son mari a préparés, puis retourne s'allonger sur le canapé jusqu'à midi, regardant par moment la télévision assise. Elle prend ensuite le repas de midi préparé par son mari étant donné qu'il travaille de nuit, en compagnie de son fils. Elle aide à débarrasser la table, puis passe l'après-midi en compagnie d'une de ses filles qui vient lui rendre visite tous les jours, parfois accompagnée d'une autre de ses filles. Elles s'occupent ensemble à des tâches ménagères, l'assurée apprenant à ses filles à faire des confiseries. Parfois elle reçoit la visite de copines avec qui elle sort dans le parc au bas de l'immeuble (à noter que l'assurée se révèle très souriante, l'expression de son visage s'animant à l'évocation des activités partagées avec ses enfants). Elle ne sort que très rarement, accompagnant parfois ses enfants ou son mari pour faire les emplettes. Le repas du soir est confectionné ensemble, avec le mari et les enfants, l'assurée donnant un petit coup de main à des tâches diverses. Le repas est pris ensemble. Il s'agit à nouveau d'un bon moment que l'assurée évoque avec un air radieux. Ils passent la soirée à discuter, ou à regarder la télévision. Vers 22 heures, elle va se coucher. Elle prend les médicaments pour se calmer, les somnifères ne lui permettant pas de dormir. Elle doit se relever plusieurs fois pour se promener dans le salon, à cause de ses insomnies, et du bruit dans sa tête. A noter encore qu'elle dort entre ses deux filles, âgées de 20 et 22 ans, dans le même lit. Les courses et le ménage sont assurés par le mari et les enfants, comme toutes les tâches de la vie quotidienne. L'année passée, elle s'est rendue au Kosovo visiter sa mère

accompagnée de son mari et de cousins de son mari. Il s'agissait d'un voyage de 26 heures en voiture, effectué d'une traite. Il n'est pas possible d'avoir plus de renseignements sur les loisirs et les voyages effectués auparavant, l'assurée restant dans le flou à ce sujet. [...] 4. Constatations 4.1 Observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure En compagnie de son mari et de sa fille ainsi que du traducteur, l'assurée attend en salle d'attente assise sur une chaise, dans une posture tout à fait normale. Elle se relève sans difficulté, marchant jusqu'à la salle de consultation sans boiterie ni signe particulier. Elle s'installe sur une chaise, assise le dos bien appuyé, restant dans cette position sans aucun changement durant 1h30, durée de l'entretien. Par moment, lorsqu'elle s'anime pour expliquer quelque chose, elle a des mouvements du tronc et de la tête ainsi que des membres supérieurs fluides, tout à fait normaux et expressifs, sans aucune limitation. A aucun moment ne transparaissent des signes d'inconfort ou de douleurs. L'assurée a une tenue vestimentaire simple et propre. Elle se montre tout à fait collaborante tant pendant l'entretien que lors de l'examen physique, ne générant aucun comportement d'opposition. De même, après 1h30 d'anamnèse, elle se révèle capable de se mettre debout sans gêne, spontanément, se déshabillant sans aucune difficulté. On est même frappé par l'aisance des gestes, la souplesse des mouvements. Lors de l'habillage, par exemple, elle enfle ses chaussettes assise sur la chaise avec le talon appuyé sur l'assise. Il en est de même des changements de position sur le lit d'examen, qui s'effectue de manière tout à fait aisée et sans encombre. On constate, au cours de l'examen physique, des réactions de sursaut, de contorsion, associées à des plaintes verbales, tant au niveau des membres supérieurs que des membres inférieurs, ainsi qu'au niveau du tronc. Le simple effleurement provoque ces réactions de manière répétée et aspécifique. Par moment, ces réactions gênent quelque peu l'examen ostéoarticulaire, alors que la manœuvre répétée avec une diversion permet d'obtenir le mouvement désiré sans problème. En d'autres termes, ces réactions n'entravent pas fondamentalement l'examen ostéoarticulaire. Par contre, la force musculaire générée lors des différents testing est inconstante, saccadée, rendant plus difficile l'interprétation de ce type de tests. [...] » Elle a ensuite communiqué l'évaluation suivante : « [...] Actuellement, malgré une anamnèse difficile, les réponses données par l'assurée aux nombreuses questions posées concernant le caractère, la localisation et l'intensité des douleurs recouvre les plaintes amplement recensées dans les rapports détaillés de l'expertise du Centre F. _____ du 11.06.2012 et de l'examen rhumato-psychiatrique du SMR Vaud du 22.07.2014. Autrement dit, il n'y a aucun élément nouveau ressortant de l'entretien somatique actuel. Il en est de même de la comparaison des examens cliniques, qui fait état actuellement de la préservation des articulations tant des membres supérieurs que des membres inférieurs, y compris au niveau de l'épaule gauche, dont les amplitudes sont conservées tant passivement qu'activement, moyennant diversion afin de contourner les mouvements d'évitement de l'assurée. Il en est de même au niveau du rachis cervical. Ainsi, les diagnostics retenus suite à l'examen actuel rejoignent ceux évoqués précédemment, notamment lors des évaluations complètes bi-disciplinaires déjà évoquées. D'un point de vue strictement rhumatologique, en l'absence d'éléments nouveaux depuis 2014, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations complémentaires, et les lésions structurelles retenues se résument à des altérations dégénératives communes, concernant le rachis cervical bas essentiellement, sans répercussion fonctionnelle clinique notable compte tenu de l'âge de l'assurée. [...] 7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité Le regard porté par l'assurée sur sa situation, la verbalisation de ses plaintes, son comportement lors de l'examen clinique, l'intensité des douleurs, leur caractère peu réactif aux différents

traitements, contrastent avec les altérations structurelles constatées, l'extrême pauvreté des limitations fonctionnelles objectivées cliniquement, et font état d'un seuil douloureux fortement abaissé. On retrouve cependant une certaine cohérence entre les plaintes, même si celles-ci sont peu précises, dans leur localisation constante au fil du temps (région cervicale, région lombaire, et rachis dorsal) et la localisation des lésions structurelles ressortant des nombreux examens paracliniques effectués. On relève certaine discordance entre la perception des capacités par l'assurée et les observations durant l'examen, comme le fait qu'elle pense ne pas pouvoir rester assise plus d'une demi-heure, alors qu'elle reste impassible pendant une heure et demie durant l'entretien.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

L'analyse du comportement de l'assurée, l'examen clinique, et l'évolution de ce dernier au fil des années, font état de l'absence de limitations fonctionnelles dans les gestes du quotidien. D'un point de vue ostéoarticulaire, l'atteinte dégénérative du rachis cervical contre-indique toute activité demandant la flexion soutenue de la nuque et du tronc. De par une possible petite atteinte dégénérative du tendon sus-épineux gauche, sont à éviter les activités répétées des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale ou la sollicitation répétée des épaules. De même, le port de charge supérieur à 5 kg de manière répétée n'est pas souhaitable, possible uniquement occasionnellement. Ces restrictions ne correspondent pas aux limitations fonctionnelles énoncées par l'assurée, qui confirme ne plus pouvoir rien faire. Les ressources physiques sont intactes, mais l'assurée n'y a pas recours, ayant adopté depuis 2011 une vie sédentaire, sans aucune activité physique. La description de la compréhension qu'elle a de son atteinte à la santé dénote d'une très mauvaise perception et compréhension de la problématique réelle. L'assurée ne donne pas signe de curiosité ou de motivation, gardant une attitude passive et soumise, comme si elle s'était désengagée de sa situation difficile. [...] »

Du point de vue psychiatrique, le Dr S. _____ a communiqué son appréciation du cas ainsi :

« Actuellement, on ne peut retenir aucune pathologie psychiatrique incapacitante, en revanche il y a une situation d'amplification. Madame B. _____ est peu loquace, curieusement, après avoir dit qu'elle a principalement des problèmes psychiatriques, elle ne fait ensuite que de parler de ses problèmes somatiques. Ses plaintes vont des jambes à la tête, en passant par le ventre et le thorax. Elle s'estime être très fatiguée, dès le lever, parfois elle perd connaissance, mais on ne sait ni quand, ni pourquoi. Elle est déprimée, car elle a tout temps des problèmes physiques, elle est triste, elle estime que cela vient du stress. Elle estime avoir principalement des problèmes psychiatriques. Les troubles selon elle ont commencé il y a 5 ou 6 ans, ce qui est en contradiction avec l'expertise de 2012. A l'anamnèse systématique, elle mentionne que son humeur est continuellement dépressive, mais surtout quand tombe la nuit. Elle rumine beaucoup, mais n'a pas d'idées suicidaires, elle se sent ralentie, n'a pas d'appétit, curieusement de la peine à avaler de l'eau. La libido est nulle. Elle est irritable, anxieuse, a des angoisses avec des symptômes somatiques, un serrement du ventre à la gorge, avec de la peine à respirer, ainsi que la peur de mourir. Elle se sent prisonnière, ne sort plus, ni avec sa famille ou ses copines. En plus, elle n'est plus capable de prendre un avion. Il n'y a pas de symptôme dans les autres lignées. Elle présente des symptômes neurovégétatifs, tous les symptômes mentionnés ont une réponse positive, ce qui n'est pas habituel. Elle a une mauvaise appréciation d'elle, mais dit tout de même que cela pourrait changer. Les réponses aux questions sur les troubles cognitifs sont peu claires. Le sommeil est de mauvaise qualité, mais il ne semble pas qu'il y ait des troubles extrinsèques au sommeil en lui-même qui pourraient le détériorer. A noter l'absence d'hypersomnolence diurne. Les activités quotidiennes sont très pauvres, elle est dépendante

de son entourage. Elle fume peu, il n'y a pas d'autre addiction. Elle estime ne plus pouvoir travailler, mais on ne sait pas vraiment pourquoi. Son psychiatre la voit toutes les deux semaines, une fois par semaine une infirmière prépare les médicaments. L'observation est congruente avec l'anamnèse, Madame B. _____ présente un discours très redondant, elle revient toujours sur ses symptômes physiques, alors qu'à l'anamnèse elle dit avoir principalement des problèmes psychiatriques. Elle est peu claire, ralentie, triste et elle a quelques larmes en début d'entretien. Le comportement est plutôt de type effondré, déprimé, montrant beaucoup de préoccupations hypochondriaques. Elle ne répond pas toujours aux questions, elle a un discours suggérant beaucoup une tendance importante à la somatisation. La collaboration n'est pour cela pas optimale, la relation est très formelle, elle-même pose très peu de questions. Le regard est terne, il y a très peu de variation de l'humeur. La mimique reste sombre, quel que soit le sujet traité, le ton de la voix est léger et sans beaucoup de changement durant tout l'entretien. Il n'y a aucun sourire. Aucun comportement douloureux n'est observé, elle peut rester assise durant tout l'entretien, on n'observe pas de fatigabilité. Hormis le comportement décrit de plutôt de type effondré, déprimé, l'observation ne met en évidence aucun signe dépressif significatif, sauf les quelques larmes, ni signe anxieux. Il n'y a d'ailleurs aucune idéation morbide ou suicidaire. L'expression émotionnelle est très peu fluctuante. On n'observe aucun trouble neurovégétatif. Le discours est peu précis, on note quelques contradictions, mais sur la forme, il n'y a aucun trouble du cours, ni du contenu. Le processus de pensée et le comportement ne suggèrent pas, hormis les préoccupations hypochondriaques et les somatisations probables, une pathologie psychiatrique sous-jacente grave, ou actuellement décompensée, le cours et la forme sont sans particularité. Il y a un ralentissement, mais pas d'accélération psychique, pas de trouble psychomoteur, pas de signes de fatigue ou de fatigabilité. On ne relève aucun élément de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée, il n'y a pas de fuite des idées, aucune tendance digressive, aucune logorrhée particulière. Il est difficile de décrire un type de personnalité dans une situation dans laquelle il y a une traduction et une collaboration pas optimale. L'intelligence est faible, mais dans les normes compte tenu du pauvre niveau de scolarisation et d'éducation. Il n'y a cliniquement pas de troubles significatifs observés dans la sphère neuropsychologique, la vigilance est bonne, l'attention est parfois distraite, la mémoire est relativement bonne. En conclusion, le tableau n'est pas très différent de celui du Dr H. _____ lors de l'expertise Centre F. _____ de 2012, il écrit que les plaintes subjectives sont plus importantes que les constatations objectives, ce qui est exact. Le psychiatre retient un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive, le tableau clinique n'atteignant pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif majeur. Les plaintes subjectives sont plus importantes que les constatations objectives. Il est retenu un trouble somatoforme indifférencié. Le trouble de l'adaptation concerne un état de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou un événement stressant. Dans le cas présent, on ne voit pas vraiment quel est le changement existentiel important ou l'événement stressant. En revanche, on est frappé par les contradictions, une collaboration limitée, les préoccupations hypochondriaques, aucune observation de troubles neurovégétatifs, alors que tous ceux qui sont mentionnés sont retenus. Il y a certainement un problème de comportement dans le contexte familial, mais qui n'est pas compréhensible, il n'est fait mention d'aucun conflit, par ailleurs, on ne retrouve pas les critères d'un trouble somatoforme. Actuellement on ne

peut retenir qu'une situation d'amplification, mais aucune pathologie psychiatrique et aucune justification à une incapacité de travail. En conséquence, il n'y a pas d'incapacité de travail, il n'y a pas eu dans le passé une incapacité de travail durable. [...] 7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité Face aux contradictions, à l'amplification, on ne peut pas retenir une cohérence et une plausibilité évidente. 7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés L'expertisée ne montre absolument pas ses ressources, elle vit dans un contexte où elle peut donner des indications, mais où tout est fait par sa famille. [...] » Sollicité pour avis, le SMR s'est rallié aux conclusions du Centre N. _____ le 21 août 2018 et considéré que l'assurée était dotée d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle depuis le 19 octobre 2011 et entière dans une activité adaptée aux restrictions décrit par l'experte rhumatologue. Sur la base de ces éléments, l'OAI a déterminé, par comparaison des revenus avec et sans invalidité du 4 septembre 2018, que l'assurée ne présentait aucun préjudice économique. Par projet de décision du 24 octobre 2018, il a indiqué à l'assurée envisager de nier son droit à une rente d'invalidité. L'assurée, assistée de Me Burysek, a contesté ce projet par écriture du 27 novembre 2018, estimant que l'expertise du Centre N. _____ ne pouvait revêtir aucune valeur probante. En particulier, sur le plan psychiatrique, l'expert n'avait pas donné suite à l'arrêt du 17 janvier 2017 de la Cour de céans. Il avait écarté le diagnostic pourtant avéré de trouble somatoforme douloureux et n'avait pas examiné les indicateurs nouvellement dégagés par le Tribunal fédéral. Après consultation du SMR et de son service juridique, l'OAI a requis un complément auprès du Centre N. _____ eu égard au diagnostic éventuel de trouble somatoforme douloureux et aux indicateurs ressortant de la jurisprudence fédérale, par pli du 3 avril 2019. Le 13 mai 2019, le Dr S. _____ s'est déterminé comme suit : « [...] Cela dit, il est toujours quelque peu surprenant de devoir préciser un diagnostic que l'on n'a pas retenu, en effet, dans notre expertise de 2018, nous n'avons retenu aucun diagnostic de trouble somatoforme, ni de fibromyalgie ou autre trouble apparenté. Pour rappel, la rhumatologue a retenu comme diagnostic incapacitant des cervico-brachialgies gauches dans le contexte de discopathies dégénératives C5-C6, C6-C7, et comme non incapacitant, un syndrome fémoro-patellaire bilatéral, symptomatique à gauche, des lombalgies communes et un kyste syringomyélique en regard de C7. Vous écrivez que votre expertise n'expose pas explicitement les raisons pour lesquelles un trouble somatoforme indifférencié ne devrait pas être retenu et/ou son évolution depuis 2011 . Sur le plan psychiatrique, il est mentionné qu'actuellement, on ne peut retenir aucune pathologie psychiatrique incapacitante, en revanche il y a une situation d'amplification . Je ne considère pas que l'amplification soit absolument un trouble somatoforme. Nous mentionnons aussi dans le rapport qu'on ne retrouve pas les critères d'un trouble somatoforme, comme précisé ci-dessous. Il était écrit qu'il y a certainement un problème de comportement dans le contexte familial, mais qui n'est pas compréhensible, il n'est fait mention d'aucun conflit, par ailleurs, on ne retrouve pas les critères d'un trouble somatoforme . Actuellement on ne peut retenir qu'une situation d'amplification, mais aucune pathologie psychiatrique et aucune justification à une incapacité de travail . Le Dr H. _____ lors de l'expertise Centre F. _____ de 2012, écrit que les plaintes subjectives sont plus importantes que les constatations objectives , ce qui est exact et correspond à une amplification . Il écrit encore que sur la base des éléments anamnestiques et de notre observation, nous retenons un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Le tableau clinique n'atteint pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif majeur. Les plaintes subjectives sont plus importantes que les constatations objectives. A nouveau, il y a

mention d'une amplification. J'ai en effet écrit qu'on est frappé par les contradictions, une collaboration limitée, les préoccupations hypochondriaques, aucune observation de troubles neurovégétatifs, alors que tous ceux qui sont mentionnés sont retenus. On peut aussi rappeler que la rhumatologue écrit : on relève certaine discordance entre la perception des capacités par l'assurée et les observations durant l'examen, comme le fait qu'elle pense ne pas pouvoir rester assise plus d'une demi-heure, alors qu'elle reste impassible pendant une heure et demie durant l'entretien. C'est également une amplification, on ne voit pas pourquoi cela devrait être un trouble somatoforme. La rhumatologue dit encore : l'analyse du comportement de l'assurée, l'examen clinique, et l'évolution de ce dernier au fil des années, font état de l'absence de limitations fonctionnelles dans les gestes du quotidien. Il n'a donc pas été retenu les diagnostics du Centre F._____. Vous écrivez encore pour le trouble somatoforme que si un tel diagnostic devait cependant bel et bien être retenu, mais sans répercussion à vos yeux sur la capacité de travail, il conviendrait quand même d'analyser de manière plus approfondie les différents critères développés par la jurisprudence du Tribunal Fédéral pour les troubles somatoformes douloureux et assimilés, dont nous rappelons qu'elle s'applique désormais à toutes les maladies psychiques. Ceci est tout à fait connu, mais il n'est pas retenu de maladie psychique, l'amplification est un comportement, pas une maladie, par ailleurs le mari de Madame B._____ qui a été vu seul après l'examen s'est uniquement plaint qu'elle ne faisait rien, ce qui va dans le même sens que ce qu'écrit la rhumatologue : on relève certaine discordance entre la perception des capacités par l'assurée et les observations durant l'examen. En conséquence, il n'y a rien à changer dans le rapport envoyé. [...] » Retenant l'absence d'atteinte à la santé psychique et un préjudice économique nul vu l'exigibilité à plein temps de l'exercice d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles physiques, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité le 21 juin 2019. D. B._____, représentée par Me Burysek, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 27 août 2019. Elle a fait valoir que l'instruction complémentaire ordonnée par l'arrêt cantonal du 17 janvier 2017 n'avait pas été menée à satisfaction et que l'expertise du Centre N._____ devait se voir dénier toute valeur probante. En particulier, elle a rappelé que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait été posé à plusieurs reprises dans son cas, notamment par les précédents experts l'ayant examinée. Dès lors, il s'agissait de procéder à l'analyse des indicateurs dégagés par la jurisprudence fédérale, ce que l'expertise du Centre N._____ ne permettait pas. Elle a en conséquence suggéré la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Sur le fond, elle a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Enfin, elle a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite. Par décision du 17 septembre 2019, la magistrate instructrice a octroyé l'assistance judiciaire gratuite à l'assurée à compter du 27 août 2019, soit en l'exonérant de frais judiciaires et d'avance de frais, ainsi qu'en désignant Me Burysek au titre d'avocate d'office. L'OAI a répondu au recours le 16 octobre 2019 et proposé son rejet. Il a considéré que le rapport d'expertise du Centre N._____ pouvait être suivi dans la mesure où l'examen de l'indicateur « cohérence » avait démontré la discordance entre le comportement de l'assurée et les constats objectifs. L'assurée a répliqué le 8 novembre 2019, soulignant que les conclusions du Centre N._____ constituaient une appréciation divergente des précédents avis médicaux et que les experts n'avaient pas rempli leur mission. Elle a au surplus confirmé ses conclusions. Par duplique du 28 novembre 2019, l'OAI a maintenu ses propres conclusions. A la requête de la juge instructrice, Me Burysek

a communiqué la liste de ses activités par courrier du 17 avril 2020. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) Le recours formé le 27 août 2019 contre la décision de l'intimé du 21 juin 2019 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées, de sorte que le recours est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a). b) Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente de l'assurance-invalidité. 3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en

moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La reconnaissance de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux suppose que le diagnostic émane d'un expert (psychiatre) selon les règles de l'art et s'appuie sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). La phase diagnostique doit prendre en considération le fait qu'un diagnostic de trouble somatoforme présuppose un degré certain de gravité (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 : par exemple, pour un trouble somatoforme

douloureux, il faut retrouver le degré de gravité inhérent à cette atteinte, autrement dit, selon la CIM-10, « une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse »). Le diagnostic doit en outre être mis en relation avec des limitations dans les fonctions de la vie quotidienne, à l'inverse par exemple d'un trouble dissociatif qui ne présente pas en lui-même de lien avec le degré de gravité. A ce stade, il faut inclure seulement les déficits fonctionnels qui résultent des éléments qui ont été déterminants pour diagnostiquer l'atteinte à la santé ; dans un second temps, cette limitation sera comparée aux exigences de la vie professionnelle et convertie en une éventuelle limitation de la capacité de travail à l'aide des critères du degré de gravité et de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics. On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Plus clairement, s'il existe un motif d'exclusion, il n'est pas nécessaire de mener une procédure de preuve structurée selon les indicateurs standards pertinents (TF 9C_173/2015 du 29 juin 2015 consid.4.3, avec la référence à l'ATF 141 V 281 consid. 2.2). Ainsi, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 consid. 1.2). Il faut conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue, et ce même si les caractéristiques d'un syndrome somatoforme douloureux persistant – ou un autre syndrome semblable – au sens de la CIM-10 sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 140 V 193 consid. 3.3). La question de savoir si les résultats médicaux conduisent à un motif d'exclusion est une question de droit qui peut être librement examinée (TF 8C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 4.1 ; 9C_154/2016 du 19 octobre 2016 consid. 4.2, avec la référence à TF8C_291/2016 du 12 août 2016 consid. 1.3). En l'absence de facteurs d'exclusion, on peut considérer que l'on se trouve bien en présence d'un trouble psychosomatique susceptible potentiellement d'être invalidant et, pour trancher la question de la capacité de travail réellement exigible dans un tel contexte, il faut alors se référer à la nouvelle procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. c) Cas échéant, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée en second lieu au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). d) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid.

4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). e) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). 6. En l'espèce, l'intimé a exécuté l'arrêt de la Cour de céans du 17 janvier 2017 en mandatant le Centre N. _____ pour procéder à une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, de la recourante. On rappellera que celle-ci a finalement fait l'objet de deux expertises (au sein du Centre F. _____ en 2012 et du Centre N. _____ en 2018) et d'un examen spécialisé (au sein du SMR en 2014) portant sur ces deux aspects. a) Sur le plan rhumatologique, on peut observer que les diagnostics incapacitants retenus par les différents examinateurs sont quasiment superposables en dépit de l'intervalle de plusieurs années écoulé entre les investigations. Le Centre F. _____ a en effet retenu des cervico-scapulo-brachialgies bilatérales et des dorsolombalgies (cf. rapport du 11 juin 2012, p. 10). Le SMR a pour sa part pris en compte une cervicarthrose accompagnée d'une discopathie et de lombalgies communes (cf. rapport du 24 septembre 2014, p. 11). Quant au Centre N. _____, il a fait état de cervico-brachialgies dans le contexte de discopathies dégénératives (cf. rapport du 8 août 2018, p. 9, et évaluation rhumatologique du 10 juillet 2018, p. 18 ss). Les spécialistes

concernés ont certes communiqué des appréciations divergentes de la capacité de travail de la recourante dans l'exercice de son activité habituelle d'employée de production (50 % selon le rapport du Centre N. _____ du 8 août 2018, p. 10 ; 80 % selon le rapport d'examen du SMR du 24 septembre 2014, p. 15). Cela étant, ils ont unanimement considéré que cette dernière était apte à exercer une activité adaptée (ménageant le rachis et les membres supérieurs, ainsi que sans port de charges lourdes) à plein temps sans baisse de rendement (cf. notamment, rapport du Centre N. _____ du 8 août 2018, p. 10). b) Ainsi, au vu de ces appréciations spécialisées, on peut considérer que la situation somatique de la recourante est demeurée stationnaire depuis 2011, voire juin 2012 au plus tard, et confirmer l'exigibilité définie par les rhumatologues de ce point de vue. La recourante ne fait au surplus valoir aucun grief dans ce registre, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'y attarder davantage, ni d'ailleurs de donner suite à sa suggestion d'instruction complémentaire à cet égard.

7. a) Le volet psychiatrique du cas de la recourante a fait l'objet d'évaluations spécialisées plus nuancées. Le Centre F. _____ a retenu un trouble somatoforme indifférencié et un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (cf. rapport du 11 juin 2012, p. 10). Le SMR a posé le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié et de trouble anxieux et dépressif mixte (cf. rapport du 24 septembre 2014, p. 11). S'agissant du Centre N. _____, il a considéré que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé psychique. La symptomatologie observée relevait bien plutôt d'une amplification, soit d'un problème de comportement, mais non d'une pathologie (cf. rapport du Centre N. _____ du 8 août 2018, p. 9, et évaluation psychiatrique du 10 juillet 2018, p. 29). L'ensemble des spécialistes ont en revanche retenu l'absence de répercussion de l'état de santé psychique de la recourante sur sa capacité de travail. b) La recourante considère que sa situation n'a pas été investiguée conformément à la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux et que l'arrêt cantonal du 17 janvier 2017 n'a pas été exécuté à satisfaction. A son avis, l'appréciation du Centre N. _____ constitue une appréciation différente de sa situation, qui ne tiendrait pas compte – à tort – du diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé, selon elle, par l'ensemble des médecins précédemment consultés. Elle estime dès lors que l'opinion du Centre N. _____ ne revêt aucune valeur probante et que ce centre a failli à sa mission en ne procédant pas à l'examen de la capacité de travail à l'aune des indicateurs pertinents. c) Le raisonnement de la recourante ne saurait être suivi. En effet, le Dr S. _____, pour le compte du Centre F. _____, a exposé en détail les motifs l'ayant conduit à écarter tout diagnostic psychique en l'occurrence, au profit d'une amplification des symptômes ne relevant pas d'une pathologie psychiatrique. Il a en particulier mis en évidence les importantes discordances observées entre le comportement de la recourante et la pauvreté des constats cliniques (cf. évaluation psychiatrique du 10 juillet 2018, p. 27-29). Ainsi que le souligne le Dr S. _____ dans le complément du 13 mai 2019, son appréciation n'est au demeurant pas véritablement en contradiction avec les observations rapportées par les examinateurs précédents. Tant le Centre F. _____ que le SMR avaient signalé renoncer à poser un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et relevé l'absence de gravité du tableau clinique présenté. Le Centre F. _____ précisait qu'il n'y avait « pas d'élément en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant », vu des plaintes somatiques focalisées non seulement « sur les douleurs mais également sur des troubles oculaires et des vertiges ». Les plaintes subjectives étaient plus importantes que les constatations objectives. (cf. rapport du 11 juin 2012, p. 10). Quant au SMR, il relevait l'absence de douleurs intenses et d'un sentiment de détresse caractérisé. Le tableau clinique

n'était pas considéré comme grave, faute de comorbidité psychiatrique manifeste (cf. rapport du 24 septembre 2014, p. 13 et 14). Quoi qu'en dise la recourante, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, évoqué à réitérées reprises, n'était donc pas absolument avéré dans son cas. Un diagnostic similaire – dans une acception moins grave de trouble somatoforme indifférencié – paraissait être posé par défaut, en l'absence d'explications congruentes justifiant la symptomatologie alléguée par la recourante. Dans ce contexte, l'appréciation du Centre N. _____ vient finalement apporter une explication convaincante et cohérente de la situation, en l'absence de toute évolution et de tout signe évocateur d'une atteinte à la santé psychique d'une certaine gravité. d) On ne peut par ailleurs considérer que le Centre N. _____ se serait écarté du processus d'examen fixé par le Tribunal fédéral. Le Dr S. _____, pour le compte du Centre N. _____, a conclu à une amplification des symptômes. Il s'agit manifestement d'un facteur d'exclusion, expressément envisagé par la Haute Cour dans sa récente jurisprudence, lequel rend inutile la conduite de la procédure de preuve structurée selon les indicateurs pertinents (cf. consid. 5b supra). Dès lors, contrairement à l'opinion de la recourante, le Centre N. _____ pouvait se dispenser d'analyser plus avant la capacité de travail au moyen de la grille d'indicateurs et se limiter à conclure à une exigibilité entière. Cela étant, on peut de toute façon observer que le Centre N. _____ a souligné à réitérées reprises que les ressources de la recourante demeuraient préservées, que le tableau clinique n'atteignait pas un degré de gravité fonctionnel important et que le critère de la cohérence faisait défaut en l'espèce (cf. évaluations rhumatologique et psychiatrique du 10 juillet 2018, p. 20, 21 et 27-29). Enfin, l'estimation de la capacité de travail de la recourante, reposant sur une appréciation globale et consensuelle du cas, s'inscrit dans la logique des constats consignés par les experts du Centre N. _____ et vient ainsi appuyer les appréciations antérieures versées à son dossier. La recourante ne produit aucune pièce médicale nouvelle, en particulier sur le plan psychique, qui viendrait justifier l'instruction complémentaire qu'elle requiert. On peut donc rejeter sa requête tendant à l'organisation d'une expertise judiciaire par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d) et s'en tenir aux conclusions communiquées par le Centre N. _____. 8. a) En définitive, force est de se rallier à l'avis de l'intimé et de l'ensemble des examinateurs mandatés in casu pour considérer que la recourante est effectivement dotée d'une capacité de travail entière, vraisemblablement depuis 2011 (cf. rapport d'expertise du Centre N. _____ du 8 août 2018, p. 9 et 10), mais au plus tard depuis juin 2012 (cf. rapport d'examen du SMR du 24 septembre 2014, p. 15), dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles mises en évidence sur le plan somatique. b) Par ailleurs, la comparaison des revenus opérée par l'intimé dans la décision querellée n'apparaît pas critiquable, de sorte qu'on peut confirmer ici que la recourante ne subit aucun préjudice économique. Compte tenu d'un degré d'invalidité nul, elle ne saurait donc prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité. 9. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 21 juin 2019 confirmée. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 17 septembre 2019 lui octroyant l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1, let. b, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1

LPA-VD et art 61 let. g LPGA). c) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jana Burysek, à compter du 27 août 2019 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Burysek a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de sa mandante en date du 17 avril 2020. Elle a fait état de 13 heures et 10 minutes consacrées à la présente procédure depuis le 27 août 2019. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. En définitive, il convient d'octroyer à Me Burysek un montant total de 2'680 fr. 10 (débours forfaitaires à 5 % et TVA de 7,7 % compris) pour l'ensemble de ses activités in casu. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office, dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Le Service juridique et législatif est chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 21 juin 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. L'indemnité d'office de Me Jana Burysek, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'680 fr. 10 (deux mille six cent huitante francs et dix centimes), débours et TVA compris. VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à : ■ Me Jana Burysek, à Lausanne (pour B. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.