

## VD\_GERICHTE ZD16.025329 vom 10. Juli 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-07-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.025329](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.025329)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.025329 du 10 juillet 2017

IT: VD\_GERICHTE ZD16.025329 del 10 luglio 2017

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 144/16 - 195/2017 ZD16.025329 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 10 juillet 2017 \_\_\_\_\_ Composition : M. NEU, président Mme  
Thalmann et M. Piguet, juges Greffière : Mme Kuburas \*\*\*\*\* Cause pendante entre :  
A. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par D. \_\_\_\_\_, à [...], et OFFICE DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.  
\_\_\_\_\_ Art. 4 et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1959, a exercé  
diverses activités professionnelles, dont en dernier lieu celle d'employée d'exploitation  
auprès de divers employeurs. Selon la déclaration de maladie adressée à la X. \_\_\_\_\_ (ci-  
après : la X. \_\_\_\_\_), assureur perte de gain maladie, le 13 juin 2013, l'assurée s'était  
trouvée en incapacité de travail totale dès le 3 avril 2013, puis de 50 % dès le 20 mai 2013 à  
la suite « d'un problème de genoux ». Dans un rapport du 11 juin 2013 consécutif à une  
imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) des genoux et adressé au Dr  
K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, le Dr  
N. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a retenu les conclusions suivantes : « (...)   
CONCLUSION IRM du genou droit : Foyer de méniscopathie de grade II de la corne  
postérieure du ménisque interne, sans déchirure, de grade I des deux cornes du ménisque  
externe. Foyer d'ostéo-arthropathie avec chondromalacie (grade II-III) du condyle fémoral  
interne antérieurement en regard de l'échancrure. Foyer d'ostéo-arthropathie avec  
chondromalacie de grade III à mi-hauteur de la rotule, une chondromalacie plus modérée  
(grade II) touchant sa facette interne. Lame d'épanchement avec une touche irritative de  
synovite diffuse. Discret syndrome inflammatoire de la bandelette ilio-tibiale. Fin kyste de  
Baker. IRM du genou gauche : Foyer de méniscopathie avec déchirure (grade III) de la  
corne postérieure du ménisque externe. Méniscopathie de grade II de la corne postérieure  
du ménisque interne. Foyer d'ostéo-arthropathie modérément érosive avec chondromalacie  
de grade III du condyle fémoral interne antérieurement ainsi qu'à mi-hauteur en position  
centrale de la rotule. Lame d'épanchement avec touche de synovite irritative diffuse à la  
limite du significatif tout comme le discret syndrome inflammatoire de la bandelette  
ilio-tibiale. Petit kyste de Baker. » Le 4 juillet 2013, la Prof. Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en  
chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Département

- 3 - de l'appareil locomoteur du service d'orthopédie et traumatologie au T. \_\_\_\_\_  
(ci-après : T. \_\_\_\_\_), a adressé son rapport au Dr K. \_\_\_\_\_, dont on extrait  
notamment ce qui suit : « (...) Diagnostics – Antécédents – Interventions • Gonalgies  
bilatérales. • Fibromyalgie traitée. • Etat dépressif chronique traité. (...) Conclusions,  
traitement et évolution Ces résultats cliniques et radiologiques ont longuement été discutés  
avec la patiente. Je pense que du point de vue orthopédique, il n'y a pas lieu d'envisager

une intervention chirurgicale actuellement. Je propose de poursuivre le traitement conservateur que vous avez instauré avec un protecteur du cartilage comme le Condrosulf. Au vu des douleurs persistantes de la patiente et du diagnostic posé de fibromyalgie, je pense qu'il serait peut-être judicieux, si cela ne l'a pas été fait auparavant (comme semble le laisser penser la patiente), d'effectuer un bilan rhumatologique. (...) » Dans son rapport du 15 juillet 2013 adressé au Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, le Dr K. \_\_\_\_\_ a retenu les mêmes diagnostics que sa consœur du T. \_\_\_\_\_, en ajoutant celui d'obésité. Il a précisé que l'assurée était en arrêt de travail à 50 % depuis le 20 mai 2013 en raison d'une gonalgie bilatérale et qu'elle présentait depuis quelques mois, en sus des diagnostics précités, des douleurs au niveau des genoux dont les différentes investigations avaient permis de montrer une déchirure de la corne postérieure du genou gauche. Le 27 août 2013, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a adressé son appréciation au Dr K. \_\_\_\_\_, dont on extrait ce qui suit : « (...) Appréciation : cette patiente présente des arthralgies généralisées avec une fatigue chronique sans grand changement depuis 2004. Elle souffre par ailleurs de gonalgies bilatérales avec des signes de chondromalacie fémoro-patellaire décrits sur le rapport d'IRM. Elle a toujours des signes d'irritation du tunnel carpien. Il n'y a pas beaucoup de critères pour un rhumatisme inflammatoire et le

- 4 - tableau clinique évoque toujours en premier lieu un syndrome fibromyalgique. Attitude : faire une ponction avec analyse du liquide synovial en cas de récurrence d'épanchement articulaire. Refaire du laboratoire à la recherche d'un syndrome inflammatoire et de marqueurs rhumatismaux et d'une dysfonction thyroïdienne compte tenu de la prise pondérale et de la constipation. Refaire un examen neurologique avec EMG [électromyographie] des membres supérieurs pour documenter le tunnel carpien. (...) » Dans son rapport du 12 septembre 2013 adressé au Dr K. \_\_\_\_\_, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de la X. \_\_\_\_\_, a retenu qu'aucun diagnostic handicapant n'avait pu être mis en évidence. Il recommandait en conséquence d'augmenter par paliers progressifs la capacité de travail et de tenir compte d'une capacité de travail de 65 % dès le 1er octobre 2013. Aux termes d'un rapport du 23 septembre 2013 adressé au Dr K. \_\_\_\_\_, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a retenu que l'assurée présentait un syndrome du tunnel carpien bilatéral, purement sensitif, limite et qu'une intervention chirurgicale ne semblait pas indiquée. Le 24 septembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) faisant état d'une fibromyalgie existant depuis 2004. Il ressort du rapport du 29 octobre 2013 du Dr K. \_\_\_\_\_ adressé à l'OAI, que l'assurée souffrait de fibromyalgie et d'un état dépressif chronique depuis 2004, ainsi que de gonalgies bilatérales depuis 2013. Ce médecin a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 17 octobre 2013 et avancé un « mauvais » pronostic. Le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu dans son rapport du 4 novembre 2013 adressé au Dr K. \_\_\_\_\_ ce qui suit :

- 5 - « (...) A l'examen clinique, je retrouve une femme en surcharge pondérale présentant un morphotype quasi normo axé, avec au niveau du genou droit une flexion-extension à 140-0-0, sans instabilité dans le plan antéro-postérieur ni dans le plan coronal. Il n'y a pas de rabet rotulien mais la palpation du genou que ce soit au niveau des compartiments interne-externe et fémoro-patellaire est quasi impossible en raison des douleurs insupportables. Au niveau du genou gauche, la patiente présente à peu près le même status

avec des douleurs un peu mieux ciblées au niveau des insertions musculaires et tendineuses du tendon rotulien et du tendon quadricipital. A noter que la patiente exprime une douleur cotée à 10 sur 10 pour ses deux genoux. L'examen radiologique est rassurant avec une discrète atteinte méniscale sans déchirure complète. Dans ce contexte, et après consultation chez la Prof Z. \_\_\_\_\_, je ne pense pas qu'il soit judicieux d'intervenir chirurgicalement. En effet, dans mon expérience, des douleurs aussi violentes, comme décrites par la patiente, ne peuvent pas être en relation avec une simple atteinte méniscale ou même une arthrose débutante. L'absence de lésion franche dans le cas qui nous intéresse, ne peut amener qu'à une catastrophe en cas de prise en charge chirurgicale. » Le 18 novembre 2013, le Dr K. \_\_\_\_\_ a informé le Dr L. \_\_\_\_\_ que l'assurée était à nouveau en arrêt de travail à 100 % depuis le 17 octobre 2013 pour des gonalgies invalidantes et des douleurs au niveau du poignet des deux côtés évoquant un syndrome du tunnel carpien, nonobstant la capacité de travail de 65 % depuis le 1er octobre 2013. Lors d'un entretien du 26 novembre 2013 entre l'assurée et l'OAI, il est notamment apparu que l'assurée ressentait des douleurs constantes dans tout le corps et qu'elle était en incapacité de travail totale depuis le 17 octobre 2013. Elle a en outre précisé qu'elle avait démissionné pour le 30 novembre 2013 en raison de ses problèmes de santé. En réponse au courrier du 18 novembre 2013 du Dr K. \_\_\_\_\_, le Dr L. \_\_\_\_\_ a fait part de son appréciation le 28 novembre suivant. Ce médecin a considéré qu'en présence d'un état douloureux chronique sans substrat anatomique avéré, une capacité de travail était exigible pour

- 6 - autant qu'une comorbidité psychiatrique fût exclue. Sur ce point, il a précisé qu'il allait recommander à la X. \_\_\_\_\_ de tenir compte d'une capacité de travail de 65 %. Le 4 décembre 2013, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a adressé son rapport au Dr K. \_\_\_\_\_, aux termes duquel il a posé les diagnostics de gonalgies sur chondromalacie rotulienne et de syndrome douloureux de type fibromyalgie. Il a préconisé à cet égard une rééducation avec tonification des quadriceps. Dans son rapport du 18 décembre 2013 adressé à la X. \_\_\_\_\_, le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé qu'à la suite d'une thyroïdite de De Quervin en 2004, l'assurée présentait des douleurs peu systématisées, ainsi qu'un état dépressif lié à des conflits de couple. Il a estimé que l'assurée était en incapacité de travail de 100 % depuis le 17 octobre 2013 et qu'elle se sentait épuisée physiquement et psychologiquement. Par avis du 20 décembre 2013, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé. Il a proposé d'interroger le Dr Q. \_\_\_\_\_ au mois de mars 2014 afin de connaître l'évolution de l'état de santé de l'assurée, ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail et à compter de quelle date cette dernière était exigible. Par courrier du 30 décembre 2013 adressé au Dr K. \_\_\_\_\_, le Dr L. \_\_\_\_\_ a exposé que l'état dépressif chronique de l'assurée ne signifiait pas qu'il existait une comorbidité psychiatrique significative. Il recommandait en conséquence de tenir compte d'une capacité de travail de 65 %. Par communication du 9 janvier 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, vu que sa situation médicale n'était pas stabilisée.

- 7 - Mandaté par la X. \_\_\_\_\_, le Prof. R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a adressé son rapport d'expertise le 10 mars 2014, dont on extrait notamment ce qui suit : « (...) Sur le plan professionnel elle a été active comme femme de ménage, puis responsable d'une cafétéria dans un EMS durant 10 ans. Elle le quitte en 2007. Il y a une année de chômage puis en 2008 elle travaille comme femme de ménage à la

[...]. En raison de douleurs principalement de la nuque et des bras, elle est mise à l'arrêt de travail à 50 % en avril 2013. Dès cette époque elle se plaint en effet de douleurs importantes à son genou gauche, de douleurs de la partie gauche de la tête, dans le bras gauche, puis dans le bras droit. Il y a une vive augmentation des douleurs en octobre 2013 si bien qu'elle est mise à l'arrêt de travail total depuis le 17 octobre. Le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin traitant signale que la patiente se sent fatiguée, depuis une thyroïdite de Quervain en 2004 et que c'est depuis cette période aussi que s'est manifesté un état dépressif, traité par le Citalopram jusqu'à maintenant. L'état douloureux s'est manifesté plus tard. (...) 2. Diagnostics selon CIM – 10 : Trouble somatoforme douloureux chronique (F45.1) Obésité. (...) 3. Une reprise de travail est-elle exigible ? En raison de l'absence d'affection rhumatologique organique sous-jacente une reprise de travail à 100 % est exigible dans l'immédiat. Toutefois je propose d'attendre la fin des séances de physiothérapie du T. \_\_\_\_\_ pour la mettre à exécution. 4. A partir de quand la reprise de travail est-elle envisageable ? Dans la semaine qui suivra la fin des séances de physiothérapie (c'est-à-dire dans 4 semaines). D'abord à 50 %, puis progressivement à 100 %. (Un arrêt à 100 % toutefois serait à prévoir toutefois si une hospitalisation avait lieu au mois de mai). 5. Une capacité de travail est-elle raisonnablement exigible ? Oui dans le travail habituel à condition de ménager une pause de 10 minutes chaque heure. La reprise à 50 % dans 4 semaines, devrait être augmentée en principe à 100 % dès la fin du mois de mai. 6. D'autres affections, influencent-elles la capacité ? Oui, l'obésité (BMI [indice de masse corporelle] 30.5). (...) » Le 7 avril 2014, la Dresse W. \_\_\_\_\_, médecin associée au Département de l'appareil locomoteur et service de rhumatologie au T. \_\_\_\_\_, a adressé son rapport au Dr K. \_\_\_\_\_, aux termes duquel elle

- 8 - a retenu que l'assurée présentait un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie. Elle a observé que les douleurs de l'intéressée dans le cadre de la fibromyalgie étaient complexes et que la composante cognitivo-comportementale était très importante. Sur ce point, elle a préconisé la continuation du soutien psychologique. Dans son rapport du 11 avril 2014 adressé à l'OAI, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de chondromalacie rotulienne, syndrome du tunnel carpien, arthralgie et probable syndrome fibromyalgique. Au regard de ces diagnostics, il a estimé qu'une capacité de travail de 50 % était exigible dans l'activité habituelle de l'assurée et de 100 % dans une activité adaptée (pas d'accroupissements, ni d'agenouillements et pas d'escaliers). Par courrier du 10 mai 2014 adressé au Dr L. \_\_\_\_\_, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin psychiatre de l'assurée, a retenu que cette dernière présentait un état dépressif d'apparition progressive depuis 2004. Cet état s'était initialement traduit par une perte d'élan, un ralentissement et un repli. Par la suite, il s'était compliqué de manifestations douloureuses multiples. Il a observé que cette symptomatologie avait causé une incapacité de travail, d'abord partielle dès le mois d'avril 2013, puis complète dès le mois d'octobre 2013. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1), de dépression essentielle (F32.8) et de trouble de la personnalité, personnalité de type opératoire (F60.8). Il a exposé que l'incapacité de travail complète de l'assurée était justifiée par la gravité de la symptomatologie dépressive, laquelle s'inscrivait dans un trouble de la personnalité invalidant. Une restauration de la capacité de travail était peu vraisemblable au vu de l'intensité, de la durée des troubles et du manque de ressources psychiques inhérent au type de personnalité. Dans son rapport du 7 juillet 2014 adressé à l'OAI, le Dr F. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F32.1), de dépression essentielle (F32.8)

et de trouble de la personnalité, personnalité de type

- 9 - opératoire (F60.8). Il a attesté une incapacité de travail de 100 % vraisemblablement durable à son sens. Il ressort de l'avis du 25 août 2014 de la Dresse P. \_\_\_\_\_, médecin praticien au SMR, ce qui suit : « (...) Assurée de 54 ans, [...], en Suisse depuis 1982, divorcée, mère de 3 enfants adultes, sans formation professionnelle, ayant travaillé comme employée de cuisine puis comme femme de ménage, en IT [incapacité de travail] depuis le 3 avril 2013 pour douleurs ostéo- articulaires et troubles psychiques, une obésité. Le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin traitant, retient une IT totale en lien avec la fibromyalgie, un état dépressif et des gonalgies bilatérales (RM 29.10.2013). Le Dr Q. \_\_\_\_\_, rhumatologue, confirme la fibromyalgie et une chondromalacie fémoro-patellaire expliquant les gonalgies bilatérales (RM 04.12.2013). Sur le plan orthopédique : discrète atteinte méniscale ne justifiant nullement les douleurs, pas de sanction chirurgicale (RM Dr J. \_\_\_\_\_ 04.11.2013). Sur le plan neurologique : syndrome du tunnel carpien bilatéral, purement sensitif, limite (RM Dr B. \_\_\_\_\_, 23.09.2013). Le 10.03.2014, l'assurée est examinée par le Dr R. \_\_\_\_\_, rhumatologue, pour une expertise mandatée par l'APG [assurance perte de gain]. Ce spécialiste ne met pas en évidence d'affection rhumatologique et préconise une reprise progressive de l'activité habituelle d'abord à 50 % puis à 100 %. Il pose cependant le diagnostic de TSD [trouble somatoforme douloureux], qui est un diagnostic psychiatrique. La Dresse W. \_\_\_\_\_, rhumatologue, suit également cette assurée, elle confirme le diagnostic de syndrome douloureux chronique, type fibromyalgie et l'importance d'un soutien psychologique (RM 17.02.2014 et 07.04.2014). Nous avons reçu le rapport médical du Dr F. \_\_\_\_\_, psychiatre (RM 07.07.2014) attestant une IT totale dans toute activité pour trouble dépressif récurrent, épisode moyen (F32.1), dépression essentielle (F32.8) et trouble de la personnalité, personnalité de type opératoire (F60.8). Nous ne pouvons retenir ces diagnostics comme incapacitants car dans le cas d'un syndrome douloureux chronique, le caractère non exigible de l'effort de volonté pour surmonter la douleur n'est reconnu que soit dans le cas d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, soit par le cumul d'autres critères présentant une certaine acuité et constance. Le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ ne démontrant aucune de ces conditions, nous demandons : une expertise psychiatrique (SMR ou extérieur) ». Mandaté par la X. \_\_\_\_\_, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé son rapport d'expertise le

- 10 - 11 décembre 2014 à la suite d'un examen clinique du 3 octobre 2014. Ce médecin n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail et a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif majeur récurrent de gravité légère, de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique ainsi que de personnalité avec traits dépendants (fonctionnement co-dépendant), mode de pensée alexithymique. Il a considéré qu'une reprise de travail à 50 % était envisageable à partir du 1er décembre 2014 dans l'ancienne activité professionnelle de l'assurée ou dans une activité légère, mais que le retour à une pleine capacité de travail était beaucoup plus aléatoire compte tenu des facteurs de moins bon pronostic, tel que le contexte psychosocial plus défavorable. Par avis du 12 février 2015, la Dresse P. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 100 % dès le 3 octobre 2014 dans toute activité, sans aucune limitation fonctionnelle. Le 8 juin 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, dès lors qu'elle ne présentait pas d'incapacité de travail. Par courrier non daté

et reçu le 25 juin 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ a expliqué à l'OAI qu'il considérait que les diagnostics retenus par l'expert et lui-même se rejoignaient. A cet égard, il a précisé qu'il subsistait toutefois une divergence relative à l'appréciation de la gravité du trouble dépressif. Son diagnostic était un trouble dépressif avec épisode actuel moyen et l'expert avait qualifié l'épisode actuel de gravité légère, sans examiner les idées suicidaires de l'assurée en profondeur. Il a estimé que l'expertise du 11 décembre 2014 n'était dès lors pas suffisamment approfondie pour juger de la gravité de l'état dépressif de l'assurée, de sorte que les conclusions du Dr V. \_\_\_\_\_ ne pouvaient pas être suivies. Le 26 juin 2015, l'assurée a formulé ses observations quant au projet de décision de l'OAI du 8 juin 2015. Elle a fait valoir qu'elle ne

- 11 - pouvait plus travailler en raison de sa maladie et qu'elle ressentait constamment des douleurs, lesquelles la handicapait fortement, notamment pour son ménage à la maison. Elle a indiqué prendre note que la fibromyalgie n'était pas considérée comme une affection invalidante, mais espérait que l'OAI tienne compte des effets de l'atteinte à sa santé sur ses aptitudes à exercer une activité professionnelle depuis la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt 9C\_492/2014 du 3 juin 2015). Par avis du 7 mars 2016, la Dresse P. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré que la description clinique du Dr V. \_\_\_\_\_ rendait vraisemblable que l'assurée présentait un épisode actuel léger et non pas moyen, comme retenu par le Dr F. \_\_\_\_\_. LP. \_\_\_\_\_ a retenu que rien ne laissait penser dans les deux avis psychiatriques (Dr F. \_\_\_\_\_ et Dr V. \_\_\_\_\_) que le fonctionnement de l'assurée s'était décompensé, de sorte que le SMR ne pouvait pas retenir ce fonctionnement comme incapacitant au sens de l'AI. Sur ce point, la Dresse P. \_\_\_\_\_ a ajouté que les arguments avancés par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son courrier reçu le 25 juin 2015 relevaient de différences d'interprétations, lesquelles n'apportaient pas d'éléments de nature à modifier les faits. Par décision du 26 avril 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 juin 2015. B. Par acte du 3 juin 2016, A. \_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI du 26 avril 2016, en concluant à son annulation. Elle fait valoir que ses troubles psychiques apparaissent au premier plan, de sorte qu'ils doivent être pris indépendamment de l'éventuel trouble somatoforme douloureux. A cet égard, elle allègue que tant le Dr F. \_\_\_\_\_ que le Dr V. \_\_\_\_\_ ont retenu que son trouble psychique apparaissait au premier plan. Elle considère, toutefois, que le Dr V. \_\_\_\_\_ n'explique pas de façon convaincante les raisons pour lesquelles il retient qu'elle présente une capacité de travail de 50 %, tout en estimant qu'elle dispose d'une capacité de travail médico-théorique entière. Elle remet également en cause l'avis du SMR du 7 mars 2016 et

- 12 - sollicite la mise en œuvre d'une instruction médicale complémentaire sur le plan psychiatrique, sous forme d'une expertise judiciaire. Elle ajoute que si ses troubles devaient néanmoins être analysés à l'aune de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, ses conclusions ne s'en trouveraient pas fondamentalement modifiées. Sur ce point, elle précise que l'expertise du Dr V. \_\_\_\_\_ ne permet pas de procéder à une appréciation concluante du cas en vertu des indicateurs déterminants mis en place par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral. Par décision du 7 juin 2016, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 3 juin 2016 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et frais judiciaires, ainsi que l'exonération de toute franchise mensuelle. Dans sa réponse du 4 juillet 2016, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il considère que le rapport du 11 décembre 2014 du Dr V. \_\_\_\_\_ satisfait aux

réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux. Il renvoie également à l'avis du SMR du 7 mars 2016 qui retient que les possibilités d'améliorer l'état de santé de la recourante ne sont pas épuisées, puisqu'il est recommandé d'augmenter le traitement médical. Par réplique du 22 août 2016, la recourante a confirmé ses conclusions. Le 26 août 2016, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique. Le mandat a été confié le 14 septembre suivant au Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné la recourante les 22 et 29 novembre 2016. Le rapport y relatif, daté du 13 décembre 2016, a fait état de ce qui suit :

- 13 - « (...) Diagnostics Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir les diagnostics de : • Trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F32.1) • Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). (...) Synthèse et conclusion Mme A. \_\_\_\_\_ est une femme de 57 ans qui est divorcée et mère de trois grands enfants, qui dit vivre seule et ne pas avoir d'ami de cœur en ce moment. Les antécédents ont été traumatiques et carencés avec un père qui battait ses enfants et qui a délaissé sa famille avec ses multiples liaisons extra-conjugales. L'intéressée aurait été non désirée et s'est toujours sentie de trop. Mme A. \_\_\_\_\_ a toujours travaillé dur et beaucoup et plusieurs années au-delà d'un 100 %, sachant ce qu'elle voulait offrir à ses enfants. Elle s'est progressivement épuisée. Sur le plan psychiatrique, l'intéressée a été symptomatique dès l'enfance avec des symptômes dépressifs et des idées suicidaires scénarisées. C'est dans les suites d'une thyroïdite de De Quervain qu'elle a évolué vers un processus d'invalidation avec un tableau clinique de fibromyalgie/syndrome douloureux somatoforme persistant. En l'état, le soussigné admet une incapacité de travail psychiatrique de 50 % fondée essentiellement sur un tableau dépressif chronique. Ce 50 % remonte vraisemblablement au 17.10.2013 et est resté globalement constant depuis lors. Il est vraisemblablement fixé pour une longue durée. En ne tentant compte que de ce qui est strictement médical et d'un point de vue médico-théorique, l'expert psychiatrique considère qu'il est raisonnablement exigible de l'intéressée qu'elle exerce l'une ou l'autre des activités professionnelles qu'elle a exercées jusqu'ici à hauteur de 50 %. Le traitement actuel est adéquat tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer de plus sur ce plan. Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez une assurée qui ne se projette plus dans le monde ordinaire du travail. Le pronostic purement psychiatrique n'est pas nécessairement mauvais, même si ce tableau clinique s'oriente vers la chronicité. (...) » Par avis du 16 décembre 2016, le juge instructeur a invité les parties à se déterminer sur la teneur du rapport précité.

- 14 - Prenant position sur cette expertise le 6 février 2017, l'intimé retient que la recourante présente une incapacité de travail de 50 % depuis le mois d'octobre 2013 dans l'une ou l'autre des activités professionnelles exercées par le passé et adaptées aux limitations fonctionnelles. Il produit un avis du SMR du 13 janvier 2016, aux termes duquel le SMR se rallie aux conclusions de l'expert, selon lesquelles ce dernier admet une capacité de travail de 50 % depuis le mois d'octobre 2013 dans toute activité en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen. Par pli du 6 février 2017, la recourante s'est ralliée aux conclusions du rapport d'expertise du 13 décembre 2016 du Dr H. \_\_\_\_\_. Elle considère qu'il se justifie de lui reconnaître un droit à une demi-rente d'invalidité dans la mesure où elle présente une capacité de travail de 50 % dans l'une ou l'autre des activités professionnelles exercées jusqu'à présent. Par écriture du 16 février 2017, l'intimé a confirmé ses propos du 6 février 2017. 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 (art. 1 al. 1 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

- 15 - 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 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 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 (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre les 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 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

- 16 - b) Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Singulièrement, il s'agit d'examiner si la recourante remplit les conditions d'octroi d'une rente d'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 l'assuré 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'échelonnement des rentes prévu à l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de

- 17 - rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'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). 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 125 V 256 précité et les références citées ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en 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).

- 18 - b) C'est ainsi qu'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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance, en cas de doute, à se prononcer en faveur de leurs patients en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de

la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou,

- 19 - au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_418/2012 du 30 août 2012 consid. 4 ; 9C\_256/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.1). 5. En l'espèce, la recourante a déposé une demande de prestations le 24 septembre 2013. Selon le rapport du 29 octobre 2013 du Dr K. \_\_\_\_\_, la recourante souffrait de fibromyalgie, d'un état dépressif chronique et de gonalgies bilatérales. a) Sur le plan somatique, on relève que tous les médecins consultés s'accordent pour dire que la recourante ne présente pas de troubles incapacitants. La recourante ne le conteste du reste pas. b) Sur le plan psychologique, le juge instructeur a mis en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique, qu'il a confiée au Dr H. \_\_\_\_\_. Dans son rapport d'expertise du 13 décembre 2016, le Dr H. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif (épisode actuel moyen) et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce médecin retient que la recourante présente une capacité de travail de 50 % dans toute activité déjà exercée et que cette incapacité psychiatrique se fonde essentiellement sur un tableau dépressif chronique, remontant vraisemblablement au 17 octobre 2013 et restant constante depuis lors. Il précise à cet égard que c'est dans les suites d'une thyroïdite de De Quervain qu'elle a évolué vers un processus d'invalidation avec un tableau clinique de fibromyalgie / syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce rapport a pleine valeur probante, ce dont les parties conviennent (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). En effet, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, l'expert se fonde sur un examen clinique complet, prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante au terme d'une anamnèse complète rendant compte d'une description du contexte médical et d'une appréciation de la

- 20 - situation médicale claires ; on ne décèle enfin aucune contradiction, les conclusions posées étant dûment motivées. 6. a) A l'aune de ce qui précède, il convient de retenir avec l'expert que la recourante présente une capacité de travail de 50 % dans toute activité depuis le 17 octobre 2013. Le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail présente depuis le 17 octobre 2013, la décision litigieuse refusant l'octroi d'une rente est réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente depuis le 1er octobre 2014 (cf. art. 29 LAI). b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un conseil, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., compte tenu de la difficulté et de l'ampleur de la procédure (art. 7 TFJAS [tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales]). Ce montant est mis à la charge de l'OAI, qui succombe. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e :

- 21 - I. Le recours est admis. II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 26 avril 2016 est réformée en ce sens qu'A. \_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité dès le 1er octobre 2014. III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 A. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - D. \_\_\_\_\_ (pour A. \_\_\_\_\_), à [...], - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, par l'envoi de photocopies.

- 22 - 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.