

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 septembre 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Pasche et Gauron-Carlin, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourante, représentée par Me Christelle Maret, avocate
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 8 et 28 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation professionnelle, a déposé le 28 septembre 2020 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en signalant être en incapacité de travail depuis le 21 avril 2018 en raison de douleurs dans tout le corps en augmentation progressive depuis une dépression survenue en 2017.

Dans un rapport du 12 octobre 2020 à l'OAI, le Dr K._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a indiqué avoir vu l'assurée à cinq reprises entre 2004 et 2019 à la demande du médecin traitant. Il avait évalué l'assurée en 2004 en raison de lombalgies et d'omalgies droites, puis en 2013 pour des douleurs globalement ubiquitaires dans un contexte de lupus cutané de type discoïde sans argument pour un lupus érythémateux ou pour une connectivite. En 2016, elle présentait en parallèle une périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec un léger syndrome rotulien droit. Lors de la dernière consultation, survenue le 6 septembre 2019, l'assurée présentait un tableau de douleur ubiquitaire sans aucune limitation fonctionnelle ostéoarticulaire et l'examen clinique était globalement normal, ce qui avait conduit le Dr K._____ à retenir l'hypothèse d'une fibromyalgie. A la question relative aux diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, il a répondu qu'il n'y en avait aucun du point de vue rhumatologique.

Le 4 novembre 2020, l'assurée a complété le formulaire de détermination du statut en y indiquant que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à plein temps comme caissière-vendeuse, aide-soignante, dame de compagnie ou aide en crèche.

Dans un rapport du 16 novembre 2020, la Dre D._____, médecin généraliste traitante de l'assurée, a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif, de fibromyalgie, de périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec conflit sous-acromial modéré, de discopathies lombaires et arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1, de syndrome rotulien et de

ténosynovite du long fléchisseur du pouce. Elle a indiqué que l'assurée se plaignait de douleurs ubiquitaires et permanentes limitant ses capacités à assumer une activité professionnelle physiquement exigeante comme celles qu'elle avait pratiquées ces dernières années en tant que personnel de maison, femme de ménage ou garde malade. L'assurée décrivait également un manque de motivation et une anxiété permanente. Elle ne reconnaissait pas la présence d'un état dépressif et refusait toute médication ou suivi psychiatrique, les trouvant inutiles et délétères à sa santé. Comme déficits fonctionnels, la Dre D._____ a mentionné des douleurs permanentes au niveau du dos, des épaules, des bras, des mains et des jambes, ainsi que des difficultés de concentration et de mémorisation. Elle a attesté d'une incapacité de travail depuis le 1^{er} janvier 2018 dans les activités exercées habituellement par la recourante, ajoutant que la prénommée demeurait capable d'exercer de façon régulière des travaux non physiques à raison d'une à deux heures par jour.

Dans un rapport du 27 décembre 2020, la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir suivi l'assurée du 8 août 2017 au 20 septembre 2018, précisant que la prénommée avait arrêté soudainement la psychothérapie sans en discuter avec elle. Au début, elle voyait l'assurée une fois par semaine pour une prise en charge de crise, puis les rendez-vous s'étaient espacés dans le courant de l'année 2018. Lors ce suivi, l'assurée avait une mauvaise gestion de ses émotions, elle souffrait de problèmes liés à l'environnement social et de manque d'affirmation de soi et de mauvaise confiance en elle, ce qui la mettait souvent dans une position de victime. La Dre N._____ avait alors retenu les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, et de trouble mixte de personnalité évitante et dépendante. Comme facteurs influençant l'état de santé, elle a mentionné des difficultés liées à l'environnement social depuis 2006. Elle n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans un avis du 5 novembre 2021, le Dr J._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le

SMR), a observé que l'estimation de la capacité de travail de la médecin traitante prenait largement en compte les douleurs de l'assurée, alors que celle-ci ne présentait pas de limitations fonctionnelles rhumatologiques. Etant donné que l'assurée n'avait plus de suivi psychiatrique depuis trois ans, une expertise psychiatrique lui semblait nécessaire.

Sur mandat de l'OAI, une expertise a été réalisée par la Dre F._____, sous la supervision du Prof. R._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie au C._____. Dans leur rapport d'expertise du 7 avril 2022, les experts ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et de trouble mixte de personnalité combinant des traits de personnalité dépendante et évitante. Ils ont conclu que l'assurée présentait, depuis le dernier épisode dépressif apparu en 2017, une capacité de travail réduite de 40 % dans la dernière activité exercée de femme de ménage et une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée.

Dans un avis du 11 mai 2022, le Dr J._____ du SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise.

Le 17 mai 2022, le service de réadaptation de l'OAI a estimé que l'assurée n'était objectivement et subjectivement pas en état de suivre avec succès des mesures de formation professionnelle. Il y avait ainsi lieu de calculer son préjudice économique en tenant compte d'une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité tenant compte d'une fatigabilité, d'une hypersensibilité au stress et à la douleur (pas d'activité lourde), d'un trouble de la concentration et de la nécessité d'accomplir des tâches simples. A titre d'exemples d'activités adaptées à l'assurée, le service de réadaptation a mentionné un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple au montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ou comme ouvrière dans le conditionnement ou dans le domaine du scannage de documents. Pour calculer le préjudice économique, qu'il a fixé à 43 %, le service de réadaptation de l'OAI a

comparé un revenu de 54'681 fr. 21 que l'assurée aurait pu réaliser en 2018 dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services selon les données salariales statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2018, TA1_tirage_skill_level, niveau de compétence 1) avec un revenu d'invalidé de 23'512 fr. 92 qu'elle pourrait réaliser à 60 % dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services calculé également sur la base des données statistiques et en tenant compte d'un abattement de 5 % en raison des limitations fonctionnelles de l'assurée (documents « REA - Rapport final » et « calcul du salaire exigible » datés du 17 mai 2022).

L'OAI a diligenté une évaluation économique sur le ménage qui a été réalisée le 19 octobre 2022. Dans son rapport établi le lendemain, l'évaluatrice a proposé de retenir que l'assurée avait un statut d'active de 100 %.

Dans un projet de décision du 8 novembre 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui reconnaissait le droit à un quart de rente dès le 1^{er} mars 2021, sur la base d'un degré d'invalidité de 43 %. Il a retenu qu'elle présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis mai 2018 mais que son droit à la rente ne pouvait naître qu'à partir du 1^{er} mars 2021, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle elle avait fait valoir son droit aux prestations. A cette date, elle présentait une incapacité de travail de 60 % dans son activité habituelle, mais une capacité de travail de 60 % était exigible dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 7 février 2023, l'OAI a confirmé l'octroi d'un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2021.

B. Par acte du 7 mars 2023, V._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée. Elle a contesté disposer d'une capacité de travail de 60 % dans

une activité adaptée et a signalé une aggravation de son état de santé ayant nécessité une hospitalisation.

Dans sa réponse du 2 mai 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Dans une écriture du 2 mai 2023, la recourante, désormais représentée par Me Christelle Maret, avocate auprès d'Inclusion Handicap, a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision, précisant qu'elle avait le droit à tout le moins à un quart de rente. Elle a reproché à l'intimé de s'être fondé sur un tableau clinique somatique lacunaire et obsolète dès lors que la dernière consultation rhumatologique remontait à août 2019 et qu'elle avait été victime d'une lourde chute sur le dos en avril 2022 qui avait amplifié ses douleurs dorsales et entraîné des répercussions sur son état psychologique. La recourante a ensuite soutenu que l'expertise psychiatrique ne tenait pas compte de ses affections somatiques et que son cas aurait dû être apprécié dans sa globalité. Concernant les revenus avec et sans invalidité, elle s'est étonnée que l'intimé se soit basé sur les données statistiques de 2018, alors que le droit au quart de rente prenait naissance dès le 1^{er} mars 2021. Elle a en outre contesté l'abattement de 5 % opéré par l'intimé sur le revenu d'invalidité, estimant qu'il aurait dû être plus important compte tenu de ses limitations fonctionnelles, de la diminution de son rendement et de son âge. Avec son écriture, la recourante a produit un rapport du 10 février 2023 du Dr H._____, chef de clinique adjoint au T._____ posant le diagnostic de douleurs diffuses des deux avant-bras et pouces d'origine indéterminée et mentionnant le diagnostic différentiel de fibromyalgie. Dans ce rapport, le Dr H._____ a indiqué ne pas avoir trouvé de cause structurelle aux douleurs de l'assurée, précisant que la fibromyalgie pourrait expliquer le tableau et qu'une nouvelle évaluation rhumatologique pouvait être indiquée, de même qu'une consultation avec des spécialistes de la douleur.

Le 11 mai 2023, la recourante a signalé que la réponse de l'intimé n'amenait pas d'explications complémentaires de sa part.

Le 12 juin 2023, l'intimé a confirmé ses conclusions, en renvoyant à sa précédente écriture.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité supérieure à un quart.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal

applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, ce qui est le cas en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Les dispositions légales ci-dessous seront donc mentionnées dans leur version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). 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 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

d) On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/09 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 déjà cité et les références).

6. Il convient dans un premier temps d'examiner la capacité de travail de la recourante, qui conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle et estime que le dossier est insuffisamment instruit.

a) Sur le plan somatique, il y a lieu de constater que les éléments versés au dossier ne permettent pas de retenir la présence d'une atteinte à la santé incapacitante. Si la médecin traitante a mentionné que la recourante souffrait d'une périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec conflit sous-acromial modéré, de discopathies lombaires et arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1, d'un syndrome rotulien et d'une ténosynovite du long fléchisseur du pouce, elle ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle objective induite par ces troubles. Le Dr K. _____, qui a évalué à plusieurs reprises la recourante sous l'angle rhumatologique à la demande de la médecin traitante, a quant à lui constaté lors de sa dernière consultation réalisée en août 2019 que l'examen clinique était globalement dans la norme et que la recourante ne présentait aucune limitation fonctionnelle ostéoarticulaire. Le Dr K. _____ n'a ainsi retenu aucun diagnostic avec incidence sur la capacité de travail sur le plan rhumatologique. Le rapport du Dr H. _____ du 10 février 2023 produit au stade du recours ne révèle aucun élément clinique faisant suspecter une aggravation de l'état de santé de la recourante. Les douleurs diffuses des avant-bras et pouces mentionnées par ce médecin s'inscrivent dans un contexte douloureux ubiquitaire existant depuis des années, qui n'a pas de cause structurelle et qui n'entraîne pas de limitation de la mobilité articulaire. Ce récent rapport ne rend pas vraisemblable une évolution significative de l'état de santé de la recourante d'un point de vue somatique. Enfin, l'allégation de la recourante relative à une exacerbation des douleurs dorsales consécutive à une chute sur le dos ne permet pas de rendre vraisemblable l'existence d'une atteinte somatique invalidante. Au vu de ce qui précède, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit le dossier sous cet angle.

b/aa) Sur le plan psychiatrique, l'intimé a diligenté une expertise médicale auprès de C. _____. Pour la réalisation de cette expertise psychiatrique, trois entretiens ont eu lieu avec la recourante, respectivement les 26 janvier, 8 février et 4 mars 2022, et des informations complémentaires ont été recueillies par les experts auprès de

la médecin traitante par téléphone. Dans leur rapport du 7 avril 2022, les experts psychiatres ont établi une anamnèse de la recourante sur les plan personnel, familial, professionnel, social et médical. Ils ont décrit la situation actuelle de l'expertisée, y compris le déroulement de son quotidien, et ont recueilli les plaintes de celle-ci.

La recourante se plaignait au premier plan de douleurs multiples et diffuses touchant toutes les parties du corps. Ces douleurs étaient décrites comme permanentes mais leur intensité variait en fonction des activités et de la charge de travail. La recourante signalait également des troubles de la mémoire et de la concentration, précisant avoir du mal à retenir de nouvelles informations, avoir souvent des oublis et devoir faire beaucoup d'efforts pour suivre de longues conversations. Elle décrivait une thymie chroniquement basse depuis la survenue de ses problèmes conjugaux entre 2006 et 2007 et rapportait une nette baisse de moral à partir de 2011-2012 lorsqu'un cancer a été diagnostiqué à son fils et que la séparation définitive du couple est intervenue. La recourante avait par la suite pu remonter la pente petit à petit sans toutefois pouvoir décrire un réel retour au bien-être. Elle relatait un nouveau fléchissement thymique en 2017 en lien avec le décès de son père et la réapparition d'un cancer chez son fils. Elle signalait depuis lors une anxiété et une tristesse omniprésentes, un manque d'énergie et de plaisir avec en parallèle une exacerbation des douleurs chroniques qu'elle trouvait de plus en plus invalidantes. Elle pouvait nommer la présence d'une certaine anxiété qui se caractérisait par des crises d'angoisse, des ruminations, des troubles du sommeil, une diminution de l'appétit et la présence d'une tristesse de fond avec une perte d'élan vital, d'énergie et une incapacité à ressentir du plaisir. Elle décrivait indirectement une aboulie et une anhédonie partielles. Elle avait de la peine à ressentir du plaisir ou d'autres émotions positives, avait peu d'intérêts au moment de l'expertise, et sortait de la maison seulement pour ses rendez-vous médicaux, pour la physiothérapie et pour le travail. Elle déclarait avoir beaucoup restreint son réseau social et ne pas rencontrer beaucoup de monde. Les déplacements se faisaient en bus ou à pied, mais elle signalait arriver de plus en plus fatiguée à la fin

de la journée. Elle décrivait une vision pessimiste et négative de son avenir et avait de la peine à se projeter.

Les experts ont quant à eux observé que la recourante présentait une attitude globalement anxieuse et timide pendant les entretiens. Elle se montrait légèrement mal à l'aise et présentait une attitude sur la défensive quand les experts abordaient le sujet de sa dépression ou qu'ils essayaient de faire des liens entre son état psychique et ses douleurs. Elle s'exprimait toutefois correctement et poliment et présentait un comportement calme et collaborant. L'activité psychomotrice était légèrement ralentie avec une gestuelle et expressivité pauvres en cours d'entretien. La marche était lente et boiteuse en lien notamment avec une entorse. Le discours était cohérent, compréhensible et bien structuré. La recourante était orientée aux quatre modes et ne présentait pas de troubles de la conscience ou de la vigilance. Les experts ont relevé qu'elle avait été capable de se déplacer de [...] à [...] en train seule, mais avait quand même dû être rassurée par rapport à ce déplacement et avait demandé des indications très précises afin de pouvoir s'orienter et arriver à destination. Son attention et sa concentration étaient perçues globalement dans la norme pendant les entretiens, mais les experts avaient pu objectiver une certaine fatigabilité, une difficulté à trouver ses mots et une difficulté à se souvenir des dates. Les affects étaient congruents, mais plutôt restreints, la recourante changeant peu d'expression au cours des entretiens et la gestuelle étant réduite. La recourante signalait des ruminations et des angoisses nocturnes et journalières autour de son passé, de sa situation financière, de sa santé et de la santé de son fils. L'appétit semblait perturbé, dans la mesure où la recourante, qui était de corpulence maigre, ne prenait qu'un seul vrai repas par jour, qu'elle n'avait jamais faim le soir et n'avait pas beaucoup d'intérêt pour la nourriture. L'examen pratiqué par les experts ne révélait pas de troubles formels ni de contenus de la pensée. Les experts ont relevé que la recourante était réticente et fuyante quand il s'agissait d'aborder des thématiques plus intimes ou de décrire ses émotions, ce que les experts pouvaient mettre en relation avec une timidité de fond mais aussi un partiel déni de sa problématique

psychologique et un possible manque de confiance en l'autre. La recourante avait globalement du mal à parler de sa dépression et en général de ses symptômes psychiques et avait tendance à revenir constamment sur ses douleurs physiques comme si elles étaient devenues la seule façon d'exprimer sa souffrance.

Les experts ont ensuite exposé de manière détaillée et motivée les diagnostics posés, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et un trouble mixte de la personnalité combinant des traits de personnalité dépendante et évitante. Ils ont par ailleurs expliqué pourquoi ils écartaient le diagnostic de syndrome somatoforme persistant. Si ce trouble pouvait entrer en considération, compte tenu des atteintes somatiques évoquées au dossier, en particulier la possible fibromyalgie mentionnée par le rhumatologue K._____, il ne pouvait toutefois pas être retenu en l'espèce pour diverses raisons. Les experts ont expliqué que selon la classification internationale des maladies (CIM-10), le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne pouvait pas être retenu en même temps que celui de trouble dépressif. Par ailleurs, la recourante ne présentait pas une composante histrionique ni une attitude particulièrement démonstrative, qui étaient habituellement retrouvées chez les patients souffrant de troubles somatoformes. En outre, même s'il était mis en évidence une tendance à mettre au premier plan les douleurs, la recourante n'était pas dans le déni complet de sa souffrance psychologique. Les experts retenaient en l'espèce une tendance à la somatisation assez marquée avec une perception disproportionnée de la douleur.

Les experts de C._____ ont ensuite procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes psychiques de la recourante au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables (cf. consid. 5 supra). Ils se sont notamment prononcés sur la cohérence, relevant à ce sujet que la principale incohérence était le non-investissement dans les soins psychiatriques, alors que la recourante reconnaissait une souffrance psychique intérieure. Ils se sont également déterminés sur l'évolution de l'état de santé de la recourante et sur les traitements entrepris jusqu'alors

qui n'avaient pas été adéquats, relevant à cet égard l'absence de thérapie psychiatrique et psychothérapeutique intégrée et de traitement antidépresseur. Selon les experts, les chances de guérison de l'épisode dépressif de la recourante étaient fortement liés à sa capacité d'investir un suivi psychiatrique, ce qui semblait peu probable au jour de l'expertise au vu de la méfiance de la recourante pour ce type de thérapie, de sa minimisation de ses troubles mentaux avec focalisation quasi-totale sur les troubles somatiques et de ses traits de personnalité enkystés.

Les experts ont conclu que la recourante avait une capacité de travail diminuée depuis le début du dernier épisode dépressif en 2017. Depuis lors, la capacité de travail de la prénommée était selon eux de 40 % dans la dernière activité exercée (avec une performance légèrement réduite) et de 60 % dans une activité adaptée (avec une performance également réduite mais de façon moins significative) tenant compte d'un ralentissement psychomoteur, d'une fatigabilité, d'une asthénie, d'une hypersensibilité à la douleur et aux efforts physiques, d'un déficit de mémoire et de concentration et une intolérance au stress.

bb) L'appréciation des experts psychiatres de C. _____ de la situation médicale de la recourante et de sa capacité de travail peut être suivie, étant précisé que leur rapport d'expertise remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. D'ailleurs aucun élément au dossier ne vient sérieusement mettre en doute leurs conclusions. Au contraire, l'appréciation diagnostique des experts concorde avec celle faite par la psychiatre consultée par la recourante en 2017 et 2018. Quant à la médecin traitante, elle estime elle aussi que sa patiente présente une capacité de travail résiduelle dans des travaux non physiques. Si elle fait état d'une capacité de travail résiduelle plus faible que celle retenue par les experts, son appréciation n'est pas étayée et ne repose pas sur des éléments objectifs qui n'auraient pas été pris en compte par les experts psychiatres. Relevons par ailleurs que l'appréciation de la médecin traitante, qui n'a pas de spécialisation en psychiatrie, repose non seulement sur l'atteinte psychiatrique de la recourante, mais aussi sur les douleurs alléguées par sa patiente, qui ne

présente toutefois aucune atteinte somatique qui entraînerait des limitations fonctionnelles.

Pour le surplus, la recourante n'émet aucun grief de nature à faire douter des conclusions de l'expertise psychiatrique. Contrairement à ce qu'elle soutient, les experts de C._____ ont tenu compte des atteintes somatiques et les ont mentionnées dans le rapport d'expertise, y compris la fibromyalgie évoquée par le rhumatologue K._____. A ce propos, il convient de souligner qu'aucun spécialiste n'a posé en l'espèce le diagnostic de fibromyalgie, le Dr K._____ ayant simplement émis l'hypothèse d'une telle atteinte et le Dr H._____ l'ayant mentionné comme diagnostic différentiel. Quoi qu'il en soit, le caractère invalidant d'une fibromyalgie doit être analysé au moyen des indicateurs jurisprudentiels relatifs aux troubles psychiques, qui ont été appliqués en l'espèce par les psychiatres de C._____. Enfin, la recourante soutient que l'amplification des douleurs consécutive à une chute survenue en 2022 a entraîné des répercussions sur son état psychologique, sans toutefois fournir la moindre pièce médicale appuyant ses propos.

c) En définitive, il y a lieu de confirmer que la recourante présente depuis 2017 une capacité de travail de 40 % dans l'activité exercée habituellement et de 60 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par l'intimé.

7. Il reste à examiner le degré d'invalidité.

La recourante ne conteste pas l'utilisation des données salariales statistiques issues de l'ESS pour la détermination des revenus avec et sans invalidité, ce qui ne semble effectivement pas critiquable au vu des circonstances du cas d'espèce. Cela étant, la comparaison des revenus avec et sans invalidité s'effectue au moment déterminant de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité, soit en l'espèce le 1^{er} mars 2021, compte tenu de la demande tardive déposée le 28 septembre 2020 par la recourante (art. 29 al. 1 et 3 LAI). L'intimé aurait donc dû calculer les revenus avec et sans invalidité en se fondant

sur les salaires statistiques ressortant de l'ESS 2020, et indexés à 2021, comme le relève la recourante.

Selon l'ESS 2020, le salaire moyen touché par une femme pour des activités simples et répétitives dans les domaines des services et de la production était de 4'276 fr. pour une semaine de 40 heures. Rapporté à la durée hebdomadaire moyenne de travail en entreprise en 2021 (41,7 heures) et indexé à l'année 2021 (+ 0.6 %), on obtient un revenu sans invalidité de 4'484 fr. 47 par mois, respectivement de 53'813 fr. 64 par an.

Quant au revenu avec invalidité, calculé également sur la base de l'ESS 2020, il est de 30'857 fr. 81 pour un taux d'activité de 60 %, compte tenu de l'indexation à 2021 et de l'abattement de 5 % appliqué par l'intimé qui paraît adéquat au vu de l'ensemble de la situation de la recourante. En particulier, les limitations fonctionnelles de la recourante ne justifient pas un abattement supplémentaire dès lors qu'il a déjà été tenu compte de l'impact des limitations fonctionnelles dans l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée, en particulier sur le taux d'activité retenu. Par ailleurs, âgée de 54 ans au moment de la naissance du droit à une rente, la recourante était alors à un âge éloigné de la retraite.

Le degré d'invalidité de la recourante étant de 43 % ($[(53'813,64 - 30'857 \text{ fr. } 81) / 53'813,64 \times 100]$), la décision de l'intimé lui reconnaissant le droit à une rente d'invalidité d'un quart n'est pas critiquable.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 7 février 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cent francs), sont mis à la charge de V. _____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap, Me Christelle Maret (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :