

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 octobre 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges
Greffière : Mme RoCHAT

Cause pendante entre :

Z. _____ Z, à (...), recourante, représentée par Me Sébastien Pedroli,
avocat à Payerne,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 et 28a LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée), née en [...], est une assurée d'origine [...], [...], au bénéfice d'une formation de coiffeuse. La nuit du 12 janvier 2008, elle a chuté sur son aspirateur après s'être levée de son lit, provoquant une importante contusion musculaire au niveau de la cheville gauche. [...] (ci-après : l'assureur-accidents) a pris en charge les conséquences de l'accident en assumant les frais de traitement et en versant des indemnités journalières.

Devant l'installation d'une douleur chronique et handicapante au niveau de la cheville gauche, l'assureur-accidents a confié un mandat d'expertise orthopédique au Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Une IRM [imagerie par résonance magnétique] de la cheville gauche a été pratiquée le 23 mars 2009, permettant de constater que les structures osseuses étaient dans les limites de la norme, et en particulier, qu'il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un Südeck. Le Dr T._____ a ainsi écarté, dans son rapport du 31 mars 2009, le diagnostic d'algoneurodystrophie, considérant qu'à la date de son examen, l'assurée ne souffrait plus des suites de son accident. Sur cette base, l'assureur-accidents a fait savoir, par décision du 26 mai 2009, que l'obligation de prestations n'était plus donnée à partir du 18 mars 2009.

Le 8 juin 2010, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Sur avis du Dr B._____, médecin au sein du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), une expertise rhumato-psychiatrique a été confiée aux Drs M._____, spécialiste en rhumatologie et W._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, tous deux médecins auprès du Centre R._____ (ci-après : Centre R._____). Au terme de leur rapport qu'ils ont daté du 11 mai 2012, ils n'ont retenu, au plan somatique, aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, signalant

néanmoins le diagnostic de lombalgie atypique d'origine mixte. Discutant le cas de l'assurée, les experts se sont déclarés très étonnés par l'énorme discordance entre les plaintes exprimées par cette dernière, laquelle décrit un handicap important, et les constatations cliniques lors de l'examen. Ils ont souligné l'aspect pratiquement normal de la cheville, à part une discrète différence de température et une mobilité pratiquement symétrique. Concernant les lombalgies, elles étaient partiellement expliquées par des troubles dégénératifs et un canal lombaire étroit. Au plan psychique, les experts ont diagnostiqué comme comorbidité psychiatrique, une personnalité émotionnellement labile, de type borderline et un alcoolisme secondaire avec utilisation nocive pour la santé. Ils ont par ailleurs retenu une surcharge psychique et évoqué le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, précisant que la problématique psychique n'était actuellement pas incapacitante.

Par projet de décision du 6 juin 2012, confirmé par décision du 7 novembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée du 8 juin 2010, au motif que le trouble somatoforme douloureux qu'elle présentait ne constituait pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

B. Z._____ a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 23 octobre 2013, invoquant souffrir d'un syndrome de Südeck. Elle a précisé travailler comme coiffeuse indépendante, à un taux d'environ 10%.

La Dre F._____, spécialiste en anesthésiologie, a complété un formulaire médical à l'attention de l'OAI le 13 décembre 2013, dans lequel elle a retenu les diagnostics incapacitants de douleurs chroniques neurogènes depuis 2010 et des lombosciatalgies. Selon elle, l'activité de coiffeuse était exigible mais à un petit pourcentage, des pauses devant en outre pouvoir être prises régulièrement.

Quant au Dr V._____, spécialiste en médecine générale, il a retenu dans son rapport du 18 décembre 2013 les diagnostics

incapacitants de trouble de la personnalité avec possible trouble schizo typique depuis plus de vingt ans et de syndrome douloureux persistant depuis 2008. Il a joint à son rapport celui du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie, du 18 décembre 2013, lequel a considéré que la symptomatologie psychiatrique dépassait un trouble de la personnalité, en présence de symptômes psychotiques, justifiant le diagnostic de possible trouble schizotypique.

Interpellé par l'OAI au sujet de cette nouvelle demande de prestations, le Dr C._____, médecin auprès du SMR, a considéré dans son rapport du 17 mars 2014, que l'assurée n'apportait aucune information nouvelle qui n'était pas déjà connue de l'office. Le Dr C._____ a écarté la question du diagnostic de trouble schizotypique évoqué par les Drs V._____ et Q._____, en soulignant que ce type de pathologie n'apparaissait pas « de novo » et qu'il était peu probable que l'expert ne l'ait pas constaté lors de son examen en 2012.

Par projet de décision du 23 avril 2014, confirmé par décision du 2 juin 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 23 octobre 2013, considérant que l'état de santé de l'assurée était identique à celui présenté lors du refus signifié le 7 novembre 2012.

C. Le 27 avril 2017, l'assurée a présenté une troisième demande de prestations auprès de l'OAI. Dans le contexte de sa demande, elle a précisé qu'elle avait été contrainte de remettre son salon de coiffure en juin 2016, en raison de son état de santé. Il ressort des pièces produites par l'assurée qu'elle a subi une microdiscectomie le 3 août 2016, pratiquée par le Dr Y._____Y._____, en raison d'une volumineuse hernie discale L4-5 médiane. Le Dr Y._____ a par la suite pu constater une évolution défavorable de l'état de l'assurée, évoquant la possibilité de procéder à une spondylodèse.

Le Dr C._____ a considéré, dans son avis du 18 octobre 2017, qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée était plausible au

vu du tableau post intervention du 3 août 2016, justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée.

L'OAI a complété son instruction auprès du Dr Y._____, lequel a répondu à ses questions dans un rapport du 8 novembre 2017, en indiquant notamment que l'assurée présentait une cypho-scoliose dégénérative lombaire incapacitante, en aggravation avec status après microdiscectomie L4-5 gauche. La capacité de travail était nulle aussi bien dans l'activité habituelle de coiffeuse que dans une activité adaptée, précisant au titre des limitations fonctionnelles l'activité physique soutenue, la position prolongée et le port de charge.

Le SMR, par son médecin le Dr D._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a procédé à un examen clinique rhumatologique de l'assurée le 6 mars 2018. Ce médecin a retenu dans son rapport du 14 mars 2018, un diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche dans le cadre de troubles statiques importants du rachis dorsolombaire et de troubles dégénératifs importants du rachis avec status après cure de hernie discale L4-L5, ainsi qu'un diagnostic associé de suspicion clinique d'une discrète polyneuropathie sensitive des membres inférieurs d'origine probablement éthylique avec troubles de l'équilibre. Il a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et de 50% dans une activité adaptée depuis le 3 février 2017, soit à six mois de l'intervention chirurgicale lombaire. Au niveau du rachis, le Dr D._____ a encore précisé, au titre des limitations fonctionnelles, la nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout, d'éviter le soulèvement ou le port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ainsi que l'exposition à des vibrations. S'agissant des limitations fonctionnelles en lien avec les membres inférieurs et la polyneuropathie possible des membres inférieurs, il était nécessaire d'éviter le travail en hauteur, le franchissement d'escabeaux, la marche en terrain irrégulier, la position debout ou la marche de plus de vingt minutes.

Dans son rapport initial et final du 17 mai 2018, le Service de réadaptation de l'OAI a indiqué que le potentiel de réinsertion de l'assurée était très faible puisqu'elle refusait toutes démarches dans ce sens en raison de ses problèmes de santé. Il a par conséquent retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée non qualifiée.

Par décision du 17 juillet 2018, l'OAI a rendu un projet de décision par lequel il a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a considéré qu'une capacité de travail de 50% pouvait raisonnablement être exigée de l'assurée dans une activité adaptée à son état de santé tout en respectant ses limitations fonctionnelles. La comparaison entre le revenu qu'elle réalisait lorsqu'elle était indépendante (revenu sans invalidité), soit 18'726 fr. 05 et celui qu'elle pouvait réaliser dans une activité adaptée, soit 24'645 fr. 10 au taux de 50% ne faisait pas ressortir de perte de gain, de sorte que le droit à la rente n'était pas ouvert.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision par courrier des 14 août et 10 septembre 2018, en indiquant que son état s'était encore dégradé depuis son dernier rendez-vous à l'office de l'assurance-invalidité et qu'elle souffrait de douleurs permanentes. Elle a produit divers rapport à l'appui de son opposition, à savoir notamment :

- un rapport du 3 juillet 2018 établi par la Dre X._____, spécialiste en antalgie, qui a recommandé une prise en charge multidisciplinaire par le centre d'antalgie du CHUV au vu des douleurs annoncées par l'assurée, ainsi qu'un sevrage en opiacés, compte tenu du traitement pris, qui ne faisait, selon elle, « pas de sens » ;
- un rapport du 3 septembre 2018 établi par le Dr Y._____ qui a souligné l'absence d'amélioration à la suite de l'intervention pratiquée le 3 août 2016, rappelant par ailleurs que l'assurée présentait des discopathies de tous les disques lombaires, une cypho-scoliose avec instabilité rotatoire et une bascule sagittale en avant de plus de 11 cm ;

- un rapport du 11 septembre 2018 établi par la Dre K._____, médecin-traitante, selon laquelle l'assurée souffrait de douleurs chroniques, d'une polytoxicomanie médicamenteuse et de problèmes psychosociaux graves qui ne permettaient pas d'envisager une reprise d'activité.

Le Dr L._____, médecin auprès du SMR, a préavisé en faveur du maintien du projet de décision établi le 17 juillet 2018, soulignant que les données médicales fournies par l'assurée ne faisaient pas apparaître de pathologies que l'examen clinique du 6 mars 2018 du SMR aurait ignoré ou traité de façon erronée.

Par décision du 2 mai 2019, l'OAI a confirmé qu'il rejetait la demande de prestations formulée par l'assurée le 27 avril 2017.

D. Le 5 juin 2019, Z._____, représentée par son conseil Me Sébastien Pedrolì, a déposé un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, concluant principalement à sa réforme dans le sens qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente entière, et subsidiairement au renvoi du dossier pour nouvelle décision. Elle a essentiellement contesté le montant du revenu d'indépendante retenu par l'intimé, considérant que le salaire moyen qu'elle pouvait réaliser dans son activité au moment de la survenance de son incapacité de travail s'élevait à 73'000 fr. et non pas à 18'726 fr. 05. Elle a par ailleurs allégué que son incapacité de travail était entière.

Dans sa réponse du 12 août 2019, l'OAI a indiqué s'être référé aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'assurée pour fixer le revenu sans invalidité, soulignant que l'intéressée s'était contentée durant trente ans d'un faible revenu, ne dépassant jamais le montant annuel de 27'300 fr., malgré un taux d'activité de 100%. Sur la question de la capacité de travail, l'OAI a renvoyé à son rapport final du 17 mai 2018, maintenant que l'assurée pouvait exercer une activité adaptée à un taux de 50%.

Par réplique du 2 mai 2019, l'assurée a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, faisant valoir que son état de santé s'était grandement péjoré depuis les rapports qui avaient été transmis à l'OAI au moment du dépôt de sa demande. Elle a par ailleurs ajouté, sur la question du revenu sans invalidité, que le revenu annoncé à la caisse de compensation en qualité d'indépendante ne correspondait pas à une activité à temps complet, précisant qu'à l'époque elle travaillait peu en raison de son état de santé.

Dans sa duplique du 13 janvier 2020, l'intimée a estimé que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ne se justifiait pas, renvoyant pour le surplus à son écriture précédente s'agissant du calcul du revenu sans invalidité.

Le 13 mars 2020, la recourante a produit un rapport du Dr Y._____ établi le 27 février 2020, lequel a fait part de l'évolution de l'état de santé de l'assurée, marqué par des douleurs de plus en plus sévères et une dégradation massive. Une spondylodèse restait une intervention à envisager, étant précisé que l'intervention était lourde et non garantie.

Le 11 mai 2020, l'OAI a transmis un avis du SMR daté du 15 avril 2020 dans lequel la Dre [...] a constaté que le rapport du Dr Y._____ n'amenait pas d'éléments objectifs nouveaux susceptibles de modifier sa position.

E n d r o i t :

1. La décision de l'OAI du 2 mai 2019 peut faire l'objet d'un recours de droit administratif au sens des art. 92 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, BLV 173.36 ; cf. aussi art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA) et il respecte les autres exigences formelles, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

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

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi

que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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).

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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. En l'occurrence, la décision attaquée retient que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette constatation correspond au résultat d'examen clinique rhumatologique pratiqué par le Dr D. _____ du SMR qui avait en particulier souligné, dans son rapport du 14 mars 2018, que

l'assurée présentait certes d'importants troubles statiques et dégénératifs du rachis dorsolombaire, mais qu'il n'y avait pas de raison biomécanique à retenir une incapacité de travail supérieure à 50%. Lors de son examen, il avait en effet pu constater que l'assuré pouvait déambuler sans boiterie, marcher sur la pointe des pieds et se relever sans aide extérieure. Au plan rachidien, le Dr D. _____ notait une mobilité lombaire satisfaisante en flexion, une mobilité cervicale et des articulations périphériques bien conservée. L'assurée présentait par ailleurs un signe de non organicité selon Waddell et un signe de non organicité selon Kummel. Au surplus, le Dr D. _____ a mentionné à l'endroit de l'assurée certaines incohérences entre des douleurs très importantes qu'elle cotait à 10/10 et le fait qu'elle puisse rester assise une heure vingt-cinq sans gêne particulière et sans se lever.

L'appréciation biomécanique objective pratiquée lors de l'examen clinique par le SMR le 6 mars 2018 n'est pas sérieusement remise en question par les documents médicaux fournis à l'appui de l'opposition formulée à l'encontre du projet de décision du 17 juillet 2018. En effet, le Dr Y. _____, dans son rapport du 8 novembre 2017, retient une incapacité totale de travail, précisant qu'il suffit de voir comment l'assurée marche, s'assoit, se tient assise et debout pour comprendre les raisons de cette incapacité, étant précisé que les radiographies montrent une sévère scoliose. Il a ensuite souligné le 3 septembre 2018 l'absence d'amélioration à la suite de l'intervention pratiquée le 3 août 2016, en rappelant les différents troubles constatés à l'imagerie et une bascule sagittale en avant de plus de 11 cm. Contrairement au rhumatologue du SMR qui a amplement décrit et discuté le cas de l'assurée avant de se prononcer sur sa capacité de travail, le Dr Y. _____ se contente, dans ses rapports les plus récents, de faire état des troubles statiques et dégénératifs du rachis pour retenir une incapacité totale de travail, sans pour autant véritablement étayer ses conclusions. Le discours porte ainsi essentiellement sur l'intensité des douleurs et leur traitement, à propos duquel la Dre X. _____, dont le rapport du 3 juillet 2018 a été produit dans le cadre de la procédure d'opposition, a précisé qu'il est inapproprié

et qu'il justifierait une modification radicale à la faveur d'une prise en charge stationnaire dans un service universitaire spécialisé.

Au regard de ces éléments, il s'agit de constater que les rapports produits par l'assurée ne justifient pas de remettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr D._____. Le dossier contient par ailleurs suffisamment d'éléments pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale requise par l'assurée apparaît dès lors inutile (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; TF 8C_731/2018 du 15 mars 2019 consid. 6.2).

Pour le surplus, il est rappelé que la situation doit être examinée selon l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'intimée a statué, soit en mai 2019. A cet égard, une péjoration ultérieure de l'état de santé telle qu'en fait état le Dr Y._____ dans son rapport du 13 mars 2020 ne pourra être prise en considération que dans le cadre d'une nouvelle demande.

Enfin, il est souligné que les douleurs en lien avec la cheville ne sont plus documentées par les médecins traitants dans le cadre de la troisième demande de prestations et sur ce point, le SMR a souligné qu'il n'existait plus de signe résiduel d'une algoneurodystrophie de la cheville et du pied gauche, ni de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Par ailleurs, si la question de l'existence d'une atteinte sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux pourrait se poser au vu du parcours médical et de l'évolution de l'état de santé de l'assurée, il est à noter qu'un tel diagnostic n'est retenu ni même évoqué par les intervenants médicaux, de sorte il ne se justifie pas d'instruire plus avant cette question au stade de la troisième demande de prestations.

La capacité résiduelle de travail de la recourante (50% dans une activité adaptée) peut donc être ici confirmée.

5. a) Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement à la date de la décision statuant sur les effets d'une modification de la situation de l'assuré (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; 128 V 174 consid. 4a). Pour les personnes de condition indépendante, en cas de revenus soumis à de très fortes fluctuations, il conviendra de s'écarter du dernier revenu réalisé et de procéder à une moyenne de ceux qui ont été réalisés sur une période plus longue (TF 9C_658/2015 du 9 mai 2016 consid. 5.1.1 précité).

Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il avait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb). Il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du

cas particulier que l'assuré ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable ou lorsque le dernier salaire obtenu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser – au degré de la vraisemblance prépondérante – s'il n'était pas devenu invalide. Il y a alors lieu en principe de se rapporter aux données statistiques résultant de l'ESS, publiées par l'Office fédéral de la statistique (TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; VSI 1999 p. 246).

6. a) Dans le cas d'espèce, le Service de réadaptation de l'intimé a fixé le revenu sans invalidité à 18'726 fr. 05 au taux de 100%, en prenant pour référence la moyenne des revenus inscrits au compte individuel AVS (CI) de l'intéressée, pour la période courant de 2005 à 2008, indexée à 2017. Il a retenu que l'assurée s'était contentée d'un faible revenu pendant trente ans et qu'elle avait diminué son taux d'activité dès 2004 en raison de différentes atteintes à la santé.

L'intéressée a pour sa part contesté le montant du revenu sans invalidité, considérant que le salaire moyen qu'elle pouvait réaliser dans son activité au moment de la survenance de son incapacité de travail s'élevait à 73'000 francs. Elle a précisé que le revenu annoncé à la caisse de compensation en qualité d'indépendante ne correspondait pas à une activité à temps complet et qu'à l'époque, elle travaillait peu en raison de son état de santé.

b) Dans le cadre des deux précédentes demandes de prestations, l'OAI a considéré que l'assurée était au bénéfice d'une pleine capacité de travail et de gains, de sorte qu'elle ne peut justifier les faibles revenus acquis au cours de sa carrière, et en particulier pour les années 2008 à 2014, par des motifs de santé.

L'examen des comptes individuels AVS de la recourante révèle par ailleurs que celle-ci, même sans atteinte à la santé, n'a jamais réalisé un revenu supérieur à 27'300 fr. par année. Ce revenu a été atteint une seule fois, en 1995, au cours d'une carrière qui a débuté en 1985. On

souignera également que les ennuis de santé de l'assurée sont apparus en 2002 au plus tôt, époque à laquelle elle a vécu deux hospitalisations successives en milieu psychiatrique, dans un contexte de consommation abusive d'alcool et de violence conjugale. Les revenus antérieurs à cette période étaient déjà faibles, ou du moins largement inférieurs au revenu annuel moyen de 73'000 fr. auquel elle prétend dans ses écritures. Il apparaît par conséquent cohérent de retenir que la recourante s'est manifestement contentée de façon durable d'un faible revenu durant sa carrière, y compris lorsqu'elle ne présentait aucun ennui de santé, de sorte que le Service de réadaptation de l'OAI pouvait à juste titre examiner la question du revenu sans invalidité déterminant en se référant à la moyenne des revenus inscrits au compte individuel AVS (CI) de l'intéressée.

Il ne se justifiait pas en particulier de fixer le revenu sans invalidité au moyen de l'ESS. En effet, si l'on se fonde sur les données de l'ESS, le revenu de la recourante dans une activité de service aurait été de 50'779 fr. (cf. ESS 2016, tableau TA1_skill-level, niveau de qualification 1, 4'043 fr. x 12 x 41.7/40 [pour l'adapter à un horaire hebdomadaire moyen de 41,7 heures], majoré de + 0.4% [pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux - ISS, Evolution des salaires nominaux 1993-2018]), montant qui ne correspond à aucune forme de réalité et de représentativité du parcours professionnel de l'assurée.

La question de savoir si c'est bien la moyenne des revenus effectivement réalisés par l'assurée de 2005 à 2008 qui devait être prise en compte pour fixer le revenu sans invalidité peut néanmoins se poser. En effet, à cette période, l'assurée avait déjà présenté des ennuis de santé, lesquels sont documentés dès 2002. Cela étant, même à tenir compte des revenus réalisés par la recourante lors des dix dernières années précédant cette année, soit de 1991 à 2001, la moyenne n'excède pas 18'234 francs. Ce montant, même majoré pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2017, reste largement inférieur au revenu d'invalidité fixé à 24'645 fr. 10.

En l'absence de préjudice économique, le droit à la rente n'est pas ouvert.

7. En définitive, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 2 mai 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 18 juin 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, la recourante 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 Sébastien Pedroli, à compter du 5 juin 2019 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile suisse du 19 novembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Pedroli a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant le 23 juillet 2020. Il a fait état de 11 heures et 5 minutes consacrées à la présente procédure. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. En définitive, il convient d'octroyer à Me Pedroli un montant total de 2'256 fr. 05 (débours forfaitaires à 5 % et TVA de 7,7 % compris) pour l'ensemble de ses activités.

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 2 mai 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés 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 Sébastien Pedroli, conseil de Z._____, est arrêtée à 2'256 fr.05, 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 à :

- Me Sébastien Pedroli, à Payerne (pour Z._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :