

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 février 2021

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Bidiville, assesseur  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Youri Widmer, avocat à Lutry,

et

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

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, était au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage à compter du 12 novembre 2012, après avoir travaillé en qualité d'ouvrière/manutentionnaire de fabrique.

L'assurée a été victime d'un accident non professionnel le 2 juillet 2014 ayant entraîné des contusions multiples au niveau de l'épaule, du membre supérieur gauche, des vertèbres lombaires, du sacrum, du coccyx et des hanches, ainsi qu'une dyspepsie. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas et a versé les prestations légales.

Le 22 juillet 2015, dans le cadre de la procédure d'assurance-accidents, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement à la CNA, a fait part de l'appréciation suivante :

« La patiente est victime d'une chute sur une surface mouillée le 02.07.2014. Elle est vue initialement par le Dr B.\_\_\_\_\_ dont nous n'avons pas de renseignements.

Un rapport médical intermédiaire du Dr C.\_\_\_\_\_, rhumatologue, mentionne un contexte de fibromyalgie.

Dans un entretien avec l'assurée du 07.11.2014, celle-ci déclare avoir parfaitement récupéré de l'ensemble des lésions.

Les lombosciatalgies G et la rechute du 24.04.2015 ne sont donc pas en relation avec l'événement du 02.07.2014 puisque celui-ci a cessé de déployer ses effets selon l'entretien avec l'assurée du 07.11.2014.

De plus, l'ensemble des documents radiologiques ne montrent aucune lésion osseuse, ni aucun trouble dégénératif du rachis.

On peut donc confirmer le statu quo ante au plus tard 3 mois après l'événement du 02.07.2014. »

Par décision du 26 août 2015, confirmée sur opposition le 29 septembre 2015, la CNA a refusé d'octroyer à l'assurée des prestations d'assurance en l'absence de lien de causalité avéré ou même probable

entre l'accident du 2 juillet 2014 et les troubles au dos déclarés en cours de procédure.

Par arrêt du 17 octobre 2016 (AA 102/15 - 104/2016), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté un recours de l'assurée et confirmé la décision sur opposition du 29 septembre 2015.

**B.** 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) le 1<sup>er</sup> février 2017, en faisant état de lombosciatalgies gauches, de rachialgies, de contusions multiples à l'épaule, aux lombaires, au sacrum, aux hanches, de dyspepsie, d'un trouble somatoforme douloureux, de problèmes articulaires musculaires, d'accentuation de la courbe sacro-coccygienne et d'inflammation de la jonction sacro-coccygienne. Elle a indiqué que l'atteinte à la santé serait entièrement due à des chutes à répétition en 1992, 2007, 2008 et 2014.

Le 21 février 2017, le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a constaté que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 1<sup>er</sup> juin 2016 montrait une arthropathie interfacettaire au niveau des vertèbres L2 à L5, majorée à droite et des discopathies avec des protrusions discales au niveau des vertèbres L3-L4 à L5-S1 avec un petit contact au niveau du récessus latéral gauche en L4-L5, au niveau de la racine L5 à gauche. Cependant, aucune lésion significative n'était mise en évidence à ce niveau. Il a relevé que l'assurée avait bénéficié d'une infiltration de la charnière sacro-coccygienne, permettant une amélioration partielle à ce niveau. Le Dr E.\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente pouvait désormais s'asseoir, même si la position assise prolongée entraînait toujours des douleurs. Il a suggéré des infiltrations interfacettaires en vue d'améliorer sa symptomatologie.

Le 8 mars 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation au Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait examiné l'assurée le 20 avril 2016. A la suite d'une IRM de la colonne

lombaire et du sacrum du 1<sup>er</sup> juin 2016, il a mis en évidence une inflammation de la jonction sacro-coccygienne, parlant en faveur d'une instabilité à ce niveau.

Par rapport du 31 mars 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthralgies et de myalgies diffuses, de sacralgies et de trouble somatoforme depuis 2007. Il a retenu une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle avec une diminution de rendement de 80 % en raison des douleurs. Il a recommandé un travail plus léger permettant l'alternance des positions debout et assise. Il a estimé que l'assurée pouvait reprendre une activité professionnelle, sa patiente revendiquant toutefois l'Al. Il a précisé qu'une expertise « *pluridisciplinaire psychiatrique/orthopédique mettrait enfin au clair définitivement le substrat réel des plaintes de [l'assurée] qui sont à ce jour non confirmées par les nombreux médecins consultés* ».

Le 8 mai 2017, le Dr E.\_\_\_\_\_ a rapporté que les douleurs décrites par l'assurée n'avaient pas de systématisation neurologique. Il s'est refusé à évaluer le pronostic du fait de l'importance et du nombre de troubles différents dont se plaignait la patiente et pour lesquels il n'avait pas pu poser de diagnostic, malgré les nombreuses investigations d'ores et déjà menées. Selon ce médecin, et dans la mesure où aucun diagnostic n'était retenu, l'assurée était apte au travail. Il a indiqué que si les infiltrations interfacettaires ne montraient pas de résultats, il adresserait l'intéressée au Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_.

L'assurée a bénéficié d'une infiltration le 3 mai 2017. Le 10 mai 2017, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie et en médecine nucléaire, a constaté que l'infiltration pratiquée susmentionnée n'était pas très utile en l'état, mais qu'il était prématuré d'en évaluer l'efficacité.

Le 21 août 2017, le Dr I.\_\_\_\_\_ a indiqué que faute d'amélioration à la suite des infiltrations, il n'avait pas d'autre proposition thérapeutique.

Dans son rapport d'IRM lombaire du 9 octobre 2017, le Dr I.\_\_\_\_\_ a retenu des discopathies au niveau des vertèbres L3-L4 à L5-S1 avec protrusion discale un peu plus inflammatoire au niveau des vertèbres L4-L5 et L5-S1, sans signes de hernie discale, un possible contact avec la racine au niveau de la vertèbre L5 gauche dans le récessus latérale, un aspect inflammatoire et protrusif du disque au niveau des vertèbres L5-S1 avec la racine de la vertèbre L5 gauche, une arthropathie interfacettaire étagée au niveau des vertèbres L2-L3 à L5-S1, prédominant en L3-L4, une arthropathie inter-épineuse modérée au niveau des vertèbres L1-L2, L2-L3 et L3-L4 et un discret rétrécissement foraminaux au niveau des vertèbres L4-L5 et L5-S1 à gauche qui ne paraissait pas significatif. Il a observé que le status était « *relativement stable par rapport aux comparatifs datant de décembre 2016* ».

Par rapport du 8 décembre 2017, le Dr E.\_\_\_\_\_ a constaté que les infiltrations n'avaient pas permis d'amélioration sur le plan antalgique. Il a recommandé d'orienter l'assurée vers un centre pluridisciplinaire traitant les douleurs chroniques.

Le 11 décembre 2017, le Dr I.\_\_\_\_\_ a observé que les plaintes de l'assurée touchaient essentiellement l'hémicorps gauche, que ce soit au niveau des dents, du membre supérieur gauche et du membre inférieur gauche. Il a estimé que la correspondance avec les anomalies visualisées sur l'IRM n'était pas démontrée.

Par avis du 21 décembre 2017, la Dre J.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI, a recommandé, faute de substrat organique, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en psychiatrie, rhumatologie et en médecine interne.

Dans un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 28 février 2018, le Dr I.\_\_\_\_\_ a fait état d'une déchirure transfixiante du supra-épineux subtotale, épargnant quelques petites fibres antérieures, ainsi que de la partie supérieure de l'infra-épineux qui présente par

ailleurs une fissuration longitudinale interstitielle jusqu'à la jonction myotendineuse sur 3-4 cm.

Par communications des 8 et 28 mars 2018, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'un mandat d'expertise pluridisciplinaire était confié au Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ et que des examens étaient prévus auprès de la Dre KA.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du Dr KB.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du Dr KC.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie.

Le 29 mars 2018, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu une lésion de la coiffe des rotateurs au niveau du supra-épineux. Subjectivement, il a relevé que la situation n'était pas claire, la patiente décrivant des douleurs dans plusieurs points de la coiffe des rotateurs, ainsi que du long chef du biceps. Il a exposé qu'il ne pouvait pas expliquer la discrédance entre les images d'IRM et la palpation douloureuse du trapèze et du deltoïde. Il a proposé une prise en charge de physiothérapie, sans retenir d'indication chirurgicale.

Le 16 août 2018, les experts du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ ont rendu leur rapport de synthèse auquel ils ont annexé le détail de leurs appréciations respectives.

On extrait ce qui suit de l'évaluation consensuelle des experts :

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

- Tabagisme actif (30 UPA).
- Gastrite chronique (médicamenteuse).
- Hypercholestérolémie traitée.
- Carence en vitamine D, fer et calcium substituée.
- Edentée depuis novembre 2017.
- Douleurs coccygiennes et du membre inférieur gauche après plusieurs chutes.

- Douleurs et gêne fonctionnelle de l'épaule droite avec mise en évidence d'une lésion du sus-épineux.
- Périarthrite scapulo-humérale droite peu symptomatique.
- Réaction anxieuse et dépressive mixte légère secondaire (F41.2, selon la CIM-10).

L'ensemble de ces diagnostics n'ont aucune incidence sur la capacité de travail.

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

Bien qu'en bonne santé habituelle, l'expertisée est traitée pour hypercholestérolémie, carence en vitamine D, calcium et fer et pour gastrite chronique sur médication anti-inflammatoire prise depuis 2008 à cause des douleurs ostéo-articulaires.

Sur le plan rhumatologique, le tableau évoque une fibromyalgie, mais comme les douleurs, notamment les points de Yunus, sont uniquement localisées du côté gauche, ce diagnostic n'a pas été retenu par les experts.

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

La personnalité de l'expertisée n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

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

Il s'agit d'une expertisée scolarisée, intelligente, qui possède des ressources personnelles telles que le fait de donner un sens à sa vie, et des mécanismes protecteurs face à des situations de stress.

#### **4.6. Contrôle de cohérence**

Il n'y a pas d'incohérence ; les douleurs alléguées sont plausibles, de type somatoforme.

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

Dans l'ensemble, les experts n'ont pas retenu d'incapacité de travail.

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

Capacité de travail de 100 %.

#### **4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)**

Aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue par les différents experts.

#### **4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail**

Aucune.

[...]. »

Du volet psychiatrique de l'expertise, détaillé par le Dr KB. \_\_\_\_\_, on extrait plus particulièrement ce qui suit :

#### **« 4.3 Constatations lors de l'examen**

Il s'agit d'une expertisée faisant son âge, les cheveux blonds, les yeux bleus. Elle est venue avec son mari en voiture, car elle ne conduit pas. Son discours est cohérent, avec un luxe de détails concernant les symptômes.

L'expertisée est bien orientée aux trois modes, c'est-à-dire dans le temps, l'espace et sa situation.

Aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents ni celle d'anciens souvenirs. Bien que le coefficient intellectuel n'ait pas été mesuré, l'intelligence n'est pas limitée.

Lignée psychotique : pas de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages, barrages ou réponses à côté. Pas de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives.

Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuite dans les idées.

L'expertisée se dit triste, ce qui ne ressort pas de l'entretien. L'humeur n'est pas dépressive. Pas de ralentissement psychomoteur. Pas d'idées de suicide.

[...]

### **6. Diagnostics**

---

Le principal problème de cette expertisée est la douleur, avec une réaction anxieuse et dépressive mixte légère secondaire. Pas de maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité à caractère handicapant.

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

---

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

Cette expertisée n'a jamais eu des problèmes psychiatriques. Elle a des capacités adaptatives qu'elle a utilisées tout au long de son existence.

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

Pas de prise en charge psychiatrique, mais le médecin traitant lui a prescrit du Cymbalta qu'elle a arrêté, elle ne dit pas depuis quand ni pour quel motif.

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

Malgré la douleur, l'expertisée est capable de se promener, d'aller à la piscine, de faire les tâches ménagères bien qu'aidée par sa famille et de partir au Kosovo pour se refaire les dents. Il n'y a pas d'atteinte à la santé psychique.

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

Pas de limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique chez une expertisée scolarisée, intelligente, qui possède des ressources personnelles telles que le fait de donner un sens à sa vie et des mécanismes protecteurs face à des situations de stress. »

La Dre KA. \_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit en ce qui concerne l'appréciation de médecine interne générale :

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

En bonne santé habituelle, mais, à cause des douleurs osseuses qui débutent en 2008, l'expertisée prend des anti-inflammatoires et développe une gastrite chronique traitée par Nexium.

Elle est aussi substituée pour des carences en vitamine D, calcium et fer et une hypercholestérolémie.

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

L'examen clinique est normal.

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

La cohérence et la plausibilité sont présentes. Il n'y a aucune tendance à exagérer les symptômes.

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

La capacité de travail est complète sans réduction de rendement. Les ressources sociales sont bonnes. Elle a une vie de famille très active et elle est soutenue par ses deux fils et son mari. »

Le Dr KC. \_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit en ce qui concerne l'appréciation rhumatologique :

#### **« 6. Diagnostics**

---

Douleurs coccygiennes et du membre inférieur gauche consécutives à plusieurs chutes dans des circonstances mal définies qui ont toutes entraîné le même traumatisme, sans lésion ostéo-articulaire visible.

Plus récemment apparaissent des douleurs et une gêne fonctionnelle de l'épaule droite avec une lésion du sus-épineux bien visible. L'examen clinique est pauvre ne montrant qu'une discrète limitation de cette épaule et l'expertisée n'a pas eu d'infiltration, mais seulement physiothérapie et traitement médicamenteux.

Les radiographies du rachis lombaire montrent des protrusions discales, mais l'examen du rachis lombaire est strictement normal. Il est allégué des douleurs de l'hémicorps gauche, mais l'examen clinique objectif est strictement normal hormis l'existence de points de Yunus latéralisés du côté gauche au niveau du coude, de la région sus-trochantérienne, de la patte d'oie et du sinus du tarse sans limitation articulaire, ni amyotrophie.

Au total, les diagnostics suivants sont retenus : périarthrite scapulo-humérale droite peu symptomatique, douleurs sacro-coccygiennes et du membre inférieur droit non systématisées avec absence de Lasègue ou de trouble des réflexes.

Le tableau évoque une fibromyalgie, mais curieusement les douleurs, notamment les points de Yunus, sont uniquement localisées du côté gauche.

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

---

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

Il s'agit d'une expertisée de [...] qui a quitté le [...] à l'âge de [...] pour suivre son mari. Elle a deux enfants, et vit en bonne entente dans son milieu familial. Elle garde d'excellentes relations avec sa famille du [...]. Après de nombreuses activités comme vendeuse, ouvrière ou dans le nettoyage, elle n'a depuis 2009 que des activités intérimaires ou de courte durée alternée avec des périodes de chômage et des arrêts de maladie en raison de douleurs coccygiennes et de l'hémicorps gauche dont les bilans n'ont pas mis en évidence de support organique, auxquelles se sont associées depuis 2017 des douleurs de l'épaule droite.

Le seul élément objectif actuel est une très discrète limitation douloureuse de l'épaule droite. Il existe une symptomatologie somatoforme sans aucun signe déficitaire objectif. Le seul traitement sur le plan rhumatologique est de la physiothérapie et la prise d'antalgiques à la demande.

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

Les douleurs de l'épaule droite pourraient bénéficier d'une ou deux infiltrations avec une bonne chance de guérison.

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

Il n'y a pas d'incohérence ; les douleurs alléguées sont plausibles, de type somatoforme.

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

Sur le plan rhumatologique, il existe actuellement une très discrète limitation de l'épaule droite n'entraînant pas de handicap fonctionnel et compatible avec l'activité antérieure à plein temps. »

Dans un rapport d'arthro-IRM du 14 septembre 2018, le Dr I. \_\_\_\_\_ a fait état d'un status stable par rapport à l'imagerie du

28 février 2018 avec une déchirure transfixiante du supra-épineux et une déchirure interstitielle supérieure de l'infra-épineux avec tendinopathie du long chef du biceps et arthropathie acromio-claviculaire.

Par rapport du 8 octobre 2018, se fondant sur l'expertise du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_, la Dre M.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_, tous deux médecins au SMR, ont confirmé que l'assurée bénéficiait d'une entière capacité de travail dans toutes activités.

En date du 17 octobre 2018, l'OAI a établi un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de rente. Dans sa motivation, l'office a retenu que le trouble somatoforme douloureux persistant n'était pas accompagné d'une comorbidité psychique ou somatique et qu'une entière capacité de travail était exigible. Faute de perte de gain, le droit aux mesures professionnelles n'était pas ouvert.

Dans un rapport d'IRM de la colonne dorsale et lombaire du 9 novembre 2018, la Dre O.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a fait état d'une légère hypertrophie facettaire postérieure à droite d'origine dégénérative, affleurant la racine dorsale de la vertèbre D9 à droite au niveau de la colonne dorsale et de quelques remaniements de type Modic 1 au niveau des coins vertébraux supérieurs des vertèbres D9 et D10 d'origine dégénérative. Au niveau de la colonne lombaire, la Dre O.\_\_\_\_\_ n'a pas observé de changement significatif par rapport à la précédente IRM du 9 octobre 2017, retrouvant des remaniements disco-dégénératifs au niveau des vertèbres L3 à S1. Au niveau des vertèbres L5-S1, elle a fait état de la persistance d'une protrusion discale associée une radiculopathie inflammatoire au niveau de la vertèbre L5 à gauche, dans son trajet foraminaux. Une arthrose zygapophysaire postérieure au niveau des vertèbres L3 et S1, plus marquée au niveau des vertèbres L3-L4 des deux côtés avec une congestion bilatérale, ressortait aussi de l'examen IRM.

Dans son rapport du 19 novembre 2018 au Dr H.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a exposé ce qui suit :

« Votre patiente, comme voici bientôt 6 ans, fait allégation de rachialgies chroniques au-delà d'une altération douloureuse de la mobilité de l'épaule droite qui s'inscrit dans le cadre de trouble disco-dégénératifs pluriétagés du rachis dorsolombaire et d'une atteinte de la coiffe des rotateurs avec arthrose acromio-claviculaire droite.

L'examen clinique reste marqué d'une altération douloureuse de la mobilité tronculaire et de l'épaule droite toutefois sans symptôme irritatif ou trouble neurodéficitaire des membres témoignant d'un syndrome neuro-déficitaire, retrouvant au status une exagération de la réponse verbale et une hypoesthésie intéressant la globalité du membre inférieur gauche témoignant d'un syndrome fonctionnel.

La majeure partie de la consultation a servi à discuter avec votre patiente des tenants et aboutissants de sa problématique pour laquelle je n'ai pas d'autre alternative que la poursuite des médicaments antalgiques voire anti-inflammatoires à la demande et une activité physique régulière à même d'éviter les rétractions musculaires et le raidissement articulaire, lui soulignant l'importance de la pratique d'une activité à même d'améliorer sa souplesse et son endurance. Les infiltrations rachidiennes antalgiques tentées jusqu'à ce jour n'ont pas permis d'améliorer les symptômes de manière durable, gestes non dénués d'effets secondaires potentiels, au pronostic parfaitement aléatoire et non reconnu par la médecine factuelle dans les rachialgies chroniques, répétitivité de ses derniers comme des examens radiologiques ne pouvant que la conforter dans son sentiment de souffrir d'une maladie grave voire invalidante. Sans autre perspective chez une patiente cristallisée sur ses douleurs par ailleurs établies déjà depuis pratiquement 6 ans et centrée sur les IRM prouvant selon elle ses atteintes à la santé, je l'ai encouragée à prendre rendez-vous à la consultation de l'unité rachis du Prof F.\_\_\_\_\_ du service de médecine physique et réhabilitation à même de trouver d'autres solutions ou perspectives à sa problématique, sans que je n'aie de solution miraculeuse à lui apporter. »

Le 12 décembre 2018, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a fait état de ce qui suit :

« **1. Lombalgies chroniques aspécifiques**

- examen du rachis normal, pas de syndrome lombo-vertébral, pas de signes d'irritation radiculaire
- hypoesthésies à toute la jambe gauche, ne suivant aucun dermatome spécifique
- échec à plusieurs infiltrations foraminales et facettaires

- présence de quelques signes de Waddel : hypoesthésie diffuse à toute la jambe gauche ne suivant aucun dermatome spécifique, signe de Waddel positif au mouvement de rotation du tronc, comportement douloureux, tourisme médical

- **Propositions** : prise en charge simple, antalgiques en réserve, pas de nouvelles infiltrations. Situation cristallisée avec syndrome douloureux chronique.

- RDV le 12.12.18 : difficulté à accepter une situation cristallisée, sans options thérapeutiques nouvelles; difficulté aussi à accepter une possible composante psychique pouvant chroniciser les plaintes.

## **2. Omalgies droites chroniques sur déchirure de la coiffe et arthrose acromio-claviculaire.**

- discrets possibles signes de conflit sous-acromial à droite mais à interpréter avec prudence au vu d'une patiente pas complètement détendue »

Le 13 décembre 2018, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision du 17 octobre 2018. Pour l'essentiel, elle a contesté l'expertise du Centre d'expertise K. \_\_\_\_\_ et fait valoir que les autres avis médicaux au dossier avaient été écartés à tort. Elle a estimé qu'elle ne souffrait que de problèmes physiques qui entravaient son incapacité de gain.

Dans un avis SMR du 25 mars 2019, la Dre M. \_\_\_\_\_ et le Dr N. \_\_\_\_\_ ont indiqué que l'assurée n'avait pas apporté de nouveaux éléments médicaux, la situation étant superposable à celle constatée dans le rapport SMR du 8 octobre 2018.

Par décision du 1<sup>er</sup> avril 2019, assortie d'une motivation séparée du 2 avril 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision du 17 octobre 2018.

**C.** Par acte du 17 mai 2019, Z. \_\_\_\_\_, assistée de Me Anna Zangger, recourt auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, concluant principalement à l'annulation de la décision pour complément d'instruction et nouvelle décision, subsidiairement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente AI dont le taux est à déterminer au terme de l'instruction et plus subsidiairement à sa réforme dans le sens de l'octroi de mesures professionnelles. A titre préalable, elle requiert la mise en œuvre d'une

expertise neuropsychologique et son audition. Elle demande en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, la recourante fait valoir que l'expertise pluridisciplinaire du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ ne présente pas la valeur probante exigée par la jurisprudence du Tribunal fédéral. La recourante conteste que les limitations liées à l'exercice d'une activité professionnelle résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Elle soutient que la décision entreprise est arbitraire dans la mesure où aucune comorbidité psychique n'est retenue là où l'expert psychiatre du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ retient une réaction anxieuse et dépressive mixte légère secondaire (F41.2). Sur le plan somatique, elle allègue souffrir de comorbidités physiques telles qu'identifiées par le Dr E.\_\_\_\_\_ (discopathies avec des protrusions discales L3-L4 et L5-S1 avec un petit contact au niveau du récessus latéral gauche en L4-L5, au niveau de la racine L5 gauche), le Dr H.\_\_\_\_\_ (briachialgies, lombosciatalgies et rachialgies gauches), le Dr I.\_\_\_\_\_ (discopathie L3-L4, L4-L5, L5-S1, ainsi que de signes d'arthropathie et inter-épineuse L1-L2, L2-L3, L3-L4 ; déchirure transfixiante du supra-épineux avec quelques petites fibres antérieures rattachées au long chef du biceps et une rétraction du moignon sur 22 mm sans évolution par rapport aux comparatifs), le Dr Q.\_\_\_\_\_ (lombalgies chroniques aspécifiques et omalgies droites chroniques sur déchirure de la coiffe des rotateurs), mais également par les experts somaticiens du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ (périarthrite scapulo-humérale droite peu symptomatique, douleurs sacro-coccygiennes et du membre inférieur droit non systématisées avec absence de Lasègue ou de trouble des réflexes). Elle soutient que l'expertise du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ aurait dû comprendre un volet neuropsychologique et une analyse du rapport entre les différents troubles physiques et les afflictions psychiques, notamment le trouble somatoforme douloureux. De plus, l'intimé aurait retenu une exagération des symptômes sans aucune base dans le rapport d'expertise du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_. Dès lors, l'intimé aurait violé son devoir d'instruction.

Par décision du 17 juin 2019, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 mai 2019,

soit l'exonération d'avance et de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Anna Zangger. Elle a en outre astreint la recourante à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1<sup>er</sup> août 2019.

Complétant son recours le 24 juin 2019, la recourante produit un rapport du 17 juin 2019 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Selon ce spécialiste, la recourante souffre d'une capsulite rétractile sur une rupture transfixiante du tendon sus-épineux à l'épaule droite. Il relève une épaule beaucoup moins souple et plus douloureuse par rapport à l'examen effectué le 23 mai 2019 par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, correspondant probablement à une capsulite rétractile qui s'est mise en place entre temps. Evoquant une possibilité chirurgicale, il indique un risque non négligeable de péjoration de la symptomatologie en postopératoire. Il propose une infiltration sous-acromiale, refusée par sa patiente, et de la physiothérapie de mobilisation douce.

Par réponse du 16 août 2019, l'intimé propose le rejet du recours, en se référant au rapport d'expertise du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ et à un nouvel avis du SMR du 12 août 2019 dont le contenu est le suivant :

« **Discussion :** La décision du 02.04.19 contre laquelle il est fait recours le 20.06.19 a été prise à la lumière des éléments médicaux à disposition et notamment de douleurs de l'épaule s'inscrivant dans le cadre d'une périarthrite scapulo-humérale droite non invalidante et un trouble somatoforme. L'IRM d'épaule droite de 09.2018 était superposable à celle de 02.2018 et cette dernière était connue des experts (cf. p29/29). Les examens ultérieurs (29.11 et 12.12.18 du Dr Q.\_\_\_\_\_, rhumatologue; 19.11.18 du Dr P.\_\_\_\_\_, rhumatologue) ne relevaient pas de limitations dans les amplitudes articulaires de l'épaule parlant en faveur d'une capsulite rétractile (=périarthrite). Seules des constatations postérieures à la décision recourue ont mis en évidence des limitations des amplitudes articulaires parlant en faveur d'une récurrence de capsulite rétractile. Une périarthrite scapulo-humérale droite peu incapacitante (ne générant pas de LF objectives ni de limitations de CT) était prise en compte dans l'expertise Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_. Cette atteinte n'est sous traitement en principe pas durablement incapacitante. Ce point a été corroboré par des examens médicaux de rhumatologues

qui n'ont plus confirmé ce diagnostic (entre 03.2018 et 12.2018). Ce diagnostic a à nouveau été mentionné le 17.06.2019 alors qu'en 05.2019, le Dr S.\_\_\_\_\_ trouvait une épaule plus souple (cf. RM 17.06.19 Dr R.\_\_\_\_\_). A noter que le chirurgien n'a pas précisé de limitations fonctionnelles ou de diminution de CT.

**Conclusion :** Ce diagnostic de récurrence de capsulite rétractile de l'épaule droite ne modifie donc pas la décision faisant l'objet du recours. »

Par réplique du 9 septembre 2019, la recourante persiste dans ses motifs et conclusions. Elle fait grief à l'intimé de ne pas avoir évoqué les motifs qui l'ont conduit à ne pas mettre en œuvre une expertise neuropsychologique, y voyant une absence de motivation adéquate conduisant à l'annulation de la décision entreprise. Elle précise sa réquisition dans le sens de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neurologique avec un volet neuropsychologique. Elle requiert en outre son audition et celle de son époux. Elle reproche au Dr N.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir corroboré par des éléments médicaux au dossier le caractère non incapacitant du diagnostic de capsulite rétractile sur rupture transfixiante du tendon sus-épineux. Elle requiert l'avis d'un « *orthopédiste indépendant* » à ce sujet. Elle verse en outre au dossier un rapport d'IRM du 25 juillet 2019 du Prof. T.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, mettant en évidence, par rapport au dernier examen du 9 novembre 2018, une persistance et une progression des décompensations congestives zygapophysaires postérieures et épidurales sans conflit disco-radicaire significatif visible.

Dupliquant le 1<sup>er</sup> octobre 2019, l'intimé se réfère à un avis médical SMR du 27 septembre 2019. Selon le Dr N.\_\_\_\_\_, une évaluation neuropsychologique en complément au volet psychiatrique de l'expertise ne se justifie pas en l'absence d'éléments en faveur d'un trouble de l'intellect ou d'un trouble cognitif. Il rappelle que l'expertise du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ comportait un volet de médecine interne, couvrant les affections somatiques (absence de symptômes neurologiques), et un volet rhumatologique pour permettre d'évaluer les points de fibromyalgie, ce qui était suffisant pour exclure une atteinte organique et permettre au coexpert psychiatre de se déterminer sur le trouble somatoforme. Quant au nouvel examen par IRM du 25 juillet 2019,

il ne met pas en évidence d'éléments significatifs en faveur d'un conflit disco-radiculaire symptomatique, bien que les protrusions discales postéro-médianes aient progressé en comparaison à l'IRM du rachis lombaire du 9 octobre 2017, prise en compte dans l'expertise du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_. Quant à la limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr N.\_\_\_\_\_ relève que, selon l'expertise du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_, le problème principal est essentiellement une plainte douloureuse subjective, qui, en présence de ressources étayées, n'ont pas de répercussion professionnelle.

Le 7 octobre 2019, la recourante sollicite la tenue d'une audience en vue de son audition.

Le 15 novembre 2019, la recourante produit deux rapports des Prof. U.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, spécialistes en neurochirurgie, datés des 8 octobre et 7 novembre 2019. Dans leur rapport du 8 octobre 2019, ces spécialistes ont retenu que les douleurs dans la région lombo-sacrée s'expliquaient par un syndrome facettaire au niveau des vertèbres L5/S1 à gauche, avec un probable syndrome facettaire au niveau des vertèbres L4/L5 à gauche et une coccygodynie active. Après un scanner, les Prof. U.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ont estimé que les douleurs s'expliquaient par l'ostéochondrose au niveau des vertèbres L5/S1 et L4/L5, (forte activation au niveau des articulations des vertèbres L3/4) et par la hernie au niveau des vertèbres L5/S1 (rapport du 7 novembre 2019).

Le 9 décembre 2019, l'intimé maintient ses conclusions, se référant à l'avis SMR du Dr N.\_\_\_\_\_ du 6 décembre 2019. Selon ce médecin, la suspicion d'un diagnostic de syndrome facettaire correspond aux décompensations congestives zygapophysaires postérieures déjà objectivées sur les précédentes IRM. Cela équivaut à des lombalgies non spécifiques sans irradiations et ne constitue pas un nouveau diagnostic.

Le 20 décembre 2019, la recourante produit un certificat médical du Dr H.\_\_\_\_\_ daté du 3 décembre 2019, attestant d'une incapacité de travail du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 3 décembre 2020 en raison de

limitations fonctionnelles importantes au niveau du dos des suites d'une arthrose progressive invalidante. Elle réitère sa demande d'expertise pluridisciplinaire.

Le 28 janvier 2020, la recourante confirme ses conclusions, se référant à un rapport du 9 janvier 2020 des Prof. U. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_. Ceux-ci sont d'avis que les douleurs sont causées par des ostéochondroses et des inflammations dans les articulations à facette au niveau des vertèbres L3/4, L4/5 et L5/S1. Une indication chirurgicale est proposée (stabilisation dynamique L3-S1 et décompression des nerfs pour la jambe gauche). Ils estiment que la capacité de travail est nulle du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 29 février 2020 et qu'il n'y a pas de problème psychologique, les douleurs dans la colonne vertébrale étant réelles et causées par l'arthrose.

Se référant à un avis SMR du 4 février 2020, l'intimé confirme ses conclusions en date du 14 février 2020. Pour le Dr N. \_\_\_\_\_, les nouveaux éléments produits par la recourante ne remettent pas en question le précédent avis SMR du 6 décembre 2019, mais rendent toutefois plausible une aggravation de l'état de santé postérieure à la décision entreprise, soit à partir de la date du dernier rapport le 9 janvier 2020. En revanche, ces éléments ne contredisent pas les éléments fondant la décision entreprise qui ne faisait pas état des diagnostics retenus par les Prof. U. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_. Le médecin du SMR relève que les IRM successives témoignaient de cette évolution : l'IRM du 9 octobre 2017 utilisée pour l'expertise ne faisait pas état d'une telle atteinte dorsale et le délai entre l'expertise rendue le 16 août 2018 et le dernier rapport du 9 janvier 2020 justifiait également la possibilité d'une évolution ultérieure à l'expertise. Il indique encore que l'intervention chirurgicale proposée est lourde et ne réglerait pas le tableau douloureux général (notamment à l'épaule) et pas nécessairement les plaintes dorsales, compte tenu de la composante somatoforme retenue par les experts.

Le 11 mars 2020, la recourante maintient ses conclusions. Elle produit un rapport du Dr U. \_\_\_\_\_ et du Prof. V. \_\_\_\_\_ du 5 mars 2020. Ces médecins ont estimé, sur la base des analyses radiologiques faites en « 2012, 2014, 2017 et 2020 », que la discopathie et l'ostéochondrose affectant la recourante existait depuis plusieurs années et que l'incapacité de travail y relative datait de 2015. Les neurochirurgiens retiennent que les capacités motrices et sensorielles sont intactes. La recourante a également reproché à l'intimé d'avoir soumis son dossier à un médecin SMR qui n'est pas spécialisé en rhumatologie et qui n'est ainsi pas qualifié pour l'évaluer. L'intéressée requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Invité à se déterminer, l'intimé maintient ses conclusions le 19 mai 2020 et produit un avis SMR du Dr N. \_\_\_\_\_ daté du 15 mai 2020. Celui-ci rappelle, sans nier les troubles dorsaux dégénératifs, que les experts retenaient que l'arthrose en question ne provoquait pas de répercussion sur la capacité de travail.

Le 7 juillet 2020, la recourante réitère ses conclusions. Elle renouvelle sa demande d'expertise et réclame l'audition du Dr H. \_\_\_\_\_, du Dr U. \_\_\_\_\_ et du Prof. V. \_\_\_\_\_. Elle produit un rapport de ses neurochirurgiens du 27 juin 2020. Selon le rapport du Dr U. \_\_\_\_\_ et du Prof. V. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2020, les fortes douleurs au dos sont apparues en 2015. Ils ont exposé que les plaintes sont dues à l'arthrose des disques et des articulations zygapophysiales aux niveaux des vertèbres L3/4, L4/5 et L5/S1. La situation était identique aux radiographies de 2017. Ils ont indiqué qu'une opération était agendée au mois de novembre 2020.

Le 15 septembre 2020, l'intimé a confirmé ses conclusions. Il produit un avis SMR du Dr N. \_\_\_\_\_ du 3 septembre 2020. Celui-ci estime que les neurochirurgiens consultés par la recourante appréciaient de manière différente un même état de fait (lombalgies chroniques aspécifiques), ce qui n'est une fois de plus pas de nature à modifier son appréciation. En effet, le status clinique utilisé pour fonder la décision querrellée n'était pas en faveur de répercussions sur la capacité de travail.

Le 25 septembre 2020, la recourante se détermine et maintient ses conclusions. Son conseil requiert d'être relevée de sa mission et suggère de désigner Me Youri Widmer.

Le 6 octobre 2020, par l'intermédiaire de son nouveau conseil, la recourante maintient ses conclusions et réitère ses requêtes tendant à la mise en œuvre d'une expertise et à l'audition de ses médecins traitants.

Le 15 octobre 2020, la juge instructrice a fixé l'indemnité d'office de Me Zangger. Dans une seconde décision du même jour, elle a relevé Me Zangger de sa mission et désigné en remplacement Me Widmer.

### **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 compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA ; 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 des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail.

**3. a)** Dans un premier grief de nature formelle, la recourante semble se plaindre d'une violation de son droit d'être entendue pour défaut de motivation de la décision attaquée, en tant que l'office intimé n'aurait pas indiqué dans la décision entreprise les motifs qui l'ont conduit à ne pas mettre en œuvre une expertise neuropsychologique.

**b)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

**c)** Même à admettre une éventuelle violation de l'art. 29 al. 2 Cst. et pour autant qu'il puisse être considéré comme suffisamment

motivé, le grief soulevé par la recourante dans sa réplique du 9 septembre 2019 devrait être considéré comme guéri devant la juridiction de céans, la recourante, comme l'intimé, ayant eu l'occasion de faire valoir leurs points de vue respectifs au cours de la présente procédure judiciaire, ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer. En effet, l'OAI s'est prononcé sur ce point dans sa duplique du 1<sup>er</sup> octobre 2019, se référant à l'avis médical SMR du 27 septembre 2019 dans lequel le Dr N.\_\_\_\_\_ estimait qu'une évaluation neuropsychologique ne se justifiait pas en l'absence d'éléments en faveur d'un trouble de l'intellect ou cognitif. A la suite de cette écriture, la recourante s'est encore prononcée à pas moins de sept reprises en procédure. En conséquence, l'argument tiré d'un défaut de motivation, et donc d'une violation du droit d'être entendu, doit être écarté. Au demeurant le moyen soulevé par la recourante se confond avec celui de violation du principe inquisitoire (art. 43 LPGA) et doit être examiné avec le fond du litige (cf. consid. 8 ci-dessous).

**4. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

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

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

**e)** Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il

convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

**5. a)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes somatiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA.

**b)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**c)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou

d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

**d)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les

références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**6. a)** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une

nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2).

**b)** Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

**7.** En l'occurrence, dans le cadre de l'instruction, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne, pour étudier les atteintes somatiques, ainsi qu'un volet rhumatologique pour examiner les atteintes ostéo-articulaires documentées par les médecins traitants et pour évaluer les points de fibromyalgie. L'expert psychiatre était quant à lui chargé de se déterminer sur les aspects psychosomatiques. Pour tout ce qui suit, il convient de rappeler et de souligner que l'activité habituelle de la recourante est celle d'ouvrière de fabrique ou de manutentionnaire, soit une activité légère.

**a)** Sur le plan somatique, la recourante a produit, dans le cadre de la contestation, mais aussi dans le cadre de la procédure de recours, de nombreux éléments médicaux sur lesquels il convient de revenir avant d'examiner la valeur probante de l'expertise mise en œuvre.

**aa)** Le rapport d'IRM de la colonne dorsale et lombaire du 9 novembre 2018 établi par la Dre O. \_\_\_\_\_ est superposable au précédent rapport du 9 octobre 2017 qui a servi de base à l'expertise. En effet, la radiologue n'a pas observé de changement significatif par rapport à l'IRM précédente. Il ne s'agit ainsi pas d'un fait nouveau propre à remettre en cause la décision attaquée.

**bb)** A la suite de la décision du 1<sup>er</sup> avril 2019, la recourante a consulté les Drs S.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_. Elle a produit à l'appui de son recours un rapport de ce second orthopédiste daté du 17 juin 2019. Ce dernier retient une récurrence de la capsulite rétractile sur une rupture transfixiante du tendon sus-épineux à l'épaule droite. A l'examen clinique, il relève une épaule beaucoup moins souple et plus douloureuse par rapport à l'examen effectué le 23 mai 2019 par le Dr S.\_\_\_\_\_. Dans ces circonstances, il convient de retenir, sans égard au caractère invalidant ou non du diagnostic, que l'évolution de l'état de santé de la recourante décrite par le Dr R.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 juin 2019 est postérieure au prononcé de la décision attaquée.

**cc)** Le nouvel examen par IRM de la colonne lombaire et sacrée du 25 juillet 2019 réalisé par le Prof. T.\_\_\_\_\_, ne met pas en évidence d'éléments significatifs en faveur d'un conflit disco-radiculaire symptomatique bien que les protrusions discales postéro-médianes aient progressés par rapport à l'IRM du rachis lombaire du 9 novembre 2018 prise en compte dans l'expertise du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_. Il s'agit toutefois d'un status radiologique non symptomatique (cf. avis SMR du 27 septembre 2019). Le Prof. T.\_\_\_\_\_ ne propose d'ailleurs pas d'infiltration à but thérapeutique, mais uniquement pour mieux circonscrire l'origine de la symptomatologie en vue d'une physiothérapie. La recourante a ensuite produit des rapports des Prof. U.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ datés des 8 octobre et 7 novembre 2019 évoquant une suspicion de syndrome facettaire correspondant aux décompensations congestives zygapophysiales postérieures déjà objectivées à l'IRM du 25 juillet 2019. A supposer qu'une évolution soit retenue (progression des protrusions discales postéro-médianes), celle-ci est aussi de toute manière postérieure à la décision attaquée.

**dd)** Le certificat médical du Dr H.\_\_\_\_\_ du 3 décembre 2019 n'explicite pas d'atteinte particulière se limitant à évoquer des limitations fonctionnelles importantes au niveau du dos des suites d'une arthrose progressive invalidante. Au demeurant, l'incapacité de travail attestée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020 est postérieure au prononcé de la décision attaquée. Le

rapport du 9 janvier 2020 des Prof. U.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ qui fait état d'une incapacité de travail et d'une option chirurgicale dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020 se prononce aussi sur des faits postérieurs au prononcé de la décision attaquée.

**ee)** Au final, la recourante n'a pas produit de document faisant état d'une évolution antérieure à la date de la décision attaquée. Les éléments médicaux susmentionnés ne font ainsi pas partie de l'objet du litige et pourront le cas échéant, être examinés dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

Reste à examiner la situation médicale de la recourante au moment où la décision entreprise a été prononcée.

**b) aa)** Sur le plan somatique, l'intimé a fondé son appréciation sur les évaluations effectuées par la Dre KA.\_\_\_\_\_ (médecine interne) et le Dr KC.\_\_\_\_\_ (rhumatologie). On constate que la recourante souffre de tabagisme actif, de gastrite chronique (médicamenteuse), d'hypercholestérolémie traitée, de carence en vitamine D, fer et calcium substituée, d'édentions, de douleurs coccygiennes et du membre inférieur gauche après plusieurs chutes, de douleurs et gêne fonctionnelle de l'épaule droite avec mise en évidence d'une lésion du sus-épineux et de périarthrite scapulo-humérale droite peu symptomatique. L'expert rhumatologue n'a en revanche pas retenu le diagnostic de fibromyalgie du fait que les douleurs, et notamment les points de Yunus, étaient uniquement localisées du côté gauche et ne revêtaient pas un caractère diffus et généralisé. Au final, le Dr KC.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'existait, au moment de son examen clinique, qu'une « *très discrète limitation de l'épaule droite n'entraînant pas de handicap fonctionnel et compatible avec l'activité antérieure à plein temps* ». Or, il n'est pas question dans le cas présent d'exiger de la recourante une réadaptation professionnelle. Dans ce contexte, l'appréciation du Dr KC.\_\_\_\_\_ peut être confirmée en ce qu'elle concerne l'activité habituelle.

Les spécialistes somaticiens du Centre d'expertise K. \_\_\_\_\_ ont notamment analysé le dossier radiologique dont ils disposaient. L'expertise a pour le surplus été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a notamment tenu compte des avis des médecins traitants. Or, ceux-ci ne laissent pas à penser que l'intéressée puisse être limitée dans son activité habituelle. Ainsi, dans son rapport du 31 mars 2017, le Dr H. \_\_\_\_\_ estimait la capacité de travail dans l'activité habituelle à 100 % avec une baisse de rendement de 80 %, étant rappelé les doutes de ce médecin, qui soulignait que sa patiente « *revendiquait l'AI* » et qui proposait la mise en œuvre d'une expertise pour « *mettre enfin au clair* » le substrat réel des plaintes qui étaient à son avis non confirmées par les nombreux médecins consultés. Quant au Dr E. \_\_\_\_\_, il n'a pas rapporté d'incapacité de travail, se refusant à poser un diagnostic et relevant aussi que sa patiente était « *grandement demandeuse de rente et de reclassement professionnel par l'AI* » (rapports des 2 septembre 2016, 21 février et 8 mai 2017). Sans solution thérapeutique, il a proposé de réorienter sa patiente vers un centre multidisciplinaire (rapport du 8 décembre 2017). Les examens menés par le Dr I. \_\_\_\_\_ et l'absence de résultats des infiltrations corroborent de surcroît l'avis des Dr H. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ (rapports des 21 août, 9 octobre et 11 décembre 2017, ainsi que du 28 février 2018). Les anomalies détectées ne correspondent pas aux plaintes de la recourante selon le radiologue. La discrédance entre les images d'IRM et les plaintes de l'intéressée a encore été confirmée par le Dr L. \_\_\_\_\_, orthopédiste, dans son rapport du 29 mars 2018. Le 14 septembre 2018, soit après l'expertise du Centre d'expertise K. \_\_\_\_\_, le Dr I. \_\_\_\_\_ a confirmé la stabilité du status par rapport à l'imagerie précédente du 28 février 2018 (voir aussi le rapport d'IRM du 9 novembre 2018, Dre O. \_\_\_\_\_). Dans son rapport du 19 novembre 2018, le Dr P. \_\_\_\_\_ a relevé une exagération de la réponse verbale et une hypoesthésie intéressant la globalité du membre inférieur gauche témoignant d'un « *syndrome fonctionnel* ». Quant au Dr Q. \_\_\_\_\_, celui-ci a relevé une situation cristallisée avec un syndrome douloureux chronique et une difficulté à accepter la situation, ainsi qu'une possible composante psychique pouvant chroniciser les plaintes (rapport du 12 décembre 2018), mais dont on verra qu'elle est sans

influence sur la capacité de travail (cf. consid. 8c ci-dessous). Dans leur rapport du 5 mars 2020, le Dr U.\_\_\_\_\_ et le Prof. V.\_\_\_\_\_ ont estimé, sur la base des analyses radiologiques faites en « 2012, 2014, 2017 et 2020 », que la discopathie et l'ostéochondrose affectant la recourante existaient depuis plusieurs années et que l'incapacité de travail y relative datait de 2015. Il s'agit toutefois d'un avis, au demeurant guère étayé (pas de discussion des limitations fonctionnelles dans une activité légère d'ouvrière), sur le même état de fait discuté par les experts. Pour le reste, le Dr U.\_\_\_\_\_ et le Prof. V.\_\_\_\_\_ indiquent la présence de douleurs importantes dans la région lombo-sacrée ; les capacités motrices et sensorielles sont toutefois intactes. Ils maintiennent l'indication chirurgicale. Leur ultime rapport du 27 juin 2020 ne relate aucun élément nouveau par rapport à celui du 5 mars 2020.

Les plaintes de la recourante ont été prises en considération par les experts à la lumière de leur examen clinique et de l'étude des rapports médicaux au dossier. A l'instar de nombreux médecins traitants, les experts ne sont pas parvenus à identifier de substrat organique aux nombreuses plaintes évoquées par la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées. Cette expertise remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, ses conclusions ayant au demeurant été confirmées par les médecins du SMR dans leur rapport du 8 octobre 2018 ; cf. aussi avis SMR du 25 mars 2019).

**bb)** Concernant l'aspect neurologique, le dossier constitué par l'intimé ne laisse pas entrevoir la moindre atteinte à ce niveau. L'expert interniste n'a en particulier rien relevé sur ce plan, à l'instar du Dr E.\_\_\_\_\_ (rapport du 8 mai 2017). Enfin, dans leur rapport du 5 mars 2020, le Dr U.\_\_\_\_\_ et le Prof. V.\_\_\_\_\_ ont indiqué que les capacités motrices et sensorielles de la recourante étaient intactes, ce qui va aussi dans le sens d'une absence d'atteinte neurologique.

Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction à ce niveau.

**c)** Concernant l'aspect psychiatrique, l'intimé s'est basé sur l'évaluation de l'expert KB.\_\_\_\_\_.

**aa)** La recourante ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise ni ne produit de rapports médicaux suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé sur le plan psychique. En effet, elle n'a consulté aucun spécialiste en psychiatrie. Si le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant, évoque un trouble somatoforme depuis l'année 2007 dans son rapport du 31 mars 2017, il indique ne pas avoir décelé de substrat organique et propose un volet psychiatrique dans le cadre de sa recommandation concernant l'expertise à mettre en œuvre. Lors de l'examen du Dr KB.\_\_\_\_\_, la recourante s'est étonnée d'être examinée par un psychiatre, expliquant à l'expert que son principal problème était la douleur. Enfin, les Drs U.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ont indiqué dans leur rapport 9 janvier 2020 qu'il n'y avait pas de problème psychologique, précisant ensuite ne pas avoir relevé d'atteintes motrices ou sensorielles (rapport du 5 mars 2020). On comprend dès lors mal pourquoi la recourante requiert un complément d'expertise neuropsychologique. Dans ces circonstances, l'avis médical SMR du 27 septembre 2019 du Dr N.\_\_\_\_\_ emporte la conviction. Une évaluation neuropsychologique en complément au volet psychiatrique de l'expertise ne se justifiait pas en l'absence d'éléments en faveur d'un trouble de l'intellect ou d'un trouble cognitif, voire d'un traumatisme crânien.

**bb)** Dans son recours du 17 mai 2019, la recourante reproche essentiellement aux experts du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir évalué le caractère invalidant - ou non - du trouble somatoforme douloureux et de ne pas avoir retenu de comorbidité psychique, malgré le diagnostic de réaction anxieuse et dépressive mixte légère secondaire (F41.2) retenu par le Dr KB.\_\_\_\_\_.

**cc)** S'agissant du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, les experts décrivent des symptômes légers. Les douleurs, certes

qualifiées de plausibles, n'handicapent pas la recourante dans une activité légère d'ouvrière. Il en va de même des légers symptômes anxio-dépressifs. Dans le cadre du consilium, les experts ont estimé que la personnalité de l'expertisée n'a aucune incidence sur sa capacité de travail. L'intéressée possède des ressources personnelles telles que le fait de donner un sens à sa vie, et des mécanismes protecteurs face à des situations de stress. A l'examen clinique, le Dr KB.\_\_\_\_\_ n'a pas fait état d'élément en faveur d'un trouble de la personnalité. Le réseau familial est préservé ; il constitue une indéniable ressource. La recourante a fait preuve de bonnes capacités d'adaptation qu'elle a utilisées tout au long de son existence (arrivée en Suisse, changement de profession et apprentissage du français oral). Sur le plan de la cohérence, si elle allègue ne plus pouvoir travailler, l'expert psychiatre relève que, malgré les douleurs alléguées, elle est capable de se promener, d'aller à la piscine, de faire les tâches ménagères (bien qu'aidée par sa famille) et de partir au [...] pour se refaire les dents. Les limitations alléguées ne sont ainsi pas présentes de manière uniforme dans l'ensemble des domaines de la vie. L'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychique à laquelle conclut le Dr KB.\_\_\_\_\_ est ainsi convaincante. Le diagnostic de réaction anxieuse et dépressive mixte légère secondaire (F41.2) retenu par le Dr KB.\_\_\_\_\_ ne saurait ainsi en aucun cas constituer une comorbidité psychiatrique grave justifiant une limitation de la capacité de travail de l'intéressée. Aucun des indicateurs examinés ne plaide en faveur d'un trouble limitant les aptitudes professionnelles de l'intéressée dans son activité habituelle. En consilium, les experts ont ainsi pu procéder à une évaluation aussi concrète que possible des ressources de la recourante avant d'en tirer la conclusion - qui emporte la conviction de la Cour de céans - qu'elle présente, également sur le plan psychique, une capacité totale de travail dans son activité habituelle.

**d)** En définitive, on ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées des experts du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ au jour du prononcé de la décision attaquée, étant souligné que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 16 août 2018 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur

probante (cf. consid. 3b *supra*). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, il contient une appréciation claire de la situation par des spécialistes dans leur domaine respectif et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Celles-ci peuvent donc être suivies. Compte tenu de la valeur probante dont peut se voir doter le rapport du Centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ et dans la mesure où la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle d'ouvrière dans une activité légère n'est pas limitée, il n'existe pas de préjudice économique et le droit à la rente doit être nié en application de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Il en va de même des mesures professionnelles, étant rappelé que la jurisprudence exige un degré d'invalidité de 20 % pour bénéficier d'une mesure de reclassement (ATF 130 V 488 consid. 4).

Les griefs de la recourante doivent dès lors être rejetés.

**e)** La recourante remet encore en cause les évaluations du SMR au motif que le Dr N.\_\_\_\_\_ ne bénéficierait pas de compétence particulière en rhumatologie du fait que ce médecin se décrit comme « *forensic pathologist* » sur la plateforme [...], et comme « [...] *auprès de l' [...]* » au [...]. Elle perd toutefois de vue que le SMR s'est prononcé sur la base d'une expertise complète, effectuée par des médecins spécialistes, qui reflète le tableau clinique présenté par la recourante au jour de l'examen et dont on a vu ci-dessus qu'il n'a pas évolué à la date du prononcé de la décision entreprise. Le Dr N.\_\_\_\_\_ n'a pas soulevé de nouvel élément ni remis en cause l'une ou l'autre des conclusions des experts. Faute de motif propre à remettre en cause l'expertise, il n'existe pas d'argument à l'encontre des avis SMR au dossier qui confirme le bien-fondé de ladite expertise.

**f)** En définitive, le dossier est complet et probant s'agissant de la situation prévalant jusqu'au jour de la décision entreprise.

**8.**           **a)** Dans ses écritures, la recourante a requis « *la tenue d'une audience* » (7 octobre 2019), son audition par la Cour de céans (17 mai, 9 septembre et 7 octobre 2019), celle de son époux (9 septembre 2019) et de ses médecins traitants (17 mai 2019, 7 juillet et 6 octobre 2020), ainsi que la mise en œuvre d'une expertise (17 mai et 9 septembre 2019, 20 décembre 2019, 11 mars, 7 juillet et 6 octobre 2020).

**b)** L'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 § 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) suppose une demande formulée de manière claire et indiscutable de l'une des parties au procès; de simples requêtes de preuves, comme des demandes tendant à une comparution ou à une interrogation personnelle, à un interrogatoire des parties, à une audition des témoins ou à une inspection locale, ne suffisent pas pour fonder une semblable obligation (ATF 136 I 279 consid. 1 ; 122 V 47 consid. 2e et 3a et 3b ; TF 9C\_442/2018 du 16 octobre 2018 consid. 2.1 et 2.2).

**c)** En l'espèce, la recourante, représentée par deux mandataires professionnels successifs, n'a pas formulé de manière claire et indiscutable une demande pour la tenue de débats publics au sens de l'art. 6 § 1 CEDH. Il n'est en effet pas précisé à quelle fin l'audience est requise, étant observé qu'elle a sollicité simultanément son audition et celle de son mari. Cela correspond à une requête tendant à l'administration d'un moyen de preuve. Dite requête est ainsi insuffisante au regard de la jurisprudence rappelée ci-dessus. Si la recourante souhaitait des débats publics, elle les aurait requis expressément pour que son mandataire puisse plaider sa cause et ne se serait pas limitée à demander des auditions.

**d)** Au surplus, le dossier est complet s'agissant de la situation prévalant jusqu'au jour de la décision entreprise. Il permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise ni à celles concernant les auditions. Ces moyens n'apparaissent pas de

nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartés par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**9. a)** Vu ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée.

**b)** La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de l'intéressée, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGGA).

**c)** La recourante a par ailleurs obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Widmer (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), lequel a produit sa liste des opérations le 11 janvier 2021, faisant état de 3 heures et 18 minutes d'honoraires. Ces opérations étant

justifiées, l'indemnité de Me Widmer est arrêtée à 671 fr. 70 ([3h18 x 180 fr./h + 5 %] + 7,7 %), débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1<sup>er</sup> avril 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Youri Widmer, conseil de la recourante, est arrêtée à 671 fr. 70 (six cent septante et un francs et septante centimes), débours et TVA compris.

**VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Youri Widmer (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).

Le greffier :