

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 novembre 2021

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par
Me Catherine Merényi, à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après également : l'assurée ou la recourante), née en 1968, est entrée en Suisse en 1987. Mère d'un fils né en 1992, elle s'est séparée judiciairement de son conjoint en août 2013 avant de divorcer en mai 2017. Elle a exercé une activité de conseillère de vente, puis de responsable de succursale, pour le compte de la société P._____SA d'avril 2001 à mars 2014. Elle a été engagée en qualité de conseillère de vente à plein temps, dès le 1^{er} mai 2014, par D._____Sàrl, laquelle avait repris les locaux de la succursale de P._____SA.

En arrêt total de travail dès le 23 juin 2014 pour des motifs psychiques, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle, déposée le 17 juillet 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli des renseignements auprès de l'employeur de l'assurée et du Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

La société D._____Sàrl a indiqué, le 25 juillet 2014, que son employée était en période d'essai et qu'elle réalisait un salaire annuel de 60'000 fr. en tant que conseillère de vente depuis le 1^{er} mai 2014. Dite société a résilié le contrat de travail la liant à l'assurée avec effet au 28 juillet 2014.

Par rapport parvenu à l'OAI le 7 août 2014, le Dr C._____ a fait état des diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1), de trouble obsessionnel compulsif (TOC ; F42.1), d'épisode dépressif moyen (F32.11) et de trouble mixte de la personnalité (F61.0), existants depuis approximativement 1988. L'assurée était au bénéfice d'un suivi psychothérapeutique à son cabinet depuis novembre 2009. L'incapacité totale de travail, prononcée dès le 23 juin 2014, se poursuivait en raison d'un contexte professionnel difficile. L'assurée était incapable de s'affirmer vis-à-vis de sa nouvelle patronne. Elle souffrait d'insécurité,

d'incapacité à se défendre et de somatisation, se retrouvant inconsciemment confrontée à des situations traumatisantes rappelant son enfance et son mariage. Le pronostic demeurait bon. Un traitement antidépresseur et une thérapie cognitivo-comportementale étaient instaurés. L'assurée était en mesure de poursuivre une activité lucrative à 100 % sur un autre lieu de travail.

Le 30 janvier 2015, le Dr C._____ a rapporté une amélioration générale de l'état de santé de sa patiente, laquelle présentait encore une grande fragilité et un risque de rechute élevé. La thérapie et la médication étaient poursuivies. L'incapacité de travail avait été prononcée du 23 juin au 1^{er} septembre 2014. L'assurée était désormais dotée d'une capacité de travail de 100 % dans la vente ou une activité similaire, en milieu protégé préparant au monde ordinaire du travail.

L'OAI a calculé le préjudice économique de l'assurée, le 10 février 2015, et mis à jour un degré d'invalidité de 22,3 % par comparaison des revenus.

Par projet de décision du 16 février 2015, entériné par une décision du 30 mars 2015, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Le délai de carence d'un an, déterminant l'ouverture du droit à la rente, n'avait pas été atteint, compte tenu du recouvrement d'une capacité totale de travail dès le 1^{er} septembre 2014.

En parallèle, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une aide au placement par communication du 10 février 2015. Il a pris en charge les frais afférents à un stage d'orientation professionnelle, assorti d'indemnités journalières, auprès de F._____SA à [...] du 20 avril au 30 juin 2015, aux termes de communications des 21 avril et 6 mai 2015.

L'assurée a été engagée par F._____SA à compter du 1^{er} octobre 2015, en tant que collaboratrice de vente non food au taux de 60 %, pour un salaire mensuel brut de 2'530 fr, correspondant à 32'890 fr. par an (cf. contrat de travail du 31 août 2015).

B. Dans l'intervalle, B._____ a fait parvenir une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 6 août 2015.

A l'appui de cette demande, la Dre G._____, spécialiste en anesthésiologie, a relaté, le 18 septembre 2015, que l'assurée souffrait d'un syndrome de fatigue chronique et d'un syndrome myofascial plurirégional, lequel se manifestait par des douleurs chroniques de la région cervicale droite avec des irradiations dans le bras droit et des douleurs lombaires régionales. L'assurée ne pouvait travailler qu'à 50 %, car elle devait se reposer régulièrement et suivre un traitement intensif. Le pronostic était réservé.

Par rapport du 23 septembre 2015, le Dr C._____ a réitéré que l'assurée était apte à travailler à 100 % « en qualité de gérante d'un petit magasin selon les conditions préalablement présentes dans sa fonction ». Ses limitations avaient trait à la gestion du stress, à une grande fatigabilité, à un autocontrôle limité quant au besoin de repos et à une affirmation limitée sur le lieu de travail. Elle était apte à travailler chez F._____ SA, au taux partiel de 60 %, compte tenu de la formation dans les nouvelles tâches, de la possibilité de réduire sa vitesse de travail, de faire une petite pause approximativement toutes les deux heures, avec un horaire journalier maximal de six heures.

La Dre G._____ a confirmé les diagnostics précédemment évoqués, dans un rapport du 23 octobre 2015, exposant que sa patiente suivait différents traitements (physiothérapie, antalgiques) sans amélioration. Les examens de laboratoire démontraient un état inflammatoire chronique.

Le Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier H._____, sous la plume de la Dre J._____, médecin associée, a adressé un rapport à l'OAI le 19 novembre 2015, relatant une prise en charge de l'assurée depuis 2011. Étaient mentionnés les diagnostics incapacitants de syndrome douloureux chronique de type

fibromyalgie, de lombalgies sur troubles dégénératifs multi-étagés, de radiculite L4 gauche anamnestique, de fasciite plantaire gauche, ainsi que d'un état anxiodépressif lié à la douleur chronique et à la situation familiale et professionnelle. La capacité de travail était limitée à 50 % en raison de l'augmentation des douleurs. Le pronostic était favorable si l'assurée se maintenait en emploi à 50 % dans un milieu rassurant et protecteur. Les restrictions fonctionnelles se rapportaient au travail uniquement en position debout en raison des douleurs au niveau des pieds et des genoux, aux mouvements répétitifs, ainsi qu'au port et à la manipulation de charges.

A l'issue d'un rapport du 29 janvier 2016, le Dr C. _____ a souligné les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail, présents depuis 1988 environ, d'anxiété généralisée (F41.1), d'épisode dépressif léger (F32.0) et de trouble mixte de la personnalité. Un trouble obsessionnel compulsif et un trouble mixte de la personnalité (sans autre précision) étaient répertoriés au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé de l'assurée était stabilisé avec une capacité de travail de 60 % depuis la prise d'activité de conseillère de vente auprès de F. _____ SA. Le poste lui convenait à ce taux en tant que vendeuse spécialisée et simple employée, tandis que sa capacité de travail serait de 50 % dans un emploi avec responsabilités. La thérapie cognitivo-comportementale se poursuivait à raison d'une séance par semaine. La médication était inchangée. Le pronostic était favorable, malgré un risque de rechute.

Sur questions du Service médical régional (SMR), le Dr C. _____ a précisé, le 28 juillet 2016, que la réduction du taux d'activité exigible de l'assurée, alléguée dans son précédent rapport, était motivée par le changement des conditions de travail en général et par la persistance d'une fragilité auprès de sa patiente (perte de capacité cognitive après plusieurs heures de travail en qualité de vendeuse, épuisement à la fin de la journée avec accumulations de petites erreurs déstabilisantes et anxiogènes). L'assurée avait des difficultés d'affirmation et de gestion du stress. Une augmentation de l'exigibilité était

envisageable seulement dans une activité similaire à celle exercée antérieurement en tant que gérante de succursale. L'évolution tendait vers une stabilisation de l'état de santé, avec une éventuelle augmentation de taux d'activité en 2017.

Suivant la recommandation du SMR du 29 septembre 2016, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de l'assurée, dont le mandat a été confié aux Drs L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, par communications du 5 septembre 2017. Ces derniers ont communiqué leurs rapports respectifs les 13 décembre 2017 et 12 janvier 2018.

L'expert psychiatre n'a retenu aucune atteinte à la santé incapacitante dans son registre de compétences. Il a, en revanche, mentionné les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), d'un degré plutôt minime, et de dysthymie (F34.1), lesquels n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail exigible. Il a procédé à la description détaillée du quotidien et de l'environnement de l'assurée en ces termes (cf. rapport d'expertise du 13 décembre 2017, p. 11 et 12) :

« L'assurée travaille depuis environ trois ans chez F.____ SA comme conseillère de vente à 60 %. Elle dit ne pas pouvoir travailler davantage à moins qu'elle le fasse dans un travail adéquat, c'est-à-dire sans stress et sans tension. Elle décrit avoir des douleurs dans tout son corps, on lui a parlé de fibromyalgie diagnostiquée en 2009, mais elle dit avoir des douleurs déjà depuis vingt ans. Elle mentionne également ressentir une fatigue terrible toute la journée, elle supporte mal le stress, elle contrôle les choses constamment. Elle travaille donc comme conseillère vendeuse en literie au magasin F.____ SA au centre-ville de Lausanne, travail qu'elle aime beaucoup. Elle travaille les mardis, mercredis et jeudis toute la journée de 11h00 à 19h00 et le samedi de 11h00 à 18h00, puis tous les vendredis elle va chez la psychologue et tous les lundis à la physiothérapie et également en piscine, parfois elle a la physiothérapie à sec et d'autres rendez-vous avec les médecins. Selon les dires de l'assurée, après le travail, elle aime bien regarder la télévision. Elle va au lit vers 21h30. Elle dort par périodes, en fonction de la douleur et malgré le Stilnox, mais si rien ne la perturbe elle arrive à dormir. Sauf le mardi où elle se lève à 06h00, les autres jours elle se lève en général à 08h30, elle dit mettre 1h30 pour se mettre en route.

Elle fait son ménage, la lessive, les commissions et les repas à son rythme.

Elle n'a pas d'ordinateur, elle va parfois sur son Facebook. Concernant la télévision, elle préfère la Suisse romande, le Téléjournal ainsi que la télévision portugaise. Elle apprécie la lecture.

Les week-ends, elle va parfois manger avec son fils ou alors elle prépare un repas à la maison. Sinon elle va chez une amie boire un café.

Elle est allée chez la coiffeuse pour la dernière fois au mois de mai. Elle ne va pas au cinéma.

Dernières vacances en septembre dernier [...] durant deux semaines, elle est partie en avion, c'est son fils qui lui a payé le voyage. Avant-dernier voyage en mai dernier [...], où elle a toute sa famille.

L'assurée dit se sentir beaucoup mieux ici [...], [...] elle dit cacher sa souffrance. Elle va chez ses parents et s'occupe d'eux qui sont âgés, elle va également visiter tous les membres de sa famille. »

S'agissant du degré de gravité de l'atteinte à la santé, l'expert a rapporté les éléments suivants (cf. ibidem, p. 14 à 16) :

« Il s'agit d'une assurée faisant son âge, les cheveux blonds, les yeux bleus, bien soignée de sa personne, notamment manucurée. Elle mesure 159 cm pour un poids de 72 kg. Elle est venue avec son fils qui a conduit la voiture, elle-même conduit également. Elle s'exprime correctement en français dans un discours cohérent, en me regardant dans les yeux, donnant beaucoup de détails. Bonne collaboration.

Elle est bien orientée aux trois modes, c'est-à-dire, dans le temps, l'espace et concernant la situation.

L'assurée ne présente aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents, ni celles d'anciens souvenirs. Bien que je n'aie pas fait de tests pour mesurer le coefficient intellectuel, cette assurée ne présente pas de problèmes à ce niveau-là.

En ce qui concerne la lignée psychotique et au moment de l'entretien, l'assurée ne présente pas de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages, barrages ou réponses à côté. Il n'y a pas de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives.

Pas d'idées interprétatives, simples ou délirantes. Pas d'idées de concernement simples ou délirantes.

Au moment de l'entretien et concernant la lignée dépressive, l'assurée présente une tristesse fluctuante. L'humeur n'est pas dépressive. Il n'y a pas de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Présence d'un sentiment de découragement. Pas de sentiment d'infériorité, de dévalorisation, d'inutilité ou de ruine. L'élan vital n'est pas perturbé. Pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. A ma connaissance, l'assurée n'a jamais fait de tentative de suicide. Elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Le sommeil est perturbé à cause de la douleur. Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuites dans les idées. Pas de comportement provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur. Pas de contact familial avec l'expert.

Concernant le registre anxieux, l'assurée dit mal supporter le stress qui la rend nerveuse. Toutefois, au cours de l'entretien, je n'ai pas pu déceler des signes anxieux. Il n'y a pas de signes de claustrophobie, agoraphobie ou phobie sociale. L'assurée explique que lorsqu'elle devient nerveuse, elle doit contrôler les choses, donc elle a des TOC qu'elle parvient tout de même à gérer.

Pas de signes de stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ni de cauchemars.

Concernant les conduites alimentaires, il n'y a ni boulimie ni anorexie.

Par rapport aux conduites d'addiction, l'assurée ne fume pas. Elle ne boit pas d'alcool. Au cours de l'entretien, je n'ai pas pu mettre en évidence des signes ou des symptômes d'une dépendance aiguë ou chronique à l'alcool. Elle ne consomme pas de cannabis, héroïne ou cocaïne, ni des substances excitantes telles que les amphétamines ou l'ecstasy.

[...]

Cette assurée présente une dysthymie avec des altérations de l'humeur en fonction des événements de la vie. Dans ce sens-là, je m'écarte des constatations de son psychiatre qui parle d'un état dépressif, elle présente également des TOC qui se développent lorsqu'elle est sous stress et qui sont d'un degré plutôt minime.

Son psychiatre parle d'un trouble de la personnalité mixte, mais sans citer les critères selon la CIM-10. Au cours de l'entretien ainsi que du point de vue anamnestique, je n'ai pas pu déceler un trouble de la personnalité ni une maladie psychiatrique, le principal problème de cette assurée étant la douleur avec un développement qui fait penser à un trouble somatoforme d'un degré plutôt minime, chez une assurée intelligente, ayant des ressources et qui est capable de travailler actuellement à 60 %.

Les difficultés que l'assurée rencontre avec le stress et quand elle est confrontée à des supérieurs qui sont autoritaires ne semblent pas être insurmontables pour cette assurée qui est capable de travailler à 100 %.

[...]

Il n'y a pas d'exagération des symptômes. [...] »

Sur le plan diagnostique, l'expert s'est expliqué comme suit (cf. ibidem, p. 18 et 19) :

« [...] Cette assurée présente une dysthymie autrefois appelée personnalité dépressive. La dysthymie, selon la CIM-10, est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. La fréquence et la durée des épisodes individuels de dépression légère et des périodes intermédiaires d'humeur relativement normale sont très variables. Les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours ou de quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais, la plupart du temps (souvent pendant plusieurs mois consécutifs), ils se sentent fatigués et déprimés. Tout leur coûte et rien ne leur est agréable. Ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne.

La dysthymie peut être confondue parfois avec un trouble dépressif ce qui n'est pas le cas chez l'assurée. Sur cette dysthymie s'est greffé chez l'assurée, un trouble somatoforme qui est d'un degré plutôt minime, sans limitations fonctionnelles, du point de vue psychiatrique, qui empêcheraient l'assurée de travailler.

Rappelons que selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles des troubles somatoformes sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicales, persistantes en dépit de bilans négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le sujet s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le sujet comme pour le médecin.

Il n'y a donc pas de répercussion fonctionnelle du trouble somatoforme, en tout cas pas du point de vue psychiatrique, sur la santé, nous constatons que l'assurée travaille à 60 % et qu'elle a des activités quotidiennes, elle a du plaisir à regarder la télévision, à lire ainsi qu'à sortir avec son fils et partir en vacances [...].

Je signale également que l'assurée est suivie par un médecin psychiatre depuis plusieurs années avec des médicaments qu'elle prend, ce qui démontre ses aptitudes à pouvoir faire un travail sur elle-même. Il s'agit donc d'une personne intelligente avec des ressources psychologiques qui sont mobilisables. [...] »

Le Dr L. _____ a ainsi conclu à une capacité de travail de 100 % en l'absence d'atteinte psychiatrique significative.

Ce dernier a mentionné, dans l'énumération des pièces mises à disposition, que l'assurée avait produit une correspondance de la Dre T. _____, spécialiste en rhumatologie, du 13 juin 2017. Cette praticienne mentionnait les diagnostics de syndrome douloureux chronique, une probable ancienne hyperlaxité ligamentaire, un hallux valgus bilatéral et des orteils en griffes, ainsi qu'un status après arthrite du genou droit d'origine indéterminée en juillet 2002. Des mesures de physiothérapie en piscine étaient recommandées.

Sur le plan rhumatologique, le Dr K. _____ a fait état du diagnostic de gonalgies droites sur minime gonarthrose interne, lequel impactait la capacité de travail. D'autres diagnostics, sans incidence sur

dite capacité, consistaient en un syndrome lombovertébral et cervicobrachial récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans discopathie, des douleurs de l'avant-pied d'origine mixte (affaissement des voûtes plantaires transverses, hallux valgus et orteils en griffe des deuxièmes rayons des deux côtés), un status post ablation d'un fibrome utérin en 2014 et un status post amygdalectomie en 1997 (cf. rapport d'expertise du 12 janvier 2018, p. 13 et 14). Son appréciation se fondait sur les constats cliniques suivants (cf. ibidem, p. 12) :

« Du point de vue objectif, on note la présence d'un syndrome cervicobrachial et lombovertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, d'omalgies D [réd. : droites] ainsi que des gonalgies D cependant modérées associées à des tuméfactions et à une collection liquidienne intra-articulaire à D.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiographique effectué ce jour est rassurant. Il n'y a pas de discopathie significative tant au niveau cervical que lombaire. On note de minimes méniscopathies du compartiment interne associées à un début de trouble dégénératif cependant peu significatif. L'ultrasonographie des genoux de ce jour confirme la présence d'une collection liquidienne intra-articulaire associée à un kyste de Backer à D. »

S'agissant des limitations fonctionnelles et de l'incidence des diagnostics à cet égard, il a relaté ce qui suit (cf. ibidem, p. 12, 14 et 15) :

« a) La diminution des capacités fonctionnelles dues à la santé résident essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique tant au niveau rachidien que des genoux. Il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire, les troubles dégénératifs tant cervicaux que lombaires n'expliquent pas l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. La collection liquidienne intra-articulaire, probablement imputable aux troubles dégénératifs sous-jacents modérés, explique partiellement la symptomatologie douloureuse du genou D.

La diminution des capacités, conséquence directe de facteur non pris en compte par l'assurée, est essentiellement de type fonctionnel.

b) Les limitations fonctionnelles sont les mouvements de genuflexions répétés surtout avec le genou D et les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg de manière répétée.

[...]

Du point de vue rhumatologique, il n'y a pas d'amyotrophie, de trouble sensitivomoteur, elle présente une bonne stabilisation lors de l'épreuve de la planche, il n'y a pas de signe parlant en faveur d'un déconditionnement physique ou musculaire ou d'instabilité. La personne assurée se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide et autonome, elle est capable de rester assise sans opter de position antalgique et ce, durant tout l'entretien. Anamnestiquement, elle est capable de conduire un véhicule

pendant environ 2 heures. On note certes de minimes troubles dégénératifs au niveau du genou D avec un minime épanchement à ce niveau, cependant actuellement peu significatif et qui n'explique pas l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. La symptomatologie est probablement à mettre en relation avec une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

Dès lors, du point de vue rhumatologique, on note une certaine discordance entre les plaintes de la personne assurée et l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle ainsi que dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour.

[...]

Sur le plan rhumatologique, on note une divergence entre les symptômes décrits, l'examen clinique et les examens paracliniques et le comportement de la personne lors de l'examen. [...] »

Le Dr K. _____ a enfin fait part de l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée, évaluée consensuellement avec le Dr L. _____ (cf. ibidem, p. 16, 17 et 18) :

« Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que [...], du point de vue purement rhumatologique concernant son activité actuelle au vu de la nécessité de rester debout de manière prolongée, et ce, essentiellement en raison de problèmes du genou, sa capacité de travail est estimée à 80 %.

Du point de vue bidisciplinaire, après discussion avec le Dr L. _____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité antérieure est estimée à 80 %.

[...]

Du point de vue rhumatologique, dans une activité adaptée avec diminution des mouvements en porte-à-faux et le port de charge de plus de 5-10 kg, sa capacité de travail pourrait être à notre avis totale.

Du point de vue bidisciplinaire, après discussion avec le Dr L. _____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité adaptée est estimée à 100 %.

[...]

Dans une activité professionnelle adaptée tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, l'assurée ne devrait pas présenter de diminution de rendement de plus de 10 %, et ce, au vu du vécu douloureux devenu chronique. [...] »

Par rapport du 30 janvier 2018, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts. Il a par conséquent retenu que, depuis avril 2015, l'assurée était dotée d'une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle de vendeuse et de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles avaient trait aux mouvements en porte-à-faux du tronc, au port de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus

de 5-10 kg de manière répétée, aux genuflexions répétées surtout avec le genou droit et à la position debout prolongée.

L'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure de coaching personnel et professionnel auprès de l'Association R. _____ du 1^{er} avril au 30 juin 2019, selon communication du 14 mai 2019. Le rapport correspondant, daté du 12 juillet 2019, s'est conclu en ces termes :

« [...L'assurée] apprécie énormément son travail, mais elle ne se sent pas les ressources pour travailler à plein temps. Elle doute sur le bien-fondé d'une formation, sans par la suite parvenir à un taux d'activité plus élevé qu'actuellement. Elle préfère garder son emploi à F. _____ SA, dans le métier qu'elle connaît parfaitement. Elle a des automatismes dans son activité. En effet, elle travaille depuis 25 ans dans la literie et les duvets.

Elle remarque que si elle a trop d'informations au travail, elle ne comprend pas et que c'est petit à petit qu'elle intègre les choses. Elle est stressée et perd le contrôle. Elle se fatigue très vite si elle n'est pas détendue, n'arrive plus à se concentrer, ce qui est observé lors des séances de coaching. A F. _____ SA, son travail est très varié et pas statique : elle renseigne une cliente, prend la caisse, ... Cette possibilité provoque moins de fatigue que si c'est répétitif. Elle est polyvalente, au contraire d'autres vendeurs : la literie, le duvet, les rideaux, la caisse n'ont pas de secret pour elle. Elle a un grand plaisir avec ses collègues, ses clients et sa marchandise. Elle a une bonne réputation auprès de ses responsables et garder ses privilèges de l'ancienneté lui permet d'avoir plus de chance de garder son poste de travail. Elle se voit dans la vente encore 13 ans. Elle attire des personnes âgées qui ont besoin d'être rassurées.

Compte tenu de son fonctionnement et son état, nous pensons que Mme B. _____ aurait l'avantage de garder son emploi à F. _____ SA à 50 %, taux qu'elle supporte, plutôt que d'aller vers un autre projet professionnel.

En effet, il suffit qu'elle soit perturbée et elle retombe dans ses troubles obsessionnels compulsifs. Elle se sent dans un état d'anxiété et d'angoisse. Le fait de se contrôler entraîne chez elle un épuisement physique, en plus de ses douleurs. En raison d'un pic de fibromyalgie, la Dre G. _____, spécialiste FMH du traitement de la douleur, a indiqué des nouvelles analyses. Nous laissons le soin à vos médecins de se déterminer sur ses points.

Nous estimons qu'une poursuite de la mesure de coaching n'est pas indiquée à ce jour. Nous restons à votre disposition si vous avez besoin de renseignements complémentaires. »

Le Dr C. _____ a complété un rapport parvenu à l'OAI le 4 octobre 2019. Il a mentionné les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1), d'épisode dépressif léger (F32.0) et de trouble mixte de la personnalité (F61.0). L'état de santé, fluctuant, autorisait l'exercice d'une activité à taux de 60 % depuis 2015, en raison d'une capacité très limitée

à gérer le stress. Travailler trois jours par semaine correspondait au maximum exigible de l'assurée.

Le 22 octobre 2019, la Dre G._____ a indiqué à l'OAI que sa patiente pouvait travailler à 60 % dans son activité habituelle et à 50 % dans une activité adaptée depuis le 13 juillet 2015. Elle a retenu les diagnostics d'encéphalomyélite myalgique depuis 2012, de syndrome myofascial plurirégional depuis 2016 et de spondylarthrite ankylosante depuis 2019. L'assurée avait été opérée les 14 mai 2018 et 18 février 2019 aux deux pieds.

Par rapport du 11 novembre 2019, le Dr M._____, médecin généraliste, a indiqué avoir pris en charge l'assurée en 2018 pour des problèmes de genoux et de pieds, rappelant que la demande de rente d'invalidité avait été formulée pour des motifs psychiques et rhumatologiques. Il retenait une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée, depuis octobre 2016, telle que celle exercée auprès de F._____ SA. Étaient annexés les rapports d'intervention chirurgicale du Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, des 15 mai 2018 et 22 février 2019. Ce dernier avait procédé, le 14 mai 2018, à une opération au creux poplité des deux genoux, soit une bursectomie à droite et la résection d'un kyste de Baker à gauche. Le 18 février 2019, il avait traité les deux avants-pieds de l'assurée, en l'opérant de l'hallux valgus et en effectuant une ostéotomie selon Weill du deuxième métatarsien. Un troisième rapport, établi le 20 mars 2018 par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, relatait une méniscope dégénérative sans signe de déchirure franche du ménisque du genou droit. Aucun traitement chirurgical n'était préconisé en l'état.

Le SMR s'est déterminé sur les nouvelles pièces médicales le 9 mars 2020. Il a estimé que les diagnostics psychiques étaient déjà connus _____ du Dr L._____. Celui de spondylarthrite ankylosante n'était pas étayé. Quant aux interventions chirurgicales, subies par l'assurée en 2018 et

2019, elles n'avaient entraîné que des incapacités de travail transitoires. Les conclusions des experts mandatés demeuraient donc valables.

L'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée, le 11 mai 2020, compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à 100 % avec une baisse de rendement de 10 %. Il a mis à jour un degré d'invalidité de 11,01 %.

Par projet de décision du 12 mai 2020, l'OAI a signalé à l'assurée qu'il entendait nier son droit à une rente d'invalidité, vu le degré d'invalidité susmentionné.

L'assurée, représentée par Me Catherine Merényi, a contesté ce projet par correspondance du 20 août 2020, estimant que l'instruction médicale de son dossier devait être poursuivie (notamment eu égard au diagnostic de spondylarthrite ankylosante) et que les rapports d'expertise des Drs L._____ et K._____ étaient dénués de toute valeur probante.

Malgré ces objections, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité, conforme à son projet du 12 mai 2020, en date du 31 août 2020.

C. B._____, assistée de Me Merényi, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 8 octobre 2020. Elle a conclu, principalement, à la réforme de la décision entreprise et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité « à compter du 6 août 2015 ». Subsidiairement, elle a conclu à son annulation et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bidisciplinaire ou au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. S'agissant de l'expertise réalisée par le Dr L._____, elle a souligné que ce médecin avait tenu des propos particulièrement déplacés en lien avec sa vie sentimentale et son pays d'origine. Ces propos l'avaient profondément choquée, ce dont attestait un témoignage de son fils (document non daté et non signé produit par l'assurée). Au demeurant, le rapport de cet expert devait être qualifié d'inconsistant et donc dénué de

valeur probante. Quant au rapport du Dr K._____, l'assurée relevait que ce spécialiste n'avait pas exposé pour quelles raisons il n'avait pas investigué plus avant le diagnostic de fibromyalgie et s'était rallié sans autres explications à celui de trouble somatoforme douloureux posé par le Dr L._____. Au surplus, le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, allégué par la Dre G._____, n'avait pas été analysé. Indépendamment de ces aspects médicaux, elle a observé que l'ensemble des autres intervenants à son dossier, dont notamment l'Association R._____, concluait tous à une capacité de travail de 50 % ou de 60 % dans le poste occupé auprès de F._____SA. Elle soulignait d'ailleurs que cet emploi avait connu de récentes adaptations dans les tâches (dont notamment des tâches de manutentionnaire), ce qui impliquait un surcroît de stress et une détérioration de l'ambiance générale. Elle estimait que son taux d'activité auprès de F._____SA était le maximum envisageable eu égard à son état de santé. Enfin, concernant la comparaison des revenus opérée par l'OAI, elle a fait valoir que le revenu sans invalidité devait refléter, dans son cas, les gains réalisés au sein de P._____SA. Quant au revenu d'invalidité, il y avait lieu de retenir celui dégagé auprès de F._____SA. La comparaison des revenus permettait ainsi de mettre à jour un degré d'invalidité de plus de 50 %, ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité.

L'assurée a, en parallèle, sollicité l'assistance judiciaire gratuite par demande formelle, parvenue à la Cour de céans le 12 octobre 2020, au vu de la précarité de sa situation financière.

Par décision du 26 novembre 2020, la magistrate instructrice a accordé à l'assurée le bénéfice de l'assistance judiciaire, en l'exonérant de frais et d'avances de frais, ainsi qu'en désignant Me Merényi en qualité d'avocate d'office, avec effet dès le 6 octobre 2020.

L'OAI a répondu au recours le 4 janvier 2021 et proposé son rejet, renvoyant notamment à l'avis du SMR du 9 mars 2020.

Par réplique du 25 mars 2021, l'assurée a persisté dans ses conclusions et annexé une correspondance du 19 mars 2021 du Dr C._____. Ce dernier estimait que le rapport d'expertise du Dr L._____ ne pouvait être crédité d'une quelconque valeur probante. L'expert n'avait pas procédé à l'analyse de la personnalité de l'assurée et avait répondu aux questions de l'OAI succinctement, sans aucun développement, notamment sur le plan diagnostique. Il n'avait au demeurant pas utilisé la Mini-CIF APP pour évaluer les limitations fonctionnelles.

Le 19 avril 2021, l'OAI a persisté à conclure au rejet du recours, se fondant sur un nouvel avis du SMR du 12 avril 2021, lequel réitérait que l'expertise réalisée par le Dr L._____ était complète et convaincante, indépendamment de l'usage de la Mini-CIF APP.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20

décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 8 octobre 2020 contre la décision de l'intimé du 31 août 2020 a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte, en l'espèce, sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail et son degré d'invalidité.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son

domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

5. a) 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur

provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) En vertu de la jurisprudence fédérale, tant les affections psychosomatiques (dont le trouble somatoforme douloureux et la fibromyalgie) que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de

preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

6. a) L'assuré peut soulever des motifs « formels » de récusation d'un expert, mais également des motifs « matériels » de récusation, soit tous motifs pertinents au sens de l'art. 44 LPGA. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] et 36 al. 1 LPGA [intérêt personnel, lien de parenté, représentation d'une partie ou opinion préconçue pour une autre raison]) sont de nature formelle, parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de défiance quant à l'impartialité de ce dernier. Bien au contraire, ce grief devra être examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2 ; 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 9C 293/2008 du 28 janvier 2009 consid. 2 et 3).

b) Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut

pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 ; TF 9C_293/2008 du 28 janvier 2009 précité).

7. a) Sur le plan psychiatrique, la recourante a fait l'objet d'investigations réalisées par Dr L._____, lequel l'a reçue en entretien à son cabinet en date du 13 novembre 2017 (cf. rapport d'expertise du 13 décembre 2017). La recourante reproche à l'expert d'avoir tenu, à cette occasion, des propos déplacés sur sa situation personnelle et son pays d'origine, lesquels l'ont profondément affectée. Un témoignage du fils de la recourante, versé au bordereau des pièces produites auprès de la Cour de céans, vient corroborer ses allégations quant à sa vive réaction à l'encontre du comportement de l'expert.

b) Les griefs de la recourante ne sont pas constitutifs de motifs formels de récusation de l'expert, au sens de l'art. 36 al. 1 LPGA précité. La recourante ne se prévaut d'ailleurs pas de cette disposition. Cependant, il convient d'examiner si les motifs matériels avancés à l'encontre de l'expert sont de nature à faire douter du bien-fondé de ses conclusions. Tel n'est toutefois pas le cas en l'espèce, dans la mesure où le rapport d'expertise du Dr L._____ n'apparaît entaché d'aucun jugement de valeur, ni ne contient aucune remarque qui pourrait être considérée comme tendancieuse ou inopportune, ou encore hors du contexte du mandat d'expertise confié par l'intimé.

c) Au surplus, on observe que le Dr L._____ a communiqué les conclusions de son examen clinique, après confrontation des diagnostics évoqués par le psychiatre traitant de la recourante et en détaillant les résultats de ses investigations. On ne voit pas que les propos déplacés que relève la recourante aient eu une quelconque incidence sur l'évaluation expertale. Le Dr L._____ s'est limité à remarquer que la recourante, dotée de capacités intellectuelles dans la norme et de capacités d'introspection, avait été en mesure d'effectuer les démarches nécessaires pour se séparer de son conjoint. Elle disposait au surplus,

selon lui, des ressources lui permettant occasionnellement de voyager et de se rendre dans son pays d'origine. Ces éléments, demeurant à l'état factuel, n'apparaissent pas incongrus ou illustratifs d'une quelconque prévention de l'expert à l'égard de la recourante.

8. a) Quant à la teneur du rapport d'expertise psychiatrique, on peut relever que le Dr L._____ a exposé les raisons qui le conduisaient à retenir les diagnostics de dysthymie et de trouble somatoforme douloureux et à se distancer de l'appréciation du Dr C._____. Fondée sur son observation clinique objective, sur les éléments anamnestiques et les déclarations de la recourante, son appréciation apparaît convaincante. Il en va de même de son évaluation de la capacité de travail, considérée comme entièrement préservée, au vu des ressources personnelles et des capacités adaptatives relevées auprès de la recourante. On ne voit pas, dans ce contexte, que les rapports établis par le Dr C._____ viennent sérieusement contredire l'appréciation de l'expert. On observe en effet que ce praticien n'a lui-même pas exclu l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à un taux de 100 %, pour autant que l'activité concernée soit strictement adaptée aux limitations fonctionnelles mises en évidence auprès de sa patiente (cf. notamment : rapports des 7 août 2014, 30 janvier et 23 septembre 2015). Il a, par ailleurs, ultérieurement justifié une limitation du taux d'activité exigible de sa patiente « par le changement des conditions de travail en général », rappelant que celle-ci était susceptible d'augmenter son degré d'activité « dans une activité similaire à celle exercée antérieurement en tant que gérante de succursale » [réd. : auprès de P._____SA] (cf. précisions communiquées le 28 juillet 2016). Dès lors, les différents rapports émanant du Dr C._____ permettent bien plutôt de déduire que les incapacités de travail prononcées dans le cas de la recourante sont essentiellement contextuelles, soit liées à un cadre de travail spécifique ou à certaines particularités de sa hiérarchie ou de ses collègues, et qu'un changement de conditions de travail ou d'employeur peut faire fluctuer l'exigibilité de manière significative. On ajoutera que, sur le plan diagnostique, le Dr C._____ a lui-même, le 29 janvier 2016, qualifié de « léger » l'épisode dépressif qu'il avait retenu dans le cas de la recourante en présence d'un état de santé considéré comme « stabilisé ».

Le trouble obsessionnel compulsif et le trouble mixte de la personnalité étaient désormais cités au titre des diagnostics non incapacitants (cf. rapport du Dr C. _____ du 29 janvier 2016). Compte tenu de ces éléments, on ne voit pas que l'appréciation du Dr L. _____ quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps soit en contradiction avec les documents spécialisés versés au dossier.

b) L'examen des indicateurs dégagés par la jurisprudence fédérale, quand bien même opéré succinctement par le Dr L. _____, permet d'exclure que les affections psychiques diagnostiquées auprès de la recourante revêtent un degré de gravité important. On se trouve en effet en présence d'une personne disposant des ressources suffisantes pour maintenir un rythme professionnel depuis octobre 2015 et qui a su s'adapter aux exigences d'un nouveau cadre de travail auprès de F. _____ SA. En outre, des ressources personnelles ont été mises en évidence, la recourante étant dotée de bonnes compétences sociales et s'avérant capable de s'adonner à des loisirs. On ajoutera que l'utilisation de la Mini-CIF APP constitue une recommandation, mais non un critère pour juger de la valeur probante d'un rapport d'expertise psychiatrique.

c) Partant, indépendamment des divergences diagnostiques entre les spécialistes en psychiatrie, on peut retenir que la recourante est, de ce point de vue, en mesure d'exercer une activité lucrative à un taux de 100 %.

9. a) Le registre rhumatologique a été minutieusement investigué par le Dr K. _____, qui a observé une discordance entre les constats cliniques et les répercussions douloureuses alléguées par la recourante, pour la plupart sans substrat organique. Au terme de l'étude de l'ensemble des pièces au dossier, singulièrement des différents documents d'imagerie et des bilans paracliniques, le Dr K. _____ a pu exclure toute « atteinte systémique ou inflammatoire » (cf. en particulier : rapport d'expertise du 12 janvier 2018, p. 12). Quoiqu'en dise la recourante, les diagnostics énumérés par l'expert (soit

notamment des gonalgies droites sur minime gonarthrose, un syndrome lombovertébral et cervicobrachial, ainsi que des douleurs de l'avant-pied d'origine mixte) ne sont pas sensiblement différents de ceux envisagés par ses médecins traitants. Ils rejoignent au demeurant ceux mentionnés en son temps par la Dre J._____ du Centre hospitalier H._____ (cf. rapport du 19 novembre 2015), ainsi que, pour partie, ceux rapportés par la Dre G._____ (cf. rapport du 18 septembre 2015) et la Dre T._____ le 13 juin 2017. La divergence principale porte essentiellement sur l'évaluation de l'impact de ces problématiques sur la capacité de travail. A cet égard, l'expert a exposé les limitations fonctionnelles de la recourante (mouvements en porte-à-faux du tronc, port de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg, genuflexions et position debout prolongée). On ne saurait envisager de restriction particulière de la capacité de travail dans une activité respectant strictement ces exigences.

b) Au surplus, on ajoutera que le Dr K._____ a clairement exclu la présence d'une problématique systémique ou inflammatoire, contrairement à l'avis de la Dre G._____ qui mentionnait un « état inflammatoire chronique » depuis son rapport du 23 septembre 2015. L'évocation d'une spondylarthrite ankylosante par cette praticienne dès 2019, sans aucune explication complémentaire, apparaît dès lors peu crédible, vu avec les constats objectifs mis en évidence par le Dr K._____ à l'occasion de son examen.

c) Par ailleurs, on peut se rallier à l'appréciation du SMR s'agissant des conséquences des interventions pratiquées par le Dr P._____ en 2018 et 2019, à savoir que seules des incapacités de travail transitoires peuvent être prises en compte, sans modification des limitations fonctionnelles précédemment énoncées.

d) Compte tenu de l'exhaustivité des examens pratiqués par le Dr K._____, on ne voit pas que des mesures d'instruction complémentaire sur le plan somatique permettraient d'apporter un éclairage différent ou nouveau du cas particulier. Dès lors, on peut écarter la requête en ce sens, formulée par la recourante, par appréciation

anticipée des preuves (cf. à cet égard : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

10. Il convient en définitive de se rallier à l'appréciation consensuelle communiquée par les Drs L._____ et K._____ pour considérer que la recourante est dotée d'une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle de vendeuse en literie et préservée à 100 % dans une activité respectant strictement ses restrictions fonctionnelles, sous réserve d'une baisse de rendement de 10 %.

11. En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette disposition, 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 générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

12. a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser 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. Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer

son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

b) On ne saurait s'écarter du dernier salaire réalisé pour le seul motif que l'assuré disposait avant la survenance de son invalidité de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur, à moins qu'il ressorte de l'ensemble des circonstances du cas qu'il ne se serait pas contenté d'une rémunération modeste de manière durable. De même, on ne tiendra compte d'une augmentation du salaire réel grâce à un développement des capacités professionnelles individuelles (lié en particulier à un complément de formation) ou en raison d'une circonstance personnelle comme une promotion à une fonction supérieure ou un changement de profession, que si ces circonstances apparaissent dûment établies (TF 8C_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6.1 et références citées). Des circonstances particulières peuvent être admises, par exemple, lorsqu'il n'est pas possible de déterminer le revenu sans invalidité faute d'informations fiables sur le dernier travail exercé, ou lorsque l'assuré a subi une période de chômage avant la survenance de l'invalidité ou encore lorsqu'il percevait une rémunération inférieure aux normes de salaires usuelles (TF 8C_290/2013 précité, consid. 6.2 et références citées).

c) En présence de circonstances particulières, il demeure possible de recourir, à titre subsidiaire, aux données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité, les facteurs personnels et les qualifications professionnelles particulières devant toutefois être pris en compte (ATF 142 V 278 consid. 2.5.7 et références citées ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n°45 ad art. 28 a LAI, p. 420).

13. a) Dans le cas particulier, la recourante estime que son revenu sans invalidité devrait être fixé en fonction du salaire qu'elle réalisait auprès de P. _____ SA. L'intimé a, de son côté, déterminé le revenu sans invalidité en se référant au contrat de travail conclu avec F. _____ SA et en portant le salaire dégagé à 60 % sur un taux de 100 %.

b) On ne peut toutefois retenir le revenu dégagé auprès de F. _____ SA au titre de revenu sans invalidité, puisque la recourante a déployé cette activité postérieurement à la survenance de ses problèmes de santé (juin 2014, respectivement avril 2015). Il n'est pas davantage possible de prendre en considération le revenu que celle-ci réalisait auprès de P. _____ SA, puisque la recourante a terminé son activité auprès de cette entreprise, alors qu'elle était encore en bonne santé. Au demeurant, cette entreprise ayant fermé ses portes, le montant dégagé par la recourante en son sein n'est de toute façon pas représentatif de ses gains potentiels en bonne santé. Il y aurait lieu de se référer au salaire réalisé en qualité de vendeuse auprès de D. _____ Sàrl, puisque les problèmes de santé de la recourante sont survenus au service de cette société. Cela étant, il faut rappeler que la recourante était encore en temps d'essai lorsqu'elle a subi la première incapacité de travail et que l'on ignore dans quelle mesure elle aurait effectivement poursuivi son activité auprès de D. _____ Sàrl, si elle avait conservé sa santé.

c) Il paraît opportun, dans un tel contexte, de recourir à l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité, en se basant sur la ligne d'activité 47 relative au commerce de détail. En 2016, la ligne 47 du tableau TA1 tirage_skill_level de l'ESS indique un salaire de référence de 5'057 fr. par mois, part au treizième salaire comprise, pour une femme exerçant une activité avec un niveau de compétence professionnelle 3. Ce niveau paraît correspondre à celui de la recourante, dotée d'une expérience de près de quinze ans dans le domaine de la vente et ayant occupé un poste à responsabilités de gérante de succursale. Elle aurait ainsi, en bonne santé, été susceptible de se voir reconnaître des compétences professionnelles élevées dans son secteur d'activités. Le montant précité doit être porté à 63'263 fr. par an compte tenu de la

durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2018 (cf. Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1). On relèvera au demeurant que cette somme s'avère proche du revenu annuel de 60'000 fr. communiqué par D._____Sàrl aux termes du rapport d'employeur complété le 25 juillet 2014.

14. a) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb).

b) Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

15. a) En l'espèce, l'intimé s'est référé à juste titre au revenu ressortant de l'ESS pour fixer le revenu déterminant d'invalidé, dans la mesure où la recourante n'a pas repris une activité lucrative correspondant au taux médicalement exigible.

b) En 2016, le salaire de référence pour une femme, tous secteurs d'activités confondus, dans une activité ne nécessitant pas de

compétences professionnelles particulières, s'élevait à 4'363 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, tableau TA1_tirage_skill_level, niveau de compétence 1), soit 54'581 fr. par an pour une activité exercée à 100 %, compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures dans les entreprises (cf. Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1). Etant donné la baisse de rendement envisagée à hauteur de 10 %, le revenu d'invalidité déterminant ascende à 49'123 fr., ainsi que l'a fixé l'intimé le 11 mai 2020.

c) On peut, au surplus, confirmer qu'un abattement supplémentaire sur le revenu précité ne se justifie pas, vu les capacités d'adaptation de la recourante, sa bonne maîtrise du français, alors que la diminution de rendement définie par les médecins tient compte adéquatement des répercussions de ses limitations fonctionnelles.

16. a) La comparaison des revenus avec et sans invalidité, déterminés ci-avant sous consid.13c et 15b, met en évidence un degré d'invalidité de 22,35 % ($[(63'263 - 49'123) \times 100] / 63'263$), arrondi à 22 %. Ce taux n'ouvre pas droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

b) La recourante a clairement formulé le souhait de conserver son activité auprès de F._____SA, de sorte que des mesures professionnelles subséquentes ne se justifient pas (cf. rapport de coaching de l'Association R._____ du 12 juillet 2019).

17. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 31 août 2020 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais 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, puisqu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 26 novembre 2020.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

d) Me Merényi a été désignée en qualité d'avocate d'office à compter du 6 octobre 2020 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Elle a produit le relevé des opérations effectuées en date du 14 juillet 2021, justifiant 10 heures [recte : 11 heures] et 40 minutes de travail pour l'accomplissement de son mandat entre le 29 juin 2020 et le 14 juillet 2021.

Les opérations comptabilisées n'entrent que partiellement dans le champ temporel et matériel du mandat confié à Me Merényi dès le 6 octobre 2020. Il y a lieu d'arrêter son intervention à 11 heures et 10 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent des débours à concurrence de 93 fr. 50 et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 161 fr. 95, ce qui représente un montant total de 2'265 fr. 45 pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi). La recourante est rendu attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 2'665 fr. 45 dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ).

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 31 août 2020 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 Catherine Merényi, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'265 fr. 45 (deux mille deux cent soixante-cinq francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Catherine Merényi, à Yverdon-les-Bains (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :