

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mai 2021

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Durussel, juges
Greffier : M. Favez

* * * * *

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représenté par Me Séverin Tissot-Daguette de Procap, à Bienne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, sans formation professionnelle, exerçait la profession d'opératrice de montage pour X._____.

Le 2 septembre 2014, par l'intermédiaire d'Y._____, assureur perte de gain en cas de maladie de X._____, 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) en raison d'une dépression à l'origine d'une incapacité de travail depuis le 25 février 2014.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès de la Dre W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Cette dernière a indiqué, dans son rapport du 1^{er} mars 2015, que l'assurée avait recouvré une entière capacité de travail dans son activité d'ouvrière dès le 1^{er} octobre 2014.

Par décision du 7 mai 2015, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à un reclassement et à une rente d'invalidité.

B. Après avoir connu une période de chômage, puis brièvement travaillé comme vendeuse pour [...] (21 novembre au 31 décembre 2016), Z._____ a formulé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 septembre 2017, en raison d'une dépression, d'une polyarthrite rhumatoïde, d'une colite ulcéreuse et de tremblement.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'intéressée (rapports du Dr V._____, spécialiste en rhumatologie, du 7 avril 2017, du Dr U._____, spécialiste en médecine interne générale, du 24 novembre 2017, du Dr T._____, spécialiste en gastroentérologie, du 12 décembre 2017 et de la Dre W._____ du 11 mars 2018). Le 5 avril 2018, la Dre W._____ a transmis à l'OAI le

bilan neuropsychologique et logopédique effectué les 29 septembre et 2 octobre 2017 à l'A._____ (rapport du 3 octobre 2017 de la neuropsychologue S._____ et de la psychologue R._____).

Il ressortait de la documentation recueillie que l'assurée souffrait, du point de vue somatique, de rectocolite ulcéro-hémorragique en rémission et de polyarthrite rhumatoïde séropositive depuis 2008, touchant les index, poignets et orteils, toutes deux stabilisées sous traitement adéquat, mais limitant la capacité de travail à 20 % au maximum dans une activité adaptée permettant d'alterner les positions, sans ports de charges lourdes et sans manutentions lourdes (cf. notamment, rapports du Dr V._____ du 7 avril 2017, du Dr U._____ du 24 novembre 2017 et du Dr T._____ du 12 décembre 2017).

Sur le plan psychiatrique, la Dre W._____ retenait les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, épisode d'intensité moyenne au printemps 2017, de phobie sociale depuis l'enfance, de trouble d'anxiété généralisé depuis 2003, de personnalité à trait évitant depuis le début de l'âge adulte et de tremblement essentiel associé à un tremblement de phobie sociale. Ces pathologies étaient à l'origine d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 30 mars 2017. Un trouble cognitif avec atteintes attentionnelles, difficultés mnésiques et exécutives complétait le tableau. Seule une activité professionnelle accessoire (10-20 %) sans pression et dans un contexte bienveillant semblait exigible (cf. rapports de la Dre W._____ du 11 mars 2018 et de Mmes S._____ et R._____ du 3 octobre 2017).

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a préconisé de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) de l'assurée (cf. avis de la Dre Q._____, spécialiste en médecine interne générale, du 27 février 2019).

L'OAI a mandaté à cette fin les Drs Ex.Psy._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Ex.Rhu._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale.

Le 1^{er} avril 2019, l'assurée a été victime d'un accident, lequel a entraîné une fracture comminutive du plateau tibial interne à gauche traitée conservativement (rapport du 2 avril 2019 du Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Dans son rapport du 16 octobre 2019, le Dr Ex.Psy._____ a retenu les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent léger avec syndrome somatique (F33.01) et de personnalité anxieuse/évitante (F60.6). Il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. En annexe à son rapport figuraient diverses informations fournies à l'expert par la Dre W._____ (rapport du 13 octobre 2019).

Le Dr Ex.Rhu._____ a, après entretien bidisciplinaire avec le Dr Ex.Psy._____, rendu son rapport le 17 décembre 2019. Il a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants :

- Syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
 - discopathie C5-C6, C6-C7
- Lombopygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
 - arthrose facettaire L4-L5, L5-S1 et discopathie L5-S1
- PR [*polyarthrite rhumatoïde*] séropositive stable sous traitement biologique (Humira)
- Gonalgies G d'origine mixte
 - status post-fracture comminutive du plateau tibial interne G en avril 2019 au décours
 - gonarthrose bi-compartmentale (externe) et fémoro-tibiale.

Le Dr Ex.Rhu._____ a également posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de syndrome polyinsertionnel

douloureux récurrent fibromyalgique avec diminution du seuil de déclenchement à la douleur, de rectocolite ulcéro-hémorragique stable sous traitement et de status post-hémorroïdectomie et excision de condylome en 2018 et 2019. L'assurée devait éviter les ports de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg, les mouvements répétitifs de flexion-extension de la colonne cervicale et les déplacements en terrain accidenté.

Après entretien bidisciplinaire, les experts ont répondu comme suit aux questions concernant la capacité de travail :

7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Du point de vue bidisciplinaire : après discussion avec le psychiatre binôme précité, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité habituelle et antérieure est estimée à 90 % avec diminution de rendement de 10 % et ce depuis 2014.

En effet, du point de vue psychiatrique, la personne assurée ne présente pas d'atteinte à la santé handicapante, cette personne assurée est capable de travailler à 100 % (cf. expertise du psychiatre binôme précité).

8. Capacité de travail dans une activité adaptée

Du point de vue bidisciplinaire : après discussion avec le psychiatre binôme précité en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité adaptée est estimée à 100 %, avec diminution de rendement de 10 %, sans diminution de rendement et ce, depuis mars 2017.

On note un épisode d'AT durant 3 mois en avril 2019 suite à une fracture communitive post-traumatique du plateau tibial interne G actuellement au décours.

En effet, du point de vue psychiatrique, la personne assurée ne présente pas d'atteinte à la santé handicapante, cette personne assurée est capable de travailler à 100 % (cf. expertise du psychiatre binôme précité).

Dans un rapport SMR du 3 mars 2020, la Dre Q. _____ a, sur la base des expertises précitées, retenu une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle et, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, de 90 % dès 2014, puis de 100 % depuis le mois de mars 2017.

Sur la base de cette expertise, l'OAI a établi un projet de décision le 20 mars 2020, par lequel il envisageait de nier le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.

Dans le cadre de la procédure d'audition qui a suivi, le Dr U. _____ a fait parvenir à l'OAI un rapport établi le 24 avril 2020, dans lequel il estimait que les atteintes rhumatologiques, aggravées par l'accident du genou gauche, ainsi que les problèmes psychiatriques, justifiaient une incapacité de travail d'au moins 80 %.

Par décision du 3 juillet 2020, l'OAI a nié le droit de Z. _____ à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui n'entraînait pas de préjudice économique après comparaison des revenus.

C. **a)** Le 4 septembre 2020, Z. _____ a, par l'intermédiaire de Procap, déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

b) L'OAI a répondu au recours le 6 octobre 2020 et proposé son rejet et la confirmation de la décision attaquée. Il s'est référé à un avis de la Dre O. _____, médecin au SMR, du 29 septembre 2020.

c) Par écritures des 26 octobre et 13 novembre 2020, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives.

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-accidents (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui

est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

c) aa) Le Tribunal fédéral a introduit un 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 objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

bb) 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

cc) 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) aa) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire pour retenir qu'au moment de l'examen du droit à la rente en 2018, la recourante disposait d'une capacité résiduelle de travail de 80 % dans son activité habituelle et d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive de plus de 5 à 10 kg ; éviter les mouvements répétitifs de flexion/extension

du rachis cervical ; éviter les déplacements en terrains irréguliers/accidentés).

bb) La recourante conteste la valeur probante des conclusions de l'expertise. Sur le plan psychiatrique, le Dr Ex.Psy._____ aurait nié les limitations fonctionnelles neuropsychologiques et l'état de stress post-traumatique consécutif à l'accident du 1^{er} avril 2019. Selon l'intéressée, il n'aurait pas tenu compte des renseignements fournis par sa psychiatre traitante ni évalué correctement l'impact des troubles psychiatriques chroniques sur les comorbidités somatiques. Sur le plan somatique, elle se prévaut de l'avis de son médecin traitant, le Dr U._____, pour remettre en cause les conclusions du Dr Ex.Rhu._____. Elle demande la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire par l'intimé.

b) aa) Selon le rapport d'expertise du 17 décembre 2019 du Dr Ex.Rhu._____, on constate que la recourante présente une discopathie cervicale et lombaire, d'aspect modeste et sans caractère irritatif ou conflictuel, ainsi qu'une polyarthrite rhumatoïde, sans syndrome inflammatoire, actuellement stabilisée sous traitement biologique adéquat, et des gonalgies à gauche à mettre sur le compte de minimes troubles dégénératifs sous-jacents bi-compartmentaux et de l'accident du 1^{er} avril 2019 (expertise rhumatologique, pp. 14-15, ch. 6 et p. 17, ch. 7.4/a). Le dossier d'imageries versé au dossier et complété par le Dr Ex.Rhu._____ dans le cadre de sa consultation (Ibid., pp. 12 à 14, ch. 4.4) est qualifié de rassurant (Ibid., p. 15, ch. 7.1). Au niveau du rachis, la recourante ne présente en effet que de légers troubles dégénératifs avec des discopathies C5-C6, C6-C7 et L5-S1, ainsi qu'une uncarthrose C6-C7 et une arthrose facettaire L4-L5 et L5-S1, toutefois sans hernie discale, sans image de conflit disco-radiculaire ni d'autres anomalies spécifiques, l'expert relevant une légère diminution du trou de conjugaison au niveau C6-C7. Au niveau de l'articulation du genou gauche, les examens ne montrent pas de troubles importants avec des interlignes tibio-fémoro légèrement diminué et une ostéophytose des plateaux tibial externe et patellaire supérieure. Pour le surplus, les imageries sont sans particularité. Le Dr Ex.Rhu._____ décrit, au terme d'examens ostéo-articulaires

complets (Ibid., pp. 10-12, ch. 4.3.1), un status articulaire dans les normes sans signe de synovite ou de ténosynovite significative et avec une force de préhension conservée. L'expert met certes en lumière la présence de tous les points d'insertion faisant évoquer une nette diminution du seuil douloureux et une polyinsertionite de type fibromyalgiforme dans lequel s'inscrit l'ensemble du tableau douloureux (Ibid., p. 15, ch. 7.1 et p. 16, ch. 7.2/c). Il estime toutefois que les diagnostics retenus ne permettent pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie et de l'impotence fonctionnelle qui en découle (Ibid., p. 17, ch. 7.3/a).

bb) Le Dr Ex.Rhu. _____ ne nie pas que la recourante soit limitée dans la reprise d'une activité professionnelle par les atteintes à la santé ostéo-articulaires dont elle souffre. Selon l'expert rhumatologue, l'intéressée peut toutefois exercer, moyennant une diminution de rendement de 10 %, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (sans ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kilos, sans mouvements répétitifs de flexion-extension de la colonne cervicale, sans déplacements en terrain accidenté ; expertise rhumatologique, p. 19, ch. 8.2).

cc) Les brèves considérations émises par le Dr U. _____ dans sa prise de position du 24 avril 2020 ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert. En effet, ce médecin ne discute pas les constatations objectives de l'expertise, ne remet pas en cause les évaluations effectuées sur le plan somatique et se limite à affirmer que sa patiente présente des douleurs articulaires chroniques, associées à un trouble dépressif et anxieux qui justifient une incapacité de travail de 80 %. Quant au rapport du Dr V. _____ du 7 avril 2017, il n'offre pas de status comparatif et confirme la stabilisation de la polyarthrite rhumatoïde.

dd) L'expert a ainsi expliqué de manière convaincante la nature des limitations fonctionnelles retenues sur la base d'une analyse détaillée du dossier, de l'anamnèse recueillie et des examens cliniques et

paracliniques effectués dans le cadre de l'expertise. Ses conclusions sont étayées et bien motivées.

c) aa) Sur le plan psychiatrique, il ressort des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr Ex.Psy._____ (expertise psychiatrique, pp. 19-20, ch. 6) que la recourante présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01), ainsi qu'un trouble de la personnalité anxieuse/évitante (F60.6). Il a exclu les diagnostics de stress post-traumatique, de phobie sociale, ainsi que, sur la base d'une sérologie et de son examen clinique, d'addiction. D'après l'expert, la symptomatologie psychiatrique, plausible et cohérente, n'avait jamais engendré d'incapacité de travail sous médication bien supportée (Ibid., p. 21, ch. 7.3, p. 22, ch. 8.1). On constate que l'évaluation du Dr Ex.Psy._____ repose sur une anamnèse détaillée (Ibid., p. 14, ch. 3.2) et une analyse de l'ensemble des critères diagnostics relatifs en particulier aux troubles des lignée dépressive et anxieuse, aux troubles de la personnalité et aux troubles consécutif à un facteur de stress sévère (Ibid., pp. 15-17, ch. 4.3, pp. 19-20, ch. 6). Sur le plan clinique, l'expert a ainsi dressé le tableau suivant (Ibid., pp. 15-17, ch. 4.3) :

L'expertisée fait son âge, les cheveux noirs longs, les yeux noirs, bien soignée de sa personne. C'est sa belle-fille qui l'a amenée en voiture, mais elle-même conduit également. Elle s'exprime dans un discours cohérent, le regard vif, donnant beaucoup de détails. Bonne collaboration.

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

L'expertisée ne présente aucun trouble de l'attention et de la compréhension. Bien qu'elle se plaigne d'avoir des troubles de la concentration et la mémoire, nous n'avons pas pu les observer pendant l'entretien, en effet elle donne des détails, des dates précises, elle est également capable de faire des calculs. Bien que nous n'ayons pas mesuré le quotient intellectuel, cette expertisée ne présente pas de problèmes à ce niveau-là.

En ce qui concerne la lignée psychotique et au moment de l'entretien, l'expertisée 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 délirantes notamment de persécution.

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

Au moment de l'entretien et concernant la lignée dépressive, l'expertisée présente une tristesse et l'humeur est dépressive d'un degré léger. Il n'y a pas de signes cliniques d'un ralentissement psychomoteur. Présence de sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement fluctuants. Pas de sentiment d'inutilité ou de ruine. L'élan vital n'est pas perturbé, l'expertisée se réjouit notamment de s'occuper de ses petits-enfants. Pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. A notre connaissance, l'expertisée n'a jamais fait de tentative de suicide. Elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Selon elle, elle a des troubles du sommeil qui sont fluctuants.

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, bien qu'au moment de l'entretien nous n'ayons pas pu observer de tension nerveuse, de nervosité ni d'angoisses, du point de vue anamnestique des angoisses sont présentes lorsque l'expertisée est face à des situations de stress qu'elle ne peut pas gérer. Pas de phobie, en effet nous n'avons pas pu observer de phobie sociale chez une expertisée qui est capable de prendre le train, faire des activités seule et en présence des gens. Pas de rituel ni de TOC.

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'expertisée fume un paquet de cigarettes par jour.

bb) Les autres pièces médicales versées au dossier au cours de la procédure administrative ne permettent pas de remettre sérieusement en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise psychiatrique.

aaa) S'agissant du point de vue défendu par la Dre W._____, il convient de relever que l'expert n'a pas retrouvé l'intensité des symptômes dépressifs décrits par la psychiatre traitante de la recourante dans ses rapports des 11 mars 2018 et 13 octobre 2019 (notamment retrait social, asthénie, aboulie, anhédonie, irritabilité, incapacité, impuissance, ruminations, tremblements légers, manque de confiance en soi, manque d'estime de soi, sentiment d'infériorité, ralentissement psychomoteur, difficultés mnésiques et exécutives). Les différences entre les conclusions du Dr Ex.Psy._____ et celles de la Dre W._____ peuvent néanmoins s'expliquer par l'évolution en dents de

scie des troubles de la lignée dépressive. Or, en l'occurrence, l'évolution est marquée par plusieurs crises (2003, 2013 et 2017 ; cf. expertise psychiatrique, p. 19, ch. 6), bien décrites dans plusieurs pièces médicales (rapports de la Dre W._____ des 1^{er} mars 2015, 11 mars 2018 et 13 octobre 2019). L'appréciation divergente s'explique aussi par le fait que la psychiatre traitante peut être encline à prendre parti pour sa patiente en raison du lien de confiance qui l'unit à cette dernière.

En ce qui concerne plus particulièrement le stress post-traumatique évoqué par la Dre W._____, mais non mentionné par le Dr U._____ (rapport du 24 avril 2020), il y a lieu de relever que cette problématique a été investiguée par l'expert (expertise psychiatrique, p. 17, ch. 4.3), lequel n'a pas été en mesure, sur la base de l'anamnèse recueillie auprès de la courante et du dossier, de retrouver les critères d'intrusion (souvenirs, cauchemars, reviviscence de l'événement) et d'évitement permettant de confirmer un tel diagnostic. L'accident intervenu le 1^{er} avril 2019 et la crise d'angoisse observée aux urgences (cf. rapport du 2 avril 2019 du Dr P._____) ne sauraient suffire à retenir un tel diagnostic, en l'absence de symptômes spécifiques.

bbb) S'agissant des évaluations neuropsychologiques (rapports des 3 octobre 2017 et 16 juin 2020), il convient de souligner que, sur le plan formel, les rapports en question ne mentionnent pas les épreuves réalisées et les résultats obtenus (cf., aussi, avis SMR du 29 septembre 2020), si bien qu'il est difficile de porter un jugement sur le caractère exhaustifs des examens pratiqués. Cela étant, Mmes S._____ et R._____ ont fait part des conclusions suivantes dans leur rapport du 3 octobre 2017 :

Le profil cognitif observé, montrant au premier plan une atteinte attentionnelle, associée à des difficultés mnésiques et exécutives, et n'ayant actuellement que peu de répercussions au quotidien selon la patiente, parle en faveur d'un trouble cognitif léger, et dont l'origine pourrait être en partie expliquée par la problématique thymique de la patiente (trouble dépressif récurrent, anxiété généralisée), une composante neurodéveloppementale surajoutée n'étant pas exclue (notion de difficultés scolaires importantes avec problèmes de mémoire depuis toujours). Soulignons que l'importante anxiété présentée par la patiente est susceptible d'exacerber ses difficultés.

Nous recommandons un bilan d'évolution d'ici une année afin d'apprécier la possible dynamique des troubles et préciser leur étiologie.

Le rapport du 16 juin 2020 fait état d'une atteinte attentionnelle, mnésique et exécutive superposable au bilan précédent, mais d'une sévérité plus importante. Ces évaluations s'inscrivent ainsi dans le cadre des diagnostics psychiatriques retenus par l'expert (trouble dépressif récurrent et trouble de la personnalité anxieuse/évitante) et ne mettent pas en évidence de limitations nouvelles qui n'auraient pas été prises en considération et discutées. Il convient de relever que les difficultés attentionnelles et mnésiques mises en évidence - dont il n'est pas exclu qu'elles possèdent une composante neurodéveloppementale - contrastent avec le déroulement de l'examen clinique tel que rapporté par le Dr Ex.Psy._____. Ce dernier a notamment souligné que la recourante s'exprimait dans un discours cohérent et avec force de détails et qu'elle ne présentait aucun trouble apparent de l'attention et de la compréhension. A ce propos, la situation au jour de l'expertise n'est d'ailleurs pas incompatible avec l'appréciation des spécialistes de l'A._____. En effet, Mmes S._____ et R._____ retiennent que leurs observations sont compatibles avec le diagnostic de dépression et avec les fluctuations de la thymie de la recourante. Au demeurant, les limitations évoquées semblent dater de l'enfance et n'ont pas empêché la recourante de travailler jusqu'en 2014.

cc) Eu égard aux diagnostics retenus (trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique ; trouble de la personnalité anxieuse/évitante), il y a également lieu d'examiner la capacité de travail à la lumière des indicateurs jurisprudentiels pertinents (cf. consid. 4c ci-dessus).

aaa) L'expert psychiatre a apprécié comme suit les capacités, les ressources et les difficultés de la recourante (expertise psychiatrique, p. 21, ch. 7.4) :

Z. _____ est capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches pour autant qu'elle soit dans un environnement peu stressant. Elle possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, elle est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec des tiers. Elle est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, signalons qu'elle aime bien s'occuper de ses enfants ainsi que de ses petits-enfants. Elle est apte à prendre soin d'elle-même et à subvenir à ses besoins. Elle dispose de mobilité et peut se déplacer seule, ce qui serait impossible si elle avait une véritable phobie sociale. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est très légèrement diminuée à cause notamment de la douleur alléguée.

Il ressort des observations rapportées par le Dr Ex.Psy. _____ que la recourante n'a ainsi pas épuisé toutes ses ressources psychologiques et que l'atteinte à la santé n'induit pas un retrait social qui peut être qualifié de conséquent. La symptomatologie douloureuse ne semble impacter que de manière limitée l'aptitude de la recourante à vaquer, à son rythme, à ses activités quotidiennes. Celle-ci sort en effet son chien trois fois par jour, assure avec l'aide de son fils l'ensemble des tâches ménagères et administratives, lit avant de s'endormir, se déplace pour faire les courses et, bien que limitée par sa situation financière, bénéficie de loisirs et de vacances (expertise psychiatrique, pp. 13-14, ch. 3.2). Cette évaluation est confirmée lors du consilium qui relève un environnement social bien étayé par la famille (expertise rhumatologique, p. 21, ch. 10/5). Les ressources sont aussi relevées par l'expert rhumatologue (Ibid., p. 18, ch. 8.1/d), pour qui la maîtrise du français et l'entourage constituent des facteurs de bon pronostic. Aussi, il apparaît exigible de la recourante qu'elle déploie les efforts nécessaires pour gérer la douleur et les troubles psychiatriques dans les activités quotidiennes.

Dans le cadre de son expertise, le Dr Ex.Psy. _____ a relevé que le traitement psychiatrique mis en place était adéquat et bien investi et que l'observance thérapeutique était bonne (expertise psychiatrique, p. 21, ch. 7.2). Les troubles psychiques sont ainsi sous contrôle dès lors que la recourante poursuit son traitement. Les experts ont estimé que l'intéressée semblait cependant rester rivée sur ses plaintes et son impotence fonctionnelle, la situation s'étant cristallisée sous la forme d'un

syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de déclenchement de la douleur. Le Dr Ex.Rhu._____ préconisait toutefois, dans le but d'améliorer la capacité de travail, de la physiothérapie à sec et en piscine, un traitement tricyclique et le port d'une ceinture lombaire pour soulager certains travaux. Dès lors, différentes options thérapeutiques demeurent ouvertes, de sorte que la recourante n'a pas épuisé toutes les éventuelles possibilités de traitement (expertise rhumatologique, p. 16, ch. 7.2/a).

bbb) L'expert psychiatre a également constaté que la recourante disposait d'une bonne aptitude à la communication. L'expertisée avait été adéquate dans son contact au psychiatre et avait adopté une attitude coopérante (expertise psychiatrique, pp. 15-16, ch. 4.1 à 4.3). Certes, le Dr Ex.Psy._____ a admis un trouble de la personnalité anxieuse évitante. Il a toutefois indiqué que l'intéressée ne présentait pas une structure de personnalité, respectivement des troubles de la personnalité qui permettaient d'expliquer les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé. Sur le vu du tableau clinique et de l'anamnèse dressés par le Dr Ex.Psy._____, la perception de soi, la capacité d'émettre un jugement, le contrôle des affects ainsi que des impulsions demeuraient préservés. Malgré une tendance au repli sur soi, le trouble de la personnalité n'était pas d'une intensité telle qu'il faisait obstacle à des interactions sociales (Ibid, pp. 15-16, ch. 4.3). En d'autres termes, les ressources de la recourante dans l'axe de sa personnalité sont préservées et compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle.

ccc) Enfin, sous l'angle de la cohérence, il existe une discordance flagrante entre les plaintes somatiques et psychiques de la recourante et ses diverses déclarations concernant son quotidien pour lequel elle demeure, sous réserve de l'accomplissement des travaux lourds, autonome et investie (expertise psychiatrique, pp. 13-14, ch. 3.2). S'agissant des douleurs évoquées par la recourante, il y a lieu de relever que, lors de l'examen par le Dr Ex.Rhu._____, la recourante, qualifiée de démonstrative, n'a pas adopté des positions antalgiques ni montré des

difficultés motrices pour s'asseoir, se lever, marcher ou descendre des escaliers (p. 10, ch. 1.2).

ddd) Dans ces circonstances et sur la base de l'examen des indicateurs jurisprudentiels, la capacité de travail retenue par les experts est cohérente avec la situation de la recourante, celle-ci disposant de ressources personnelles pour surmonter ses atteintes à la santé.

d) Au final, rien n'indique que la recourante ne pourrait pas effectuer, par exemple, un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger ne nécessitant que peu d'interaction sociale et compatible avec le constat de capacités de résistance et d'endurance très légèrement diminuées (expertise psychiatrique, p. 21, ch. 7.4). Ainsi et contrairement à ce que le SMR a retenu, la recourante dispose objectivement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (sans ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kilos, sans mouvements répétitifs de flexion-extension de la colonne cervicale, sans déplacements en terrain accidenté), moyennant une diminution de rendement de 10 % justifiée par les atteintes à la santé ostéo-articulaire (expertise rhumatologique, p. 19 ch. 8.2/c-d et p. 22, ch. 8).

7. a) Dès lors que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, sous réserve d'une diminution de rendement de 10 %, il y a lieu de procéder à une comparaison des revenus afin de déterminer le degré d'invalidité.

b) aa) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les

confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

bb) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA ; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). A défaut de disposer de renseignements concrets fiables sur ce gain au moment de la décision administrative litigieuse, la jurisprudence considère que le revenu hypothétique peut être évalué sur la base des statistiques salariales, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; TFA I 37/2004 du 13 janvier 2005 consid. 5.1.3 et I 138/2004 du 20 janvier 2005 consid. 4.2.4).

cc) Concernant le revenu d'invalide, 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 -, il peut également être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

c) aa) En l'occurrence, l'office intimé a comparé un revenu sans invalidité de 47'000 fr. avec un revenu d'invalide de 52'319 fr. 78, pour constater que la recourante ne subissait pas de préjudice

économique. Pour ce faire, et à juste titre, l'intimé a effectué cette comparaison des revenus au moment de l'ouverture éventuelle d'un droit à la rente, soit en 2018 (six mois après le dépôt de la demande de prestations [art. 29 al. 1 LAI]).

bb) Pour calculer le revenu sans invalidité de 47'000 fr., l'intimé semble s'être fondé sur le compte individuel AVS de Z._____. On observe que les revenus réalisés comme vendeuse pour [...] ressortant de l'extrait précité étaient faibles et ponctuels. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu le salaire réalisé par l'intéressée auprès de la société X._____. Toutefois, le montant retenu au titre de revenu sans invalidité ne peut pas être confirmé dans la mesure où l'intimé a, semble-t-il, pris en compte le salaire réalisé par la recourante en 2011 alors que cette dernière a continué son activité jusqu'au 30 septembre 2014, date de la fin des rapports de travail. Selon le rapport employeur du 11 septembre 2014, elle percevait un salaire annuel AVS de 46'800 fr. (ch. 2.10), ce qui est confirmé par les fiches de salaires produites par l'employeur pour les années 2013 et 2014 (3'600 fr. par mois, treize fois l'an). Compte tenu de l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2018 (+ 0,5 % pour 2015, + 0,8 % pour 2016, + 0,4 % pour 2017 et + 0,5 % pour 2018 [Office fédéral de la statistique, T 39 Evolution des salaires nominaux des femmes, 2010-2018]), le revenu sans invalidité se serait élevé à 47'837 fr. 91 au moment de la comparaison des revenus.

cc) Quant au revenu d'invalidité, en l'absence d'un salaire effectivement réalisé par la recourante, il y a lieu de se fonder sur les ESS. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2018, de 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, TA1_tirage_skill_level, niveau de qualification 1), soit un revenu annuel de 52'452 francs. Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2018 (41,7 heures ; OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique), ce montant doit être porté à 54'681 fr. 21. Les experts ont estimé que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles, moyennant une diminution de rendement de 10 %, ce dont l'intimé n'a pas tenu compte dans sa décision, de sorte que ce chiffre doit être réduit à 49'213 fr. 09. A ce montant doit être déduit l'abattement de 5 % pour tenir compte des difficultés de réinsertion liée à l'âge, qui n'est pas contesté et peut être confirmé, de sorte que le revenu d'invalidité se monte ainsi à 46'752 fr. 45.

dd) Sur le vu de ce qui précède, la comparaison des revenus révèle une perte de gain de 1'085 fr.45 (47'837 fr. 90 - 46'752 fr. 45), soit un degré d'invalidité de 2 %. Le droit à la rente n'est ainsi pas ouvert.

8. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice (cf. décision du juge instructeur du 7 septembre 2020), ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RA) [règlement cantonal vaudois

du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 juillet 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** 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 mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Séverin Tissot-Daguette, Procap (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :