

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 décembre 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Berberat et M. Piguet, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1, 28 et 29 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** Ressortissante éthiopienne, G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est divorcée et mère d'un enfant né en [...]. Elle est arrivée en Suisse le [...]. Titulaire d'une autorisation de séjour en Suisse de type B avec activité, sans formation, elle a notamment travaillé comme aide de cuisine et femme de ménage.

**b)** Bénéficiaire du revenu d'insertion (RI) depuis le 1<sup>er</sup> août 2017 et suivie par le Centre social régional (CSR) de [...], G.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) le 17 septembre 2019. Cette démarche était motivée en raison d'une totale incapacité de travail depuis août 2017 pour dépression, arthrose aux genoux et rétention d'eau.

Dans un questionnaire du 30 octobre 2019, l'assurée a indiqué en bonne santé vouloir travailler à 100 % depuis toujours comme femme de ménage et aide de cuisine par nécessité financière et intérêt personnel.

Dans un rapport du 4 décembre 2019 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics incapacitants de gonarthrose bilatérale (existant depuis 2008, aggravée depuis 2017) ainsi que de dépression secondaire à un licenciement (existant depuis 2018). Ce médecin a estimé la capacité de travail de l'assurée comme nulle dans son activité habituelle depuis 2017, mais à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir une limitation à la marche, une obésité secondaire, une mobilisation difficile et algique, une humeur ralentie, un sommeil perturbé ainsi qu'un manque d'entrain). Une amélioration de la capacité de travail était attendue à partir d'une date indéterminée moyennant l'octroi d'une mesure de reconversion professionnelle. Le traitement alliait de la physiothérapie, un suivi au cabinet du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ainsi que la prise de médicaments. S'agissant des arrêts de travail, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait

part d'une situation bio-psycho-sociale intriquée depuis la gonarthrose suivie d'un licenciement, d'une précarité sociale ainsi que d'une dépression. En annexe à ce rapport étaient joints :

- un rapport du 18 février 2019 de la diététicienne diplômée A.\_\_\_\_\_, relatif à six consultations prescrites pour le traitement diététique de l'assurée ;

- un rapport du 11 octobre 2019 consécutif à la consultation de l'assurée le 7 octobre 2019 à l'P.\_\_\_\_\_ du CHUV dans lequel le Dr B.\_\_\_\_\_, chef de clinique, a diagnostiqué une gonarthrose varisante bilatérale, principalement fémoro-tibiale interne ainsi qu'une tendinopathie de la patte d'oie (gauche>droite). Au vu du jeune âge de l'intéressée, ce médecin était d'avis que le traitement conservateur devait être maximisé. Prescrivant des séances de physiothérapie en réservant en cas d'infiltration intra-articulaire non concluante, une infiltration de la patte d'oie sous ultrason, il a adressé l'assurée auprès de ses confrères de la Médecine du sport pour une éventuelle infiltration. En cas d'échec de ces traitements, il restait à disposition pour revoir la patiente en vue de discuter d'une prise en charge chirurgicale qu'il estimait toutefois être prématurée ;

- un rapport du 8 novembre 2019 rédigé par le Prof. C.\_\_\_\_\_, de la Médecine du sport à l'P.\_\_\_\_\_, qui a examiné l'assurée le 6 novembre 2019 pour ses gonalgies bilatérales. Dans le contexte d'une physiothérapie plus active débutée au Département de l'appareil locomoteur (DAL) du CHUV qui semblait améliorer l'état de la patiente (périmètre de marche actuel de 30 minutes effectué au moins trois à quatre jours par semaine) ainsi qu'une échographie qui ne montrait pas de tendino-bursite au niveau de la patte d'oie au jour de l'examen clinique, ce spécialiste était à son tour d'avis qu'il était trop tôt pour envisager une option chirurgicale. Il précisait qu'une ostéotomie lui semblait probablement peu indiquée du fait de l'implication de la composante fémoro-patellaire également. Dans un premier temps, un traitement chondro-protecteur a été introduit conjointement à la poursuite de la physiothérapie.

Par projet de décision du 16 janvier 2020, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, au motif de l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité justifiant une incapacité de travail de longue durée sur la base des renseignements médicaux au dossier.

Après avoir recueilli les objections formulées les 5 février et 12 mars 2020 par l'assurée, désormais assistée par Procap Centre de Conseils en Assurances Sociales, l'OAI a repris l'instruction médicale du cas. Dans le cadre de la procédure d'audition, il a notamment recueilli les éléments suivants :

- un rapport du 23 avril 2020 de la Dre E. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe au cabinet du Dr Z. \_\_\_\_\_, co-signé par le psychologue V. \_\_\_\_\_. Suivant l'assurée depuis le 28 mars 2018, cette médecin a posé les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de trouble somatoforme (F45) probable, antérieurs à la première consultation. Mentionnant un pronostic mitigé malgré l'envie de sa patiente de retravailler, la Dre E. \_\_\_\_\_ a estimé la capacité de travail comme nulle dans l'activité habituelle depuis le 3 avril 2018. Elle évaluait la capacité de travail résiduelle de l'intéressée à 20 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (à savoir, une fatigabilité, une vulnérabilité face au stress ainsi que des difficultés de concentration et d'adaptation), avec une augmentation progressive dans un environnement suffisamment sécurisant et non stressant chez une assurée isolée et disposant de peu de ressources. Elle renvoyait auprès du médecin généraliste pour les restrictions somatiques de l'assurée. On extrait notamment ce qui suit de la rubrique « 2 Situation médicale » de ce rapport :

“2.1

Antécédents médicaux et évolution de la situation du patient/de la patiente

En 2017, Madame perd son emploi et s'engage dans une procédure juridique contre son employeur auprès des Prud'hommes. Cette situation s'avère extrêmement déstabilisante et coûteuse pour elle

et s'en suit une dégradation significative de son état de santé psychique et somatique. Sur le plan psychique, ses symptômes dépressifs et anxieux apparaissent et entraînent la mise en place d'un suivi auprès du Dr [...]. Malgré la prise en charge médicale, les symptômes semblent s'être durablement installés et nous font craindre une chronicisation.

Au vu de la dégradation importante de l'état de santé de notre patiente suite à ces événements, il semble probable qu'une vulnérabilité psychique soit pré-existante aux troubles actuels. L'équilibre psychique relatif qu'elle aurait réussi à maintenir par le passé n'aurait alors pas tenu face aux épreuves rencontrées.

## 2.2

### Situation et symptômes médicaux actuels

Madame présente une baisse de l'humeur, une perte de l'intérêt et du plaisir, une importante fatigabilité, une augmentation de l'irritabilité, une nervosité marquée, une diminution de la confiance en elle, un pessimisme face à l'avenir, une perturbation du sommeil, une perte de sens, de la colère vis-à-vis de la perte de son emploi et du comportement de son ex-employeur qu'elle ne comprend pas, un sentiment de grande vulnérabilité, une anxiété élevée portant tant sur sa situation socio-professionnelle, que sur sa santé physique et psychique.

De nombreuses plaintes somatiques sont présentes (maux de têtes, douleurs aux articulations notamment).

[...]

## 2.4

Constats médicaux complets sur la base des examens que vous avez pratiqués

Les symptômes de notre patiente semblent s'inscrire dans une problématique anxiodépressive.

Aujourd'hui elle apparaît fortement angoissée et déprimée.

L'élaboration du deuil de son travail semble bloquée et ces difficultés sont renforcées par les procédures encore en cours sur le plan juridique.

Prédominant le vécu de vulnérabilité, d'impuissance, d'atteinte à son intégrité, et un vécu d'injustice, de perte de repères et d'incompréhension.

Les angoisses sont importantes. Elles concernent son avenir, sa fille, sa santé, sa situation socio-économique.

Les nombreuses plaintes somatiques occupent une part importante de son discours et semblent occuper une place centrale dans ses pensées. Ces douleurs et limitations somatiques renforcent son sentiment de vulnérabilité et ses anxiétés.

La péjoration massive de l'état de santé psychique de notre patiente suite aux événements précités semble indiquer une fragilité préexistante.”;

- un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2020 dans lequel la Dre E.\_\_\_\_\_, assistée du psychologue V.\_\_\_\_\_, a répondu au questionnaire adressé dans l'intervalle par le médecin-conseil du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR). Diagnostiquant un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen [F33.2]), en présence d'un état de santé

globalement similaire à celui rapporté en avril 2020, la psychiatre a estimé la capacité de travail de l'assurée à 20 % en toute activité sur le plan psychique. Elle n'avait plus établi de certificat d'incapacité de travail au-delà du 3 avril 2020. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité, une perte d'énergie, des difficultés de concentration et d'adaptation ainsi qu'une vulnérabilité face au stress. Elle renvoyait auprès du médecin traitant pour les restrictions somatiques. Le traitement médicamenteux alliait de la Venlafaxine® 150 mg (1 capsule par jour) depuis le 15 novembre 2018, substituée par Brintellix® 10 mg (1 comprimé par jour) et du Remeron® 30 mg (1 comprimé par jour au coucher).

Le 17 mars 2021, le Dr F. \_\_\_\_\_ a répondu au questionnaire adressé dans l'intervalle par le médecin-conseil du SMR. Le médecin traitant a indiqué que l'assurée présentait de multiples douleurs (genoux, dorsalgies, céphalées, douleurs abdominales et des épaules, etc.), une gonarthrose bilatérale sévère associée à une coxarthrose, dans un contexte d'obésité, un trouble de l'humeur avec une dépression majorés par la situation sociale et somatique des douleurs articulaires et de la limitation de la mobilité notamment, des difficultés sociales liées à la compréhension et complexité administrative, une hypovitaminose D sévère, des vertiges et céphalées récurrentes et insomniantes avec antrite et reflux œsogastriques, ainsi qu'un suivi après tuberculose pleurale et ganglionnaire en 2015. Des investigations rhumatologiques avaient été effectuées dans le cadre d'un syndrome fémoro-patellaire avec en première intention un traitement conservateur. Selon ce médecin, l'évolution n'était « pour le moment pas favorable », l'isolement lié au covid n'améliorant pas la santé tant physique que psychique de l'assurée. Les limitations fonctionnelles étaient « levé d'une chaise difficile, marche en bancal de droite à gauche lentement. Descente sur les genoux impossible sans appui. Monter sur un escabeau pas possible ». Le Dr F. \_\_\_\_\_ a confirmé son évaluation d'une totale incapacité de travail de l'intéressée dans une activité de nettoyeuse. Dans une activité adaptée assise de type couture (travail assis), l'assurée disposait d'une capacité de travail résiduelle sans plus de précision. Sur le plan thérapeutique, la

patiente était très compliante aux traitements prodigués, sous la réserve d'une limite liée à la compréhension de la langue.

Dans un avis médical du 31 mars 2021, le Dr W.\_\_\_\_\_, du SMR, a sollicité une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, psychiatrie et médecine interne).

L'OAI a, via la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, psychiatrie et rhumatologie) au Q.\_\_\_\_ (Q.\_\_\_\_) de [...]. Dans leur rapport du 5 octobre 2021, les experts du Q.\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, évoluant depuis 2017, sans rémission (F45.4), une dysthymie (F34.1), des gonalgies sur gonarthrose bilatérale, des douleurs des épaules (avec à l'échographie de discret signe de désorganisation des fibres du sus-épineux des deux côtés n'expliquant pas l'intensité des plaintes), des lombalgies chroniques actuellement supportables (au second plan), un probable trouble somatoforme douloureux associé, une obésité de grade 2 (à la limite du grade 3), une vésicule biliaire lithiasique (nécessitant prochainement une cholécystectomie), des troubles sensitifs canal carpien bilatéral à explorer, ainsi que des céphalées chroniques quotidiennes par abus de médicaments. Les experts ont noté qu'en raison des gonalgies sur gonarthrose, l'assurée ne pouvait pas rester longtemps debout, s'accroupir, monter et descendre les escaliers, et marcher longtemps. Les douleurs des épaules n'étaient pas expliquées par des éléments objectifs et n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles. Quant aux lombalgies, elles étaient supportables et n'entraînaient pas non plus de restrictions fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait des ressources limitées cependant compatibles avec une activité d'aide de cuisine et de nettoyeuse. Elle avait présenté d'assez bonnes capacités de communication et d'adaptation au cadre expertal. Il était toutefois constaté une faiblesse des capacités d'organisation et de flexibilité mentale, de jugement et de résolution de problèmes. L'intéressée apparaissait peu proactive en raison des traits de personnalité. Néanmoins la dernière activité exercée ne nécessitait pas de grandes capacités

d'adaptation, de prise de décision ainsi que de résolution de problèmes. Il a été constaté une probable diminution des capacités d'endurance, en lien avec le déconditionnement. Les capacités de relations interpersonnelles ne semblaient pas altérées. L'assurée apparaissait peu autonome dans les actes de la vie quotidienne et peu organisée ; elle présentait des traits passifs dépendants et peu de ressources personnelles. Au contrôle de cohérence, la fatigue maximale annoncée à 10 sur 10 n'était pas retrouvée au jour de l'expertise, mais susceptible d'être accentuée par les céphalées chroniques quotidiennes. Il existait une discordance entre les douleurs des épaules constantes, augmentées dans tous les mouvements, et les échographies qui ne montraient qu'une désorganisation des fibres du sus-épineux. Sur le plan psychique, il n'existait pas d'incohérences significatives avec les rapports médicaux au dossier, sans confirmation du diagnostic d'épisode dépressif moyen actuel en raison de la chronicisation des plaintes anxieuses et dépressives. Il a été noté une discordance entre les plaintes de l'assurée et les données objectives de l'examen clinique, notamment les plaintes douloureuses et la fatigue qui s'intégraient dans le cadre du trouble somatoforme. Cette discordance était corroborée par les résultats des dosages sériques. Les experts ont en outre estimé que si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle depuis le début 2019, elle disposait toutefois d'une capacité de travail à 80 % depuis le licenciement de 2017, pour des motifs psychiques, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

Le 31 janvier 2022, après avoir requis le point de vue du SMR validant les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire précité (avis médical du 1<sup>er</sup> novembre 2021 du Dr W.\_\_\_\_\_) et nanti des renseignements économiques sollicités (documents intitulés « REA - Rapport final » et « Calcul du salaire exigible » du 18 janvier 2022), l'OAI a établi un nouveau projet de décision annulant et remplaçant le précédant du 16 janvier 2020. Il a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser tout droit à une rente d'invalidité, au motif que la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« fatigue due aux céphalées, activité plutôt légère et assise, sans position debout prolongée, sans position accroupie,

sans escaliers, ni marche prolongée, faibles capacités d'organisation, de flexibilité mentale, de jugement et de résolution de problème, diminution de la capacité d'adaptation et diminution de l'endurance ») était de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %. Après comparaison des revenus sans (56'614 fr. 73) et avec invalidité (44'491 fr. 78), tous deux ressortant des données salariales de l'Office fédéral de la statistique (OFS), le degré d'invalidité était de 20 %. Tout en refusant l'octroi de mesures professionnelles, au motif qu'aucune mesure n'était susceptible de réduire le préjudice économique, l'OAI a néanmoins reconnu à l'assurée le droit à une aide au placement.

Dans le cadre des objections de l'assurée sur ce préavis, l'OAI a recueilli un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2022 du Dr Z.\_\_\_\_\_ co-signé par le psychologue V.\_\_\_\_\_. Le psychiatre traitant a pris position sur le volet psychiatrique du rapport d'expertise pluridisciplinaire du Q.\_\_\_\_\_ en ces termes :

“Concernant le diagnostic retenu, en nous basant sur les critères diagnostic de la CIM-10 [10<sup>ème</sup> révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes], nous relevons que :

- Le diagnostic de dysthymie doit reposer sur la présence d'une baisse chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des épisodes dépressifs est trop brève pour retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode léger ou moyen.
- De plus, dans le cadre d'une dysthymie le patient reste habituellement capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne.
- Le diagnostic de trouble dépressif récurrent repose lui sur une succession d'épisode[s] dépressifs pouvant évoluer vers une dépression persistante. La sévérité du trouble peut varier dans le temps et son évaluation ponctuelle repose sur les mêmes critères que ceux retenus pour les épisodes dépressifs. Pour un épisode dépressif moyen il s'agit donc de constater la présence d'au moins deux symptômes parmi les trois suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, fatigabilité, et de au moins trois autres symptômes parmi les suivants : diminution de la concentration et de l'attention, diminution de la confiance en soi et de l'estime en soi, idée de culpabilité et de dévalorisation, attitude pessimiste face à l'avenir, idée et acte auto-agressifs ou suicidaire, perturbation du sommeil, perturbation de l'appétit.
- De plus, un trouble dépressif, contrairement à la dysthymie, s'accompagne habituellement de difficultés à mener à bien les activités professionnelles et sociales (difficultés mineures dans le

- cas d'un épisode léger, importantes dans le cas d'un épisode moyen, majeure[s] dans le cas d'un épisode sévère).
- Or, comme il a été relevé dans le rapport du Dr. H. \_\_\_\_\_ ainsi que dans nos précédents rapports, il apparaît que le champ d'action de Madame G. \_\_\_\_\_ se trouve très largement entravé et s'est significativement réduit depuis l'apparition des symptômes dépressifs. En effet, comme le décrit le rapport du Dr. H. \_\_\_\_\_ : Madame ne cuisine presque plus et uniquement des plats pré-préparés alors qu'elle cuisinait volontiers par le passé, elle doit recourir à l'aide de sa fille pour faire les courses et le ménage (une aide au ménage professionnelle a d'ailleurs été sollicitée par son médecin traitant), elle ne sort presque jamais si elle n'est pas accompagnée (notamment en raison d'une peur de tomber, d'un manque d'énergie et d'une incapacité à trouver les ressources psychiques pour le faire), elle nécessite une aide externe pour la gestion de ses affaires administratives, et ses activités en général se sont extrêmement réduites : Madame ne décrit ni loisir, ni hobbies, elle passe la majeure partie de son temps à somnoler, à tenter de faire la sieste car elle se sent épuisée ou à lire la bible (selon ses dires cette activité elle aussi deviendrait compliquée). Sa vie sociale est également quasiment inexistante à l'exception de visites ponctuelles à l'église, bien plus rares que par le passé. Concernant la possibilité de faire face à des obligations professionnelles, bien que notre patiente ne dispose pas d'un emploi pour le moment, nous pouvons considérer que ses obligations professionnelles actuelles consistent dans la recherche d'un emploi. Or, ici encore, force est de constater qu'elle ne dispose pas des ressources psychiques pour faire face à cette obligation pour l'instant. Dans un tel contexte il paraît donc incohérent de soutenir que Madame parvienne à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Au contraire ces limitations apparaissent comme importantes.
  - Par ailleurs, le rapport du Dr.H. \_\_\_\_\_, comme nos rapports précédents, concordent pour relever une baisse significative de l'humeur, une perte claire de l'intérêt et du plaisir (Madame ne fait plus aucune activité à part prier et lire la bible), un pessimisme face à l'avenir, une perturbation du sommeil, et une perturbation de l'appétit (sous forme d'augmentation du grignotage, probablement réactionnel au stress et à la tristesse entraînant une prise de poids importante et ce malgré une sensation globale de perte d'appétit). Ces éléments à eux seuls, et d'autant plus de par leur intensité, permettent de retenir un diagnostic d'épisode dépressif moyen. Ce diagnostic apparaît encore plus légitime si nous ajoutons les observations suivantes :
    - Malgré l'évaluation selon l'échelle de somnolence d'Epworth effectuée en juillet 2021, ne semblant pas indiquer un manque de sommeil chez notre patiente, il faut relever qu'elle décrit ressentir subjectivement un état d'épuisement permanent et que, dans les faits, une part importante de ses journée[s] est structurée autour de cette fatigue et passée à tenter de faire la sieste pour se reposer, sans succès. Ces observations nous poussent à envisager l'épuisement exprimé par notre patiente comme le signe non seulement d'un éventuel manque de sommeil ou une fatigue physique, mais surtout comme le signe d'un sérieux épuisement psychique soulignant son manque de ressources actuel et la gravité de son état

dépressif. Dans ce contexte le symptôme de fatigabilité ne nous semble pas devoir être exclu.

- Le fait que madame ne rapporte pas directement d'idées suicidaires n'empêche pas qu'elle nous ai[t] fait part [à] plusieurs reprise[s] de son envie de mourir. Le fait que le suicide n'apparaisse pas comme une option envisageable pour elle semble dans ce cas devoir être mis sur le compte du fait que cela n'est pas compatible avec ses croyances religieuses plutôt que considéré comme un signe de moindre intensité de sa souffrance.
- Nous relevons également que le manque de plaisir, l'absence de réaction agréable face aux situation[s] généralement plaisantes (Madame n'a par exemple ressenti aucune joie au fait d'avoir gagné dans le bras de fer juridique avec son ancien employeur), les réveils matinaux, et l'absence de libido, vont dans le sens d'un syndrome somatique, congruant avec une certaine gravité du trouble dépressif.
- Par ailleurs l'état dépressif de Madame répondant aux critères précités depuis de nombreuses années il nous paraît inadéquat de parler d'épisodes dépressifs brefs ou peu intenses tels que stipulés dans les critères diagnostics de la dysthymie.
- Au vu de ce qui a été exposé le diagnostic de dysthymie nous apparaît inconsistant et en décalage avec les observations elles-mêmes rapporté[e]s dans le rapport du Dr. H.\_\_\_\_\_, et nous privilégions celui de trouble dépressif récurrent.

Concernant la capacité de travail de notre patiente :

- La pauvreté des activités et le besoin de faire appel à une aide extérieure dans la vie quotidienne rapportées ci-dessus et reconnues par le rapport du Dr. H.\_\_\_\_\_ témoignent de son manque de ressources et de ses multiples limitations fonctionnelles à savoir :
  - Une difficulté dans la gestion des émotions. Qui se manifeste par une difficulté à faire face aux situations stressantes et angoisses, par exemple dans la gestion des questions administratives, face à la pandémie de COVID-19, face aux angoisses de chutes.
  - Des difficultés dans la gestion des tâches administratives, qui semblent ne pas pouvoir être comprises uniquement comme relevant d'un manque de connaissance en la matière mais également de l'anxiété générée par ces tâches et d'un sentiment acquis et intériorisé d'impuissance.
  - Une difficulté d'autonomie dans les activités quotidiennes (courses, ménage, cuisine).
  - Une difficulté de déplacement qui ne semble pas uniquement liée à ses douleurs physiques mais également à la peur éprouvée par notre patiente face au risque de chuter ou de se faire mal, et à la difficulté à trouver l'énergie et les ressources psychiques nécessaires pour sortir.
  - Une difficulté à maintenir le rythme diurne/nocturne qui se manifeste par des insomnies importantes et des nuits perturbées par des cauchemars et des réveils anxieux. Elle explique également se réveiller tôt le matin et faire

- fréquemment des siestes la journée (sieste[s] o[ù] elle ne parvient pas forcément à s'endormir).
- Une hypersensibilité au stress. (cf gestion des émotions),.
  - Des difficultés dans l'adaptation au changement.
  - Des limites d'endurance.
- Nous considérons incohérent de simultanément constater que Madame ne parvient pas à faire face aux exigence[s] de la vie quotidienne (cf ci-dessus) tout en affirmant qu'elle puisse faire face aux exigences d'une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, et à hauteur de 80%. L'incohérence est encore plus flagrante lorsqu'il est affirmé qu'elle peut travailler à 80% comme nettoyeuse/aide cuisinière alors qu'il a été reconnu en amont qu'elle ne parvenait pas à s'occuper adéquatement seule de son ménage et qu'elle se trouvait limitée dans sa capacité à se faire à manger elle-même.
  - Il apparaît plus plausible de s'attendre à ce que la capacité de Madame à remplir ses obligations soit la même dans la sphère professionnelle que dans la sphère privée et est donc fortement limitée. Pour cette raison nous maintenons notre évaluation consistant à dire que notre patiente ne dispose d'une capacité de travail que de 20%.

Enfin, concernant le traitement médicamenteux :

- Nous relevons que l'examen de notre patiente, comme expliqué dans le rapport du Dr. H.\_\_\_\_\_, a eu lieu alors qu'elle souffrait d'une lithiase vésiculaire entraînant de très nombreux vomissements, ayant d'ailleurs eux-mêmes entraîné une perte de poids significative. Dans ce contexte notre patiente nous a expliqué continuer de prendre ses médicaments mais les vomir très peu de temps après les avoir ingérés. Dans une telle situation le taux sérique nous apparaît peut pertinent pour évaluer la compliance de notre patiente et nous préconisons de refaire un taux sérique prochainement afin de pouvoir évaluer la prise de médicament[s].
- Nous soulignons néanmoins que l'absence d'évolution positive malgré une éventuelle prise de médicaments anti-dépresseur[s] constitue selon nous un élément supplémentaire manifestant la gravité du trouble invitant à un pronostic réservé.
- Une réévaluation de la médication est prévue prochainement."

Après avoir recueilli les déterminations du SMR (avis « audition - 1<sup>ère</sup> demande » du 21 mars 2022 du Dr W.\_\_\_\_\_), l'OAI a, par décision du 8 juin 2022, rejeté la demande de prestations. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a pris position sur les arguments invoqués par le conseil de l'assurée qui n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de son projet de décision du 31 janvier 2022.

**B.** G.\_\_\_\_\_, représentée par Procap Suisse, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte

déposé le 13 juillet 2022 en concluant à son annulation ainsi qu'au versement par l'intimé des prestations légales découlant de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité. Subsidiairement, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. La recourante a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant le diagnostic de dysthymie ressortant de l'expertise Q.\_\_\_\_\_ en se plaignant de la non-prise en compte de l'avis divergeant de son psychiatre traitant qui retenait un trouble dépressif récurrent. Elle était également en désaccord avec l'évaluation de ses ressources et de sa capacité de travail. Ce faisant, elle a contesté être en mesure de travailler à plein temps, avec une baisse de rendement de 20 %, dans des activités adaptées à son état de santé global défaillant. Elle estimait avoir droit aux prestations querellées, ou à tout le moins, à une instruction complémentaire de son cas sous la forme d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, puis nouvelle décision. Les arguments développés par la recourante à l'appui de son acte seront repris ci-après dans la mesure utile pour la discussion et la solution au présent litige.

Dans sa réponse du 8 août 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a renvoyé à l'avis SMR du 21 mars 2022, estimant que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Une copie de cette écriture a été communiquée à la recourante pour information le 9 août 2022, avec la possibilité de consulter le dossier auprès du greffe du tribunal.

**C.** Par décision du 14 juillet 2022, G.\_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 juillet précédant. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

**E n d r o i t :**

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

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

**2. a)** Le litige porte sur le droit à une rente et/ou à des mesures professionnelles en faveur de la recourante.

**b) aa)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » ([Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**bb)** Si la décision concernant un premier octroi de rente est rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, mais porte sur un droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. ch. 9101 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022).

**cc)** Dans le cas présent, la décision de refus de prestations a été rendue le 8 juin 2022. Le début du droit éventuel aux prestations est fixé au 1<sup>er</sup> mars 2020 compte tenu de la demande tardive (au sens de l'art. 29 al. 1 LAI). Sont dès lors applicables les dispositions de la LAI et des ordonnances y relatives dans leur ancienne teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

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).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

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

**c)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bienfondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**4. a)** L'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures professionnelles, au motif que si la recourante présente une incapacité de travail et de gain totale dans ses activités professionnelles habituelles d'aide de cuisine et de femme de ménage depuis 2017, sa capacité de travail est de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %, dans toute activité adaptée aux limitations retenues (*fatigue due aux céphalées, activité plutôt légère et assise, sans position debout prolongée, sans position accroupie, sans escaliers, ni marche prolongée, faibles capacités d'organisation, de flexibilité mentale, de jugement et de résolution de problème, diminution de la capacité d'adaptation, diminution de l'endurance*) ; après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, le degré d'invalidité est de 20 %. Aucune mesure d'ordre professionnel ne saurait réduire le préjudice économique. Cette décision s'appuie sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du Q.\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2021.

Dans un premier moyen, la recourante conteste l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail et l'expertise précitée sur le volet psychiatrique en particulier, en se fondant sur l'avis divergeant du Dr Z.\_\_\_\_\_.

**b) aa)** L'expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, psychiatrie et rhumatologie) réalisée avec le concours d'une interprète, confiée au Q.\_\_\_\_\_ par l'OAI courant 2021, a retenu des diagnostics incapacitants ; sur le plan de la médecine interne, il a été constaté des céphalées chroniques quotidiennes par abus de médicaments justifiant une baisse de rendement de 10 % compte tenu de leur impact sur l'état de fatigue de l'assurée ; sur le plan psychique, il a été constaté un syndrome douloureux somatoforme persistant, évoluant depuis 2017, sans rémission (F45.4) ainsi qu'une dysthymie (F34.1) justifiant une baisse de rendement d'environ 20 % depuis le licenciement en 2017 dans l'activité habituelle adaptée aux limitations fonctionnelles (*faibles capacités d'organisation, de flexibilité mentale, de jugement et de résolution de problème, diminution de la capacité d'adaptation, diminution*

de l'endurance, en lien avec le déconditionnement); sur le plan rhumatologique, il a été constaté des gonalgies sur gonarthrose bilatérale n'engendrant aucune baisse de rendement dans toute activité plutôt légère et assise, sans position debout prolongée, sans position accroupie, sans escaliers, ni marche prolongée justifiant une incapacité de travail dans l'activité habituelle alors que la capacité de travail dans une activité adaptée est pleine. Compte tenu d'atteintes à la santé physique et psychique avec influence sur la capacité de travail, les experts (à savoir, les Drs M.\_\_\_\_\_, médecin praticien, H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ainsi qu'I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie) ont unanimement évalué la capacité de travail de l'assurée comme étant nulle dans l'activité habituelle depuis le début 2019, et de 80 % dans une activité adaptée depuis le licenciement en 2017 pour des motifs psychiques (en réalité une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 %).

**bb)** Les experts du Q.\_\_\_\_\_ ont dûment motivé leurs conclusions et, s'en tenant à leur rôle d'experts, ont distingué les éléments subjectifs basés sur les plaintes exprimées et leurs propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail. A cet égard, l'expert psychiatre a examiné de manière approfondie les capacités intellectuelles de la recourante. En l'absence de contradictions ni de défauts manifestes, il y a lieu de valider les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire qui est pleinement probant (cf. consid. 3d supra). En effet, il comporte des anamnèses complètes, est le fruit d'un examen multidisciplinaire *lege artis*, fait état de considérations dûment documentées et d'observations, qui ne laissent place à aucune contradiction dans leur motivation. Ce rapport contient des conclusions claires, posées au terme d'un consilium sur l'appréciation globale du cas. Il y a juste lieu de préciser que la diminution des performances se traduit en diminution de rendement et non pas en une diminution du taux de la capacité de travail.

**cc)** Chaque expertise contient une motivation des diagnostics (retenus et écartés) et de l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail conforme aux réquisits jurisprudentiels en la matière.

**aaa)** Sur le plan de la médecine interne (rapport d'expertise, volet de médecine interne, pp. 18 - 24), après avoir exclu la nature incapacitante du diagnostic d'une vésicule biliaire lithiasique responsable de douleurs abdominales itératives ainsi que de vomissements chroniques, l'expert M. \_\_\_\_\_ retient une obésité importante de grade 2 à la limite du grade 3, que l'assurée explique par une importante anxiété depuis son licenciement responsable d'un comportement de type hyperphagique, accompagné de phénomènes de grignotages. Malgré les prises en charge infructueuses et sans une intervention chirurgicale de type bariatrique envisagée, l'expert est d'avis qu'une perte de poids est exigible de l'assurée pour limiter les répercussions sur ses articulations et des complications métaboliques. Il est cependant d'avis que l'obésité n'est pas incapacitante dans le domaine de la médecine générale. Il note également des céphalées chroniques quotidiennes, probablement d'origine multifactorielle depuis le licenciement en 2017, résistantes aux traitements. Malgré l'annonce d'une céphalée quasi maximale de localisation frontale au jour de l'expertise, l'assurée est en mesure de répondre aux questions posées et mouvements demandés. L'expert estime que si ces céphalées ne représentent pas une cause d'incapacité durable de travail, une baisse de rendement de 10 % peut néanmoins être retenue au vu de l'incidence des céphalées chroniques sur l'état de fatigue de l'assurée. En l'absence de perte de force motrice des deux membres supérieurs constatée par l'expert neurologue, la suspicion d'atteinte des tunnels carpiens n'est pour l'instant pas incapacitante dans l'activité habituelle de l'assurée. Enfin, l'importante fatigue annoncée n'est pas objectivée au jour de l'expertise (il n'y a aucun bâillement, aucune attaque de paupière ni aucun signe d'hypovigilance), l'intéressée ayant pu garder le focus durant toute la durée de l'évaluation. L'échelle de somnolence d'Epworth retrouve un score ne témoignant pas en faveur d'une dette de sommeil. De même, le bilan effectué ne montre aucune anémie, ni carence en ferritine ayant pu participer au moins en partie à la

sensation subjective de fatigue. Si elle peut aussi faire partie d'un trouble somatoforme sous-jacent ou d'un autre diagnostic de ce type discuté par les autres experts, dans le domaine de la médecine générale, cette fatigue n'est pas incapacitante. L'expert conclut ainsi à une baisse de rendement de 10 % qui peut être retenue en raison de la fatigue induite par les céphalées chroniques.

**bbb)** Au niveau psychiatrique (rapport d'expertise, volet psychiatrique, pp. 15 - 18), l'experte H.\_\_\_\_\_ conclut à un syndrome douloureux somatoforme persistant évoluant depuis 2017 sans rémission (F45.4) ainsi qu'à une dysthymie évoluant depuis le licenciement en 2017, apparue dans les suites d'un trouble de l'adaptation survenu après un licenciement contesté, trouble chronicisé par la suite, probablement en lien avec la procédure judiciaire et le fait que l'assurée n'a pas perçu l'indemnité ordonnée par la justice.

L'experte H.\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen du caractère invalidant des atteintes psychiques retenues au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables (cf. consid. 3b supra). Tenant compte du caractère plus ou moins prononcé des éléments propres à chaque diagnostic, elle constate, sur le plan thérapeutique, que si elle apparaît compliant au suivi spécialisé adapté dont elle bénéficie depuis 2017 auprès du cabinet du Dr Z.\_\_\_\_\_, l'assurée ne l'est toutefois pas à la prise médicamenteuse, apparaissant ainsi peu impliquée dans les soins qu'elle est incapable de verbaliser, restant dans la plainte en disant que rien ne l'aide, ni les médicaments (qu'elle ne prend donc pas), ni les soignants. Au niveau de la cohérence, l'experte ne note pas d'incohérences significatives avec les rapports médicaux à disposition si ce n'est qu'elle ne retient pas le diagnostic d'épisode dépressif moyen actuel en raison de la chronicisation des plaintes anxieuses et dépressives. Elle relève ainsi une discordance entre les plaintes de l'assurée et les données objectives de l'expertise, en particulier les plaintes douloureuses et la fatigue, qui s'intègrent dans le cadre du trouble somatoforme. Elle précise que cette discordance est corroborée par les résultats des dosages sériques. Concernant les ressources de la recourante, l'experte note des

ressources personnelles (faiblesse des capacités d'organisation et de flexibilité mentale, de jugement et de résolution de problèmes) et externes (principalement la fille, probablement quelques amis soutenant) limitées chez l'assurée peu active en raison des traits de personnalité, mais qui semblent toutefois compatibles avec une activité d'aide de cuisine et nettoyeuse exercée en dernier lieu. De plus, l'intéressée a démontré d'assez bonnes capacités de communication et d'adaptation dans le cadre expertal. L'experte retient ainsi une capacité de travail résiduelle de 80 % (en réalité 100 % avec baisse de rendement de 20 %) depuis le licenciement de 2017 chez l'assurée disposant de peu de ressources personnelles, mais suffisantes au regard des caractéristiques de la dernière profession exercée.

**ccc)** A l'issue de l'examen rhumatologique (expertise, volet rhumatologique, pp. 14 - 18), l'experte I. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de gonarthrose bilatérale, de douleurs des épaules avec à l'échographie de discrets signes de désorganisation des fibres du sus-épineux des deux côtés, n'expliquant pas l'intensité des plaintes, de lombalgies chroniques actuellement supportables, au second plan, et de probable trouble somatoforme douloureux associé. A l'examen clinique l'experte note un discret syndrome vertébral lombaire, une nette diminution de la mobilité des épaules dans tous les plans et un genou gauche discrètement empâté avec un rabet rotulien discret des deux côtés et des douleurs à la palpation des interlignes articulaires internes. Sur la base des échographies des épaules ainsi que des radiographies des genoux du 9 août 2021, elle constate des signes de gonarthrose bilatérale avec un pincement de l'interligne interne surtout, des deux côtés. Les échographies des épaules sont normales hormis une discrète désorganisation des fibres du sus-épineux des deux côtés. L'experte conclut à des gonalgies bilatérales sur gonarthrose, avec des douleurs en adéquation avec les radiographies. Elle observe que la gonarthrose existait déjà lorsque l'assurée travaillait et qu'elle ne travaille plus en raison d'un licenciement et non à cause des douleurs. Malgré l'augmentation des douleurs depuis le début 2019, un avis chirurgical de 2020 a proposé la poursuite du traitement conservateur. A l'inverse, les

douleurs des épaules, présentes dans tous les plans à l'examen clinique, ne sont que très partiellement expliquées par l'échographie qui décrit uniquement une discrète désorganisation des fibres du sus-épineux. Selon l'experte un trouble somatoforme douloureux associé est probable. Elle note que les lombalgies sont en général supportables et n'entraînent pas de restrictions fonctionnelles. A côté du traitement (physiothérapie avec des exercices de renforcement des quadriceps et la prise éventuelle de chondroïtine sulfate), une perte de poids serait souhaitable. L'experte retient des limitations fonctionnelles en raison des gonalgies sur gonarthrose (l'assurée ne peut pas rester longtemps debout, s'accroupir, monter et descendre les escaliers ainsi que marcher longtemps). Elle estime que si l'activité d'aide de cuisine et de femme de ménage n'est probablement plus adaptée depuis 2019, l'assuré peut en revanche exercer toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles précitées, et ce depuis toujours.

**c) aa)** La recourante conteste l'appréciation des ressources effectuée par les experts. Elle soutient que son champ d'action est largement entravé et s'est significativement réduit depuis l'apparition des symptômes dépressifs. La pauvreté des activités, le manque d'autonomie, les difficultés de déplacement (pas seulement en lien avec l'atteinte somatique), les difficultés d'adaptation ainsi que la nécessité de faire appel à une aide extérieure dans la vie quotidienne témoigneraient de son manque total de ressources. Ce faisant, ses ressources qu'elle qualifie de « quasi inexistantes » seraient en totale contradiction avec l'exigibilité d'une activité professionnelle à un taux de 100 %, avec une baisse de rendement, tel que retenu par l'experte psychiatre. S'appuyant sur l'avis divergeant de son psychiatre traitant, elle soutient que le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire du Q.\_\_\_\_\_ ne comporterait pas un degré de rigueur attendu, en particulier sur l'analyse du degré de gravité fonctionnel selon les indicateurs jurisprudentiels.

L'experte psychiatre a estimé que la recourante était en mesure de travailler à 80 %, soit à 100 % avec une baisse de rendement de 20 % en raison des limitations fonctionnelles retenues, depuis le

licenciement de 2017 dans son activité habituelle d'aide-cuisine et de nettoyeuse dans une épicerie à [...].

Se fondant sur une anamnèse systématique, familiale et sociale (expertise, volet psychiatrique, pp. 9 - 11), une description d'une journée-type ainsi que des diverses activités (pp. 11 - 12) avec un examen clinique du 9 août 2021 (pp. 12 - 14), l'experte psychiatre a, dans son analyse globale (p. 16), indiqué que l'assurée avait présenté d'assez bonnes capacités de communication et d'adaptation au cadre expertal. Les ressources limitées étaient cependant compatibles avec une activité d'aide-cuisine et de nettoyeuse ; cette profession, exercée en dernier lieu, ne nécessitait pas de grandes capacités d'adaptation, de prise de décision et de résolution de problème. Subsiste une probable diminution des capacités d'endurance en lien avec le déconditionnement. Dans le cadre de cette analyse, le degré de gravité fonctionnel des troubles a correctement été apprécié par l'experte. Cette dernière a constaté que les manifestations concrètes des atteintes à la santé sur les activités de l'assurée, qui disposait de ressources limitées, interféraient à raison d'une diminution du rendement de 20 % au regard des exigences peu élevées de l'activité habituelle, comme toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

**bb)** La recourante tente de démontrer qu'elle n'a plus de ressources en affirmant ne cuisiner presque plus alors qu'elle cuisinait volontiers par le passé, devoir recourir à l'aide de sa fille pour effectuer les courses, avoir recours à une aide à domicile demandée par son médecin, nécessiter une aide externe pour la gestion administrative, ne jamais sortir seule, ne pas avoir d'activités, ni de loisirs ou hobbies. Ce faisant, elle semble totalement perdre de vue que ses limitations fonctionnelles ont été évaluées objectivement et que sa capacité de travail a été appréciée par les experts en fonction de ses limitations fonctionnelles objectives, et non pas selon ses restrictions fonctionnelles subjectives.

**cc)** La recourante conteste également le reproche d'une mauvaise compliance au traitement en rappelant que, lors de l'expertise,

elle présentait des problèmes de santé vésiculaires (vésicule biliaire lithiasique) et avait évoqué des vomissements chroniques. S'agissant du manque de compliance au traitement, il ne ressort pas de l'appréciation des experts qu'ils auraient retenu une capacité de travail de la recourante théoriquement plus élevée fondée sur une compliance au traitement. En page 8 de leur évaluation consensuelle du cas, les experts indiquent qu'une amélioration pourrait intervenir en cas de sevrage progressif aux nombreux antalgiques pris et d'un changement éventuel du traitement antidépresseur avec contrôles sériques, mais que le pronostic est cependant réservé. Il reste que la capacité de travail résiduelle de la recourante a été évaluée en fonction de la situation actuelle thérapeutique telle qu'elle se présente. Par ailleurs, aucun élément n'autorise à penser que la gravité des atteintes à la santé aurait été minimisée lors de l'expertise compte tenu en particulier de l'absence de compliance à la prise de médicaments anti-dépresseurs.

**dd)** A l'aune de ce qui précède, la capacité de travail résiduelle de la recourante a été évaluée par l'experte psychiatre de manière objective et en parfaite conformité aux exigences de la jurisprudence (cf. consid. 3b supra), en particulier pour ce qui concerne l'analyse du degré de gravité fonctionnel selon les ressources à disposition.

**d)** Pour le reste, les conclusions des experts du Q.\_\_\_\_\_ ne sont pas sérieusement remises en cause par les rapports médicaux au dossier.

Dans son rapport du 4 décembre 2019, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a estimé la capacité de travail de sa patiente comme nulle dans son activité habituelle depuis 2017, mais de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques retenues. Décrivant une situation bio-psycho-sociale intriquée depuis la gonarthrose suivie d'un licenciement, d'une précarité sociale ainsi que d'une dépression, il a mentionné un suivi de l'assurée auprès du cabinet du Dr Z.\_\_\_\_\_. Le 17 mars 2021, le Dr F.\_\_\_\_\_ a décrit une

évolution qui n'était pas favorable en raison de l'isolement lié au Covid influant sur l'état de santé physique et psychique de sa patiente. Il a confirmé son estimation de la capacité de travail nulle dans une activité de nettoyeuse en indiquant que, dans une activité adaptée assise de type couture (travail assis), l'intéressée disposait d'une capacité de travail résiduelle. L'avis du généraliste est toutefois secondaire au point de vue du psychiatre traitant consulté depuis plusieurs années de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'attarder plus en détail sur l'appréciation du cas effectuée par le Dr F.\_\_\_\_\_.

Consultée depuis le 7 mai 2018 dans le cadre du suivi de l'assurée débuté le 28 mars 2018 au cabinet du Dr Z.\_\_\_\_\_, la Dre E.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F32.1) ainsi qu'un trouble somatoforme (F45) probable antérieurs à la première consultation. Elle était d'avis que si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle depuis le 3 avril 2018, elle était toutefois de 20 % dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues. Une reprise progressive du travail était envisageable dans un environnement sécurisant et non stressant pour l'intéressée isolée et disposant de peu de ressources. La prise en charge s'effectuait en parallèle à une procédure judiciaire coûteuse opposant l'intéressée à son ex-employeur après son licenciement en 2017 (rapport du 23 avril 2020). La Dre E.\_\_\_\_\_ a ensuite uniquement retenu le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen ; F33) dans son rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2020. Qualifiant l'état de santé de l'assurée de globalement similaire à celui décrit dans son précédent rapport, elle a indiqué que, sur le plan psychique, sa patiente disposait d'une capacité de travail de 20 % en toute activité tout en renvoyant auprès du médecin traitant pour les restrictions somatiques. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité, une perte d'énergie, des difficultés de concentration et d'adaptation ainsi qu'une vulnérabilité face au stress. En l'absence d'évolution, l'assurée prenait de la Venlafaxine® 150 mg (1 capsule par jour) depuis le 15 novembre 2018, substituée par Brintellix® 10 mg (1 comprimé par jour), ainsi que du Remeron® 30 mg (1 comprimé par jour au coucher). La Dre E.\_\_\_\_\_ n'avait plus établi de certificat d'incapacité de travail au-delà du 3 avril 2020.

Dans son rapport du 1<sup>er</sup> mars 2022, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a pris position sur le volet psychiatrique du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 5 octobre 2021 du Q.\_\_\_\_\_. Dans ce contexte, le psychiatre traitant a indiqué que le diagnostic de dysthymie retenu par l'experte psychiatre devait « s'effacer » au profit d'un trouble dépressif récurrent de degré moyen. Il retenait à cet effet un champ d'action de sa patiente qui était considérablement réduit depuis l'apparition des symptômes dépressifs, comme l'avait constaté l'experte psychiatre. Il convenait en outre de relever, comme signalé dans les rapports précédents ainsi que par l'experte, une baisse significative de l'humeur et une perte claire de l'intérêt ainsi que du plaisir (l'assurée n'avait plus d'autre activité hormis ses prières et sa lecture de la bible), un pessimisme face à l'avenir, une perturbation du sommeil ainsi que de l'appétit (grignotage probablement réactionnel au stress et à la tristesse causant une prise de poids importante) ; ces éléments à eux seuls justifiaient de retenir un diagnostic d'épisode dépressif moyen. Le psychiatre traitant ajoutait que d'autres observations laissaient apparaître ce diagnostic comme « plus légitime ». Il envisageait l'état d'épuisement permanent exprimé comme le signe non seulement d'un éventuel manque de sommeil ou une fatigue physique, mais surtout en tant que signe d'un sérieux épuisement psychique révélateur du manque de ressources actuel ainsi que de la gravité de l'état dépressif. Il ne pouvait exclure le symptôme de fatigabilité chez sa patiente. Même si l'assurée n'envisageait pas le suicide comme une option en raison de ses croyances, l'envie de mourir rapportée à plusieurs reprises obligeait à considérer qu'il s'agissait d'un signe de moindre intensité de sa souffrance. De plus, le manque de plaisir, l'absence de réaction agréable face aux situations généralement plaisantes (l'intéressée n'avait pas ressenti de joie quant au fait d'avoir gagné sa procédure avec son ancien employeur), les réveils matinaux et l'absence de libido allaient dans le sens d'un syndrome somatique adéquat avec une certaine gravité du trouble dépressif. Par ailleurs, l'état dépressif existait depuis de nombreuses années sans répondre aux critères d'épisodes brefs ou peu intenses correspondant au diagnostic de la dysthymie. Qualifiant le diagnostic de dysthymie retenu d'inconsistant et en décalage avec les

observations de l'experte psychiatre, le psychiatre traitant privilégiait un trouble dépressif récurrent. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a également maintenu son évaluation consistant à retenir que sa patiente disposait uniquement d'une capacité de travail de 20 %. Il retenait la pauvreté des activités et le besoin d'avoir recours à une aide extérieure dans la vie quotidienne tels que rapportés et admis par l'experte psychiatre, éléments qui témoignaient du manque de ressources ainsi que des multiples limitations fonctionnelles listées en page 3 de son rapport (à savoir, une difficulté dans la gestion des émotions, des difficultés dans la gestion des tâches administratives, une difficulté d'autonomie dans les activités quotidiennes [courses, ménage, cuisine], une difficulté de déplacement qui ne semblait pas uniquement liée aux douleurs physiques mais également face au risque de chuter ou de se faire mal, une difficulté à maintenir le rythme diurne/nocturne avec des nuits perturbées, des cauchemars et des réveils anxieux), une hypersensibilité au stress, ainsi que des difficultés dans l'adaptation au changement et des limites d'endurance). Le psychiatre traitant voyait une incohérence à constater simultanément une impossibilité à faire face aux exigences de la vie quotidienne (en particulier l'impossibilité de l'intéressée à tenir le ménage seule et la limitation dans la capacité à se faire à manger elle-même) tout en retenant une capacité de travail à un taux de 80 % en toute activité professionnelle. Pour le Dr Z. \_\_\_\_\_ il était plus plausible de s'attendre à une capacité de sa patiente identique sur les plans professionnels et privés, et donc très limitée dans tous les domaines.

En ce qui concerne les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de dysthymie (F34.1) retenus au terme de son analyse, l'experte psychiatre a pris le soin d'indiquer les raisons la conduisant à ne pas retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen actuel posé par son confrère étant donné la chronicisation des plaintes anxieuses et dépressives ; au jour de l'expertise, elle note une discordance entre les plaintes de l'assurée et les données objectives de l'examen clinique, en particulier les plaintes douloureuses et la fatigue, qui s'intègrent dans le cadre du trouble somatoforme douloureux, discordance corroborée par les résultats des dosages sériques effectués (expertise, volet psychiatrique,

ch. 7.3 en p. 16). Or pour son examen de la situation, le médecin traitant ne tient pas compte de la discordance qui existe entre les plaintes de sa patiente et les résultats des examens cliniques objectifs.

Le rapport du 1<sup>er</sup> mars 2022 du Dr Z.\_\_\_\_\_ postérieur à l'expertise du Q.\_\_\_\_\_ dont se prévaut la recourante pour s'écarter des constatations et conclusions des experts, ou justifier un complément d'instruction, ne comporte toutefois pas d'éléments qui n'auraient pas déjà été pris en considération et dûment analysés par l'experte psychiatre. Au contraire, le médecin traitant fonde son avis, qui consiste à dire que sa patiente ne dispose d'une capacité de travail que de 20 %, sur les déclarations de cette dernière s'agissant des limitations importantes rencontrées dans la vie quotidienne ainsi que sur des suppositions (le terme « semble » est utilisé très souvent). De son côté, la Dre E.\_\_\_\_\_ a relevé que les capacités de l'assurée à effectuer le ménage ainsi que les tâches quotidiennes variaient selon l'intensité des symptômes (rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2020, Rép. 6 en p. 2). Les plaintes rapportées par l'intéressée au quotidien ne sauraient à elles seules en aucun cas constituer une base fiable pour procéder à l'estimation de sa capacité résiduelle de travail.

De manière générale et s'agissant des rapports des psychiatres traitants, il convient de relever que le point de vue du Dr W.\_\_\_\_\_ (avis médical du 21 mars 2022) s'avère bien-fondé lorsqu'il observe, en guise de conclusion, que la capacité de travail résiduelle de l'assurée doit être prise en compte uniquement sur la base de la baisse de rendement constatée par les experts en lien avec les limitations fonctionnelles, ceci à l'exclusion du contexte psychosocial qui n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité. C'est également le lieu de rappeler qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5).

Enfin, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). Et, en tout état de cause, un trouble dépressif léger à moyen sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques ne peut généralement pas être défini comme une maladie psychique grave (TF 8C\_280/2021 du 17 novembre 2021 publié *in* ATF 148 V 49). S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Il incombe aux experts médicaux de démontrer de manière compréhensible pourquoi, en dépit d'une dépression légère à moyenne et d'une bonne capacité de traitement du trouble, il en résulte dans le cas d'espèce des limitations fonctionnelles des performances qui se répercutent sur la capacité de travail (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2). Or en l'espèce, le psychiatre traitant n'explique pas pourquoi la recourante présenterait autant de limitations fonctionnelles, par ailleurs pas objectivées, malgré la prise en charge de sa dépression secondaire à son licenciement en 2017, alors que les experts ont examiné la situation à la lumière de l'ensemble des limitations fonctionnelles objectives des atteintes à la santé et évaluent correctement leur répercussion sur la capacité de travail en toute connaissance de cause.

**e)** Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir une capacité de travail de la recourante à 100 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20 %.

**5.** S'agissant du calcul du taux d'invalidité et en particulier des éléments économiques retenus par l'intimé, la recourante n'a soulevé aucun grief à cet égard, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des chiffres retenus par l'OAI.

Le degré d'invalidité de la recourante est de 20 %. Il n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

**6. a)** Pour le surplus, la recourante déplore l'absence de mesures professionnelles en sa faveur.

**b)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

**c)** En l'occurrence, la recourante présente un degré d'invalidité de 20 %, de sorte qu'il convient en principe d'examiner son droit à des mesures de réadaptation.

Les limitations fonctionnelles retenues sont pour rappel : « *fatigue due aux céphalées, activité plutôt légère et assise, sans position debout prolongée, sans position accroupie, sans escaliers, ni marche prolongée, faibles capacités d'organisation, de flexibilité mentale, de jugement et de résolution de problème, diminution de la capacité d'adaptation, diminution de l'endurance* ». On ne saurait y voir un quelconque frein à la reprise d'une activité adaptée. La Cour de céans peut dès lors se rallier au point de vue de l'OAI selon lequel le type d'activité qui pourrait être réalisé est un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ainsi qu'ouvrière dans le conditionnement (cf. pièce 63). Ces activités ne nécessitent pas de formation particulière et aucune mesure ne permettrait de réduire le manque à gagner durable de 20 % au vu du profil

professionnel de l'intéressée. La reprise de l'activité habituelle n'étant pas exigible selon les experts, une aide au placement a été octroyée (communication du 31 janvier 2022 [pièce 68]). S'agissant de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, on ne voit pas quelle autre mesure aurait pu être proposée à la recourante.

Au final, à côté d'une aide au placement ouverte, aucune mesure de réadaptation n'est à envisager dans le cas présent.

**7. a)** En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre en principe à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

**d)** La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 8 juin 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement 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.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap Suisse (pour G. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :