

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 février 2024

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Pasche et Brélaz Brailard, juges
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. X. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en [...], divorcée et mère de deux enfants, sans formation professionnelle, travaillant en qualité d'employée d'entretien pour le compte d'[...] SA, a déposé, le 27 juin 2013, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant être en incapacité totale de travail depuis le 23 janvier 2013 et souffrir de problèmes au pied gauche depuis plusieurs mois.

Le 4 juillet 2013, l'OAI a indexé le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur dont notamment un rapport intermédiaire du 14 février 2013 du Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant le diagnostic d'ostéonécrose cunéiforme intermédiaire gauche et indiquant que l'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 22 janvier 2013 dans son activité habituelle.

Dans un rapport à l'OAI du 16 juillet 2013, le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de nécrose du 2^e cunéiforme pied gauche depuis 2013, de fibromyalgies selon ACR depuis 2010, de spondylarthrose C5-C6 et C6-C7 depuis 2009 et d'état dépressif et troubles de l'adaptation depuis 2006 au moins. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné un hallux valgus droit depuis 2009 et une thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit en 2013. Selon lui, l'intensité douloureuse était difficilement explicable par les lésions objectives. Il a encore indiqué que l'activité habituelle de femme de ménage était parfaitement inadaptée à la situation médicale et qu'un travail léger avec alternance des positions était « théoriquement » envisageable à terme.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 17 juillet 2013, [...] a indiqué que l'assurée avait travaillé comme employée

d'entretien du 7 avril 2012 au 21 janvier 2013, dernier jour de travail effectif, à raison de deux heures par jour, six jours par semaine pour un salaire horaire de 17 fr. 40 auquel il fallait rajouter 1 fr. 45 d'indemnité vacances et 1 fr. 45 de 13^e salaire, soit un salaire horaire total de 20 fr. 30 dès le 1^{er} janvier 2013.

Dans un rapport du 12 septembre 2013, le Dr I. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de névralgies de Morton O2-O3 et O3-O4 des deux côtés, d'ostéonécrose cunéiforme intermédiaire gauche et de thrombose veineuse de la petite saphène gauche. Il a indiqué une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle selon l'évolution de la pathologie.

Dans un avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 29 octobre 2013, le Dr T. _____ a estimé que la capacité de travail était nulle comme nettoyeuse mais que l'assurée pouvait travailler en position assise et que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis septembre 2013.

Dès le 2 décembre 2013, une mesure d'observation des aptitudes a été mise en place auprès de la Fondation [...] afin de définir les activités professionnelles adaptées et évaluer la capacité de travail et le rendement.

Il ressort d'une note d'entretien du 20 février 2014 que l'assurée a indiqué ne pas arriver à fournir plus de rendement et que son taux d'activité était de 50 % maximum. Selon cette note, elle avait des douleurs à l'épaule et au bras sans lien avec son atteinte à la santé, sauf peut-être en lien avec sa canne. Son rendement actuel sur une journée complète de travail et en comparaison avec les exigences du marché de l'emploi se situait à 20 %.

Par communication du 5 mars 2014, l'OAI a informé l'assurée prendre en charge un entraînement progressif.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 17 mars 2014. Dans son rapport daté du même jour, l'enquêtrice a proposé de reconnaître à l'assurée un statut d'active à temps plein, étant donné que cette dernière avait déclaré que, dans l'hypothèse où elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100 % pour des raisons financières dès lors qu'elle était seule à s'assumer depuis qu'elle s'était séparée de son mari en 2011. Était joint à ce rapport un certificat médical du 11 mars 2014 du Dr W._____ selon lequel l'assurée souffrait de lombo-dorso-cervicalgies sur tendomyose et dysbalances musculaires et qu'elle ne devait pas porter des charges et devait bénéficier d'une activité légère avec alternance des positions et absence de flexion du buste ou sollicitation de son rachis.

Après avoir commencé une activité d'ouvrière dans un atelier pharma le 24 mars 2014, l'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail totale du 1^{er} au 14 avril 2014 selon un certificat du Dr W._____ du 1^{er} avril 2014. Le Dr I._____ a ensuite attesté une pleine incapacité de travail du 14 avril au 25 juin 2014 selon différents certificats.

Selon un rapport de stage de la Fondation [...] indexé le 14 juillet 2014, l'assurée n'avait pas pu reprendre un rythme de travail à un taux de 100 % en raison d'une détérioration de son état de santé au niveau physique, mais également au niveau psychique. Dans l'état actuel des choses, il était estimé qu'elle ne possédait pas de rendement correspondant au premier marché économique mais possédait les aptitudes pour exercer une activité dans les ateliers protégés de production à un taux de 50 %.

Dans un rapport du 4 août 2014 adressé à l'OAI, la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), de syndrome douloureux chronique type fibromyalgie et de nécrose osseuse du pied. Elle a relevé un discours plaintif centré sur l'humeur dépressive de la recourante, son anxiété, ses

problèmes de sommeil, ses ruminations, ses idées noires et ses douleurs physiques. Elle a attesté une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle.

Le 1^{er} septembre 2014, le Dr T. _____ du SMR a estimé qu'il y avait lieu de faire réaliser un examen clinique rhumatologique et psychiatrique afin de définir la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée.

L'assurée a été examinée le 27 octobre 2014 par les Drs H. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie et Y. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en présence d'un interprète. Dans leur rapport du 6 novembre 2014, ils ont résumé les motifs de l'examen et documents du dossier ainsi que l'anamnèse de la recourante, puis ont procédé à l'examen de son status général, neurologique et ostéoarticulaire, ainsi que de son status psychiatrique. Ils ont également mentionné le dossier radiologique de l'assurée et ont posé les diagnostics suivants :

« - avec répercussion durable sur la capacité de travail

- TROUBLES STATIQUES MODÉRÉS DES PIEDS AVEC STATUS APRÈS OSTÉONÉCROSE DU 2^{ÈME} CUNÉIFORME G, NÉVROMES DES 2^{ÈME} ET 3^{ÈME} ESPACES INTERDIGITAUX G ET DISCRET HALLUX VALGUS BILATÉRAL.
- SYNDROME ROTULIEN BILATÉRAL DANS LE CADRE D'UNE DISCRÈTE GONARTHROSE FÉMORO-TIBIALE INTERNE AVEC LÉSIONS MUÇOÏDES DE GRADE II DU MÉNISQUE INTERNE, BURSITE DU LIGAMENT LATÉRAL INTERNE ET DE LA PATTE D'OIE, BURSITE ENTRE LE TRACTUS ILIO-TIBIAL ET LE CONDYLE FÉMORAL EXTERNE ET TENDINOPATHIE ROTULIENNE PROXIMALE ET DISTALE. M22.2

- sans répercussion sur la capacité de travail

- FIBROMYALGIE. M79.0
- DISCRET STATUS VARIQUEUX AVEC ŒDÈMES PÉRI-MALLÉOLAIRES ET STATUS APRÈS THROMBOSE VEINEUSE DE LA PETITE SAPHÈNE G.
- OBÉSITÉ AVEC BMI À 34.5.
- GASTRITE ANAMNESTIQUE.
- TROUBLE ANXIEUX ET DÉPRESSIF MIXTE, DIAGNOSTIC ANAMNESTIQUE, EN RÉMISSION COMPLÈTE (F41.2). »

Lors de l'appréciation du cas, les Drs H._____ et Y._____ ont relevé que l'assurée s'était montrée démonstrative à plusieurs reprises, en poussant des gémissements et des petits cris, notamment à l'examen du rachis cervical, lombaire, des hanches, à la marche sur la pointe du pied et au testing musculaire des membres supérieurs. Ils ont indiqué être frappés par la présence de nombreux signes de non organicité selon Waddell, dont une importante démonstrativité. Ils ont encore relevé ce qui suit :

« **Limitations fonctionnelles**

Membres inférieurs : pas de genuflexions répétées. Pas de franchissement d'escabeau ou échelle. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de position debout ou de marche de plus de 15 minutes.

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

- L'absence de formation professionnelle, les difficultés linguistiques, ainsi que les difficultés financières ne font pas partie du domaine médical.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis le 22.01.2013.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Il est resté complet dans l'activité de nettoyeuse depuis le 22.01.2013. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète dès septembre 2013.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de toute pathologie psychiatrique à caractère incapacitant, la capacité de travail exigible est de 100 %.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 % COMME NETTOYEUSE

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % DEPUIS : SEPTEMBRE 2013.

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION. »

Dans un rapport du 19 novembre 2014, le Dr T._____ du SMR a indiqué que les conclusions des experts devaient être suivies et a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de

position debout, ni de marche de plus de 20 minutes ; peu d'escaliers ; pas de genuflexions répétées.

Le 25 mars 2015, le Centre D. _____ a requis une copie du dossier de l'assurée que l'OAI lui a transmis le 30 mars 2015.

Par avis du 14 mars 2016 concernant un réexamen de la demande sous l'angle de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux rendue par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Dr V. _____ du SMR a conclu qu'il n'y avait pas lieu de retenir un quelconque caractère incapacitant de l'atteinte dès lors qu'une discordance manifeste avait été notée dans le comportement.

Dans un projet de décision du 4 mai 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande, celle-ci disposant d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position debout ni de marche de plus de 20 minutes, peu d'escaliers et pas de genuflexions répétées.

L'assurée a contesté ce projet par l'intermédiaire du Centre D. _____ qui a adressé à l'OAI un rapport du 20 mai 2016 du Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du psychologue L. _____ dont on extrait ce qui suit :

« (...) Nous vous informons que Mme X. _____ est régulièrement suivie au Centre D. _____ depuis le 11 février 2015. A son admission, elle présentait des douleurs intenses, persistantes et des limitations fonctionnelles liées aux troubles ostéo-articulaires (troubles statiques des pieds dont à gauche suite à une nécrose du deuxième cunéiforme ; gonarthrose) accompagnées d'un sentiment de détresse, non totalement expliqué par les troubles organiques, mais survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux importants. Ce syndrome douloureux ne doit pas être confondu avec une présentation hystérique des douleurs, ni avec une production intentionnelle, une simulation des symptômes ou encore d'une incapacité.

Nous observons encore la présence d'un état dépressif sévère caractérisé par un abaissement important de son humeur, une anhédonie, un apragmatisme, un symptôme somatiques divers, un manque d'appétit et de sommeil, un ralentissement des processus psychiques, un découragement persistant et désinvestissement de toute vie sociale, familiale et relationnelle. Avant 2010, Mme X. _____ était décrite comme ayant été une excellente professionnelle, très performante, digne de confiance et sur laquelle on pouvait compter. Depuis lors, elle est devenue

irritable et il lui est devenu difficile d'investir les tâches de la vie quotidienne. Elle supporte très mal sa situation financière et ne comprend pas comment les organismes concernés ne lui reconnaissent pas un taux d'incapacité conforme aux limitations qu'elle ressent.

Au moment de l'admission de la patiente, sa dépression a été évaluée comme un état d'intensité sévère : à l'échelle HADRS son résultat était de 34 (dépression sévère) ; à la MADRS le résultat était de 27 (dépression sévère) et à l'EGF le résultat était de 55 (Symptômes d'intensité moyenne entraînant des difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social et/ou l'autonomie).

Avec le traitement psychiatrique intégré (pharmacothérapie, avec suivi mensuel et une psychothérapie à une fréquence bimensuelle), une amélioration partielle a été obtenue. Le 8 janvier 2016, les résultats aux échelles ci-dessus ont été : HDRS = 21 ; MADRS = 20 ; EGF = 55. Nous concluons que malgré une amélioration des symptômes psychiatriques, le degré d'atteinte fonctionnelle restait toujours assez significatif.

Du point de vue psychiatrique, la patiente présente des difficultés relationnelles avec les autres, elle ressent une hostilité mal maîtrisée et a des difficultés pour gérer ses émotions. Elle est hypersensible au stress et peut présenter des décompensations dépressives épisodiques plus importantes. Dans ce contexte, il est nécessaire de lui épargner les activités professionnelles au contact avec une clientèle, qui exigent une endurance et précision et qui impliquent un stress important, de la rapidité, une adaptation permanente ainsi que des tâches complexes.

Nous estimons que sa capacité de travail actuelle est de 50% dans une activité adaptée, tenant seulement compte des troubles psychiatriques, et ceci depuis 2010.

La symptomatologie dépressive encore présente et l'absence d'une reconnaissance acceptable par la patiente de son taux d'incapacité estimé par les organismes concernés (à 10%) sont des facteurs qui contribuent à la persistance des limitations à une reprise d'activité complète. »

Dans un avis médical du 14 juin 2016, le Dr V. _____ du SMR a préconisé d'adresser un questionnaire intermédiaire AI au Dr N. _____ et de prévoir un stage d'observation pour évaluer objectivement la capacité de travail résiduelle dans des conditions respectant les limitations fonctionnelles.

En réponse à l'OAI, le Dr N. _____ et le psychologue L. _____ ont, dans un rapport du 8 juillet 2016, indiqué ce qui suit :

« 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

Trouble dépressif récurrent sévère (premier épisode dépressif à l'âge de 18 ans), sans symptômes psychotiques (CIM-10 : F33.2), épisode actuel depuis 2011 ; Douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (CIM-10 : F45.41), depuis 2011.

2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

Depuis 2011, la capacité de travail de la patiente est nulle dans son activité habituelle (pour des raisons somatiques et psychiques).

3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? depuis quand ?

Depuis 2015, la capacité de travail de Mme X. _____ est de 50% dans une activité adaptée.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

La patiente présente des douleurs intenses persistantes et des limitations fonctionnelles liées aux troubles ostéo-articulaires (troubles statiques des pieds dont à gauche suite à une nécrose du deuxième cunéiforme ; gonarthrose) accompagnées d'un sentiment de détresse, qui ne s'explique pas complètement par les troubles organiques, mais survenant dans un contexte de conflits émotionnels et problèmes psychosociaux importants.

Actuellement, la patiente présente un état de santé dépressif sévère caractérisé par un abaissement important de son humeur, une anhédonie, un apragmatisme, des symptômes somatiques divers, un manque d'appétit et de sommeil, un ralentissement des processus psychiques, un découragement persistant et un désinvestissement tant sur le plan social, familial que relationnel.

Avant 2010, elle était décrite comme ayant été une excellente professionnelle, très performante, digne de confiance et sur laquelle les gens pouvaient compter. Depuis, Mme X. _____ est devenue irritable. Il lui est devenu difficile d'investir les tâches de la vie quotidienne, supporte très mal sa situation financière et ne comprend pas comment les organismes concernés ne lui reconnaissent pas un taux d'incapacité conforme aux limitations qu'elle peut ressentir. Sa capacité à supporter les frustrations est très basse. Elle ne supporte pas être soumise au stress ainsi qu'aux efforts prolongés. La relation avec les autres est perturbée par son humeur triste et le contact avec autrui doit être évité. Il existe un important ralentissement psychique. Ces dernières semaines, son état de santé s'est péjoré et lors de la dernière consultation du 7 juillet 2016, elle présentait à l'échelle HADRS un résultat de 31 (dépression sévère) ; à la MADRS le résultat était de 29 (dépression sévère) et à l'EGF le résultat était de 55 (Symptômes d'intensité moyenne entraînant des difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social et/ou l'autonomie).

5. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

Depuis qu'elle suivie au Centre D. _____ (le 11 février 2015), Mme X. _____ n'a plus d'activité professionnelle, de telle sorte que nous n'avons pas dû lui établir des arrêts de travail. Toutefois, nous pouvons certifier que la patiente présente une incapacité de travail à 100% depuis son admission à notre consultation.

6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

Traitement psychiatrique intégré (pharmacothérapie avec un suivi mensuel ainsi qu'une psychothérapie avec des entretiens bimensuels). La patiente ne manque pas ses rendez-vous et prend correctement la médication suivante :

Ciprallex 20 mg/j ;

Trittico 150 mg/j. (...) »

Après un stage du 5 au 30 septembre 2016, l'[...] a conclu, dans un rapport du 7 novembre 2016, que l'assurée tenait avec peine son horaire qui équivalait à un 80 % du temps dans l'économie, qu'elle s'exprimait mal en français et que seules des tâches ultra simples étaient à sa portée avec des rendements inférieurs à 50 %. Il a précisé que l'assurée pleurait ou alors s'arrêtait de travailler et se tenait la tête entre les mains, se déplaçait très lentement et avait le visage sombre et fermé.

Faisant suite à un avis médical du 12 décembre 2016 du Dr V._____ du SMR, le Dr N._____ et le psychologue L._____ ont indiqué ce qui suit dans un rapport du 13 janvier 2017 adressé à l'OAI :

« 1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Depuis juillet 2016, l'état de santé de Mme X._____ ne s'améliore pas. Cette dernière présente toujours un état de santé dépressif sévère, caractérisé par un abaissement important de son humeur, une anhédonie, un apragmatisme, des symptômes somatiques divers, un manque d'appétit et de sommeil, un ralentissement des processus psychiques, un découragement persistant et un désinvestissement tant sur le plan social, familial que relationnel.

De plus, sa situation sociale n'évolue pas. En effet, la patiente et sa fille sont toutes deux sans emploi et détentrice d'un permis B, ce qui est aujourd'hui un facteur aggravant les symptômes psychiques éprouvés dans le sens d'une augmentation des ruminations et d'une détérioration de la qualité de son sommeil. Cette évolution a été le motif d'intervention de Mme [...], assistante sociale au Centre D._____, depuis le mois de décembre 2016. Cette dernière appuie également Mme X._____ dans le suivi des démarches judiciaires qui avaient déjà été entamées en lien avec son divorce et qui n'évoluent pas favorablement. Ce dernier point participe également à la détérioration de la santé psychologique de Mme X._____.

Enfin, sur le plan somatique, les troubles ostéo-articulaires persistent (troubles statiques des pieds dont à gauche suite à une nécrose du deuxième cunéiforme ; gonarthrose). Une prise de poids de quatre kilos est rapportée par la patiente depuis juillet 2016. Actuellement elle rapporte un poids de septante-deux kilos pour 1m45. Un diabète vient d'être décelé en décembre 2016, lors d'une consultation d'urgence à la clinique de [...] à [...] pour des douleurs au pied. Cette découverte aggrave encore le tableau clinique de Mme X._____.

2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

Depuis qu'elle est suivie au Centre D._____ (le 11 février 2015), Mme X._____ n'a plus d'activité professionnelle, de telle sorte que nous n'avons pas eu à lui établir d'arrêts de travail. Toutefois, nous pouvons certifier que la patiente présente une incapacité de travail à 100% depuis son admission à notre consultation.

3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Depuis 2015, la capacité de travail de Mme X. _____ est de 50% dans une activité adaptée.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Nous avons déjà répondu à cette question dans notre rapport du 8 juillet 2016 et n'avons pas de nouveaux éléments à ajouter à ce sujet.

5. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

Depuis qu'elle suivie au Centre D. _____ (le 11 février 2015), Mme X. _____ n'a plus d'activité professionnelle, de telle sorte que nous n'avons pas dû lui établir des arrêts de travail. Toutefois, nous pouvons certifier que la patiente présente une incapacité de travail à 100% depuis son admission à notre consultation et jusqu'à ce jour.

6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

La patiente bénéficie d'un traitement psychiatrique intégré (pharmacothérapie avec un suivi mensuel ainsi qu'une psychothérapie avec des entretiens bimensuels). La patiente ne manque pas ses rendez-vous et prend correctement la médication suivante :

Ciprallex 20 mg/j ;
Trittico 150 mg/j.

Le traitement a été renforcé par un suivi social qui a démarré au mois de décembre 2016. De plus, Mme X. _____ démarrera un suivi de type ergothérapeutique au Centre D. _____, dès le mois de février 2017. »

Faisant suite à un avis médical du 7 mars 2017 du Dr V. _____ du SMR préconisant d'adresser au chirurgien orthopédiste un questionnaire intermédiaire, le Dr I. _____ a, dans un rapport du 6 mars 2018, posé les diagnostics de status après ostéonécrose cunéiforme intermédiaire gauche et de polyalgie d'étiologie multiple (Fibromyalgie). Il a précisé une petite régression des signes d'ostéonécrose cunéiforme et a indiqué que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais de 50 % dans une activité adaptée (position assise) depuis novembre 2017. A son rapport étaient joints les documents suivants :

- un rapport du 18 janvier 2017 du Dr Z. _____, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics de polyalgies d'étiologie multiple, d'ostéonécrose du 2^e cunéiforme gauche et de diabète et confirmant le diagnostic de fibromyalgie posé en 2010 auquel il fallait ajouter un très vraisemblable épisode dépressif. Il a également mentionné que la moindre

palpation ou le moindre effleurement à quelque niveau que ce soit étaient rendus comme vivement douloureux ;

- un rapport du 22 septembre 2017 du Dr I. _____ posant notamment les diagnostics d'ostéonécrose cunéiforme intermédiaire gauche, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et de fibromyalgie depuis 2010 ;

- un rapport du 19 octobre 2017 de la Dre C. _____, spécialiste en radiologie, comparant une IRM du pied gauche du 19 octobre 2017 à un IRM du 8 juin 2015 et dont la conclusion était : « Hétérogénéité et remaniements de la trame osseuse du 2^{ème} cunéiforme, toujours compatibles avec un status après ostéonécrose avec légère régression de l'intensité et de l'étendue de l'œdème. Pas de lésion secondaire. Remaniements dégénératifs stables de l'articulation métatarso-phalangienne de l'hallux. Pas de nouvelle lésion décelée. »

Dans un rapport du 29 mars 2018 adressé à l'OAI, le Dr N. _____ et le psychologue L. _____ ont indiqué ce qui suit :

« 1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Depuis janvier 2017, l'état de santé de Mme X. _____ ne s'améliore pas. Cette dernière présente toujours un état de santé dépressif sévère, caractérisé par un abaissement important de son humeur, une anhédonie, un apragmatisme, des symptômes somatiques divers, un manque d'appétit et de sommeil, un ralentissement des processus psychiques, un découragement persistant et un désinvestissement tant sur le plan social que relationnel.

De plus, sa situation sociale n'évolue pas. En effet, la patiente est toujours sans emploi et détentrice d'un permis B, ce qui est aujourd'hui un facteur aggravant les symptômes psychiques éprouvés dans le sens d'une augmentation des ruminations et d'une détérioration de la qualité de son sommeil. Cette évolution a été le motif d'intervention de Mme [...], assistante sociale au Centre D. _____, depuis le mois de décembre 2016. Cette dernière appuie également Mme X. _____ dans le suivi des démarches judiciaires qui avaient déjà été entamées en lien avec son divorce et qui n'évoluent pas favorablement. Ce dernier point participe également à la détérioration de la santé psychologique de Mme X. _____.

Enfin, sur le plan somatique, les difficultés déjà décrites dans notre précédent rapport persistent (Troubles ostéo-articulaire, diabète). Elle a également eu plusieurs kystes, certains qui ont été enlevés au niveau mammaire. De plus, nous pouvons ajouter qu'elle se plaint également de

douleurs au dos, qui sont causées par une hernie lombaire qui a été opérée le 31 janvier 2018 au CHUV.

Par ailleurs, les ganglions sont régulièrement enflés et traités par anti-inflammatoires auprès du médecin généraliste. Enfin, une échographie a révélé un problème au niveau de ses glandes salivaires qui est en cours de suivi auprès de spécialistes. Malheureusement la détérioration de la santé physique de Mme X. _____ est un facteur aggravant la symptomatologie psychologique.

2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

Depuis qu'elle est suivie au Centre D. _____ (le 11 février 2015), Mme X. _____ n'a plus d'activité professionnelle, de telle sorte que nous n'avons pas eu à lui établir d'arrêts de travail. Toutefois, nous pouvons certifier que la patiente présente une incapacité de travail à 100% depuis son admission à notre consultation.

3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Depuis 2015, la capacité de travail de Mme X. _____ est de 50% dans une activité adaptée.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Nous avons déjà répondu à cette question dans notre rapport du 8 juillet 2016 et n'avons pas de nouveaux éléments à ajouter à ce sujet.

5. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

Depuis qu'elle est suivie au Centre D. _____ (le 11 février 2015), Mme X. _____ n'a plus d'activité professionnelle, de telle sorte que nous n'avons pas dû lui établir des arrêts de travail. Toutefois, nous pouvons certifier que la patiente présente une incapacité de travail à 100% depuis son admission à notre consultation et jusqu'à ce jour.

6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

La patiente bénéficie d'un traitement psychiatrique intégré (pharmacothérapie avec un suivi mensuel ainsi qu'une psychothérapie avec des entretiens bimensuels). Elle ne manque pas ses rendez-vous et prend correctement la médication suivante :

Cipralex 20 mg/j ;
Trittico 150 mg/j.

Le traitement a été renforcé par un suivi social qui a démarré au mois de décembre 2016 et qui est en cours.

7. Autres remarques :

Au vu du caractère chronique de la situation de Mme X. _____, nous n'observons que peu de changements sur son état de santé. Ainsi, les informations que nous vous donnons sont très semblables à notre précédent rapport de janvier 2017. Veuillez toutefois noter le point 1, qui rend compte d'une certaine évolution. »

Dans un rapport du 18 juin 2018, le Dr V._____ du SMR a considéré que l'atteinte principale à la santé était une ostéonécrose du 2^e cunéiforme du pied gauche et que l'assurée présentait un épisode anxio-dépressif récurrent réactionnel aux difficultés sociales. Il a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle mais totale dans une activité adaptée depuis septembre 2013. Il a posé les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de genuflexions répétées, pas d'usage d'échelle ou escabeau, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout ou de marche de plus de 15 mn, activité dans un environnement non anxiogène. » Il a précisé que la problématique liée au contexte social sortait du champ médical et n'était pas prise en compte.

Par décision du 21 juin 2018, l'OAI a confirmé son projet du 4 mai 2016 et a refusé une rente d'invalidité à l'assurée au motif qu'elle gardait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Par courrier séparé du même jour, l'OAI a pris position sur les objections soulevées par l'assurée le 20 mai 2016.

B. Par acte de son mandataire du 22 août 2018, X._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et à l'octroi des prestations légales découlant de l'assurance-invalidité, notamment une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'office intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. Elle a également requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Elle a contesté les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 6 novembre 2014 ayant servi de fondement à la décision attaquée dans le sens où ce rapport, contredit par les médecins traitants, minimisait clairement les atteintes à sa santé psychique et physique ainsi que leur effet sur sa capacité de travail qui devait être fixée à 50 %

Aux termes d'une décision du 27 août 2018, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 août 2018 sous forme de l'exonération d'avances et des

frais judiciaires, la recourante étant en outre exonérée de toute franchise mensuelle.

Par réponse du 25 septembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision du 21 juin 2018.

Répliquant le 17 octobre 2018, la recourante a confirmé ses conclusions et a contesté que les rapports d'examen du SMR du 6 novembre 2014 et l'avis SMR du 18 juin 2018 puissent constituer une base suffisante pour statuer sur son droit à des prestations du moment que l'examen du caractère invalidant de la fibromyalgie reposait sur une jurisprudence désuète et que son état de santé s'était dégradé après l'examen du 27 octobre 2014. Sur le plan somatique, elle a fait valoir que le SMR n'avait pas tenu compte de son état de santé dans toute sa gravité et qu'un doute existait quant à son état de santé qui nécessitait une instruction complémentaire.

Dans sa duplique du 12 novembre 2018, l'intimé a maintenu sa position, en relevant que le rapport relatif à l'examen d'octobre 2014 avait été analysé par le SMR à l'aune des indicateurs posés à l'ATF 141 V 281 dans un avis du 14 mars 2016 et que la situation de la recourante ne s'était pas modifiée depuis 2014, la problématique liée au contexte social n'ayant pas à être prise en considération.

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 – compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. b LPGA) – 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) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne

permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). 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). Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier,

il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

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).

5. En l'espèce, il est constant que la recourante présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle d'employée d'entretien depuis le mois de janvier 2013. Est en revanche litigieuse la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée depuis cette même date.

a) Pour déterminer le droit aux prestations de l'assurance-invalidité de la recourante, l'intimé s'est essentiellement fondé sur le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 6 novembre 2014 établi par deux médecins spécialistes de ces disciplines, au sein du SMR. Cet examen avait été préconisé par le Dr T. _____ dans son avis du 1^{er} septembre 2014 afin de définir la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. En effet, les médecins ayant examiné la recourante ne s'étaient pas prononcés sur cette question (cf. rapports du Dr I. _____ des 14 février et 12 septembre 2013, du Dr W. _____ du 16 juillet 2013 et de la Dre P. _____ du 4 août 2014).

La recourante a fait valoir que ce rapport ne saurait servir de fondement à la décision attaquée dès lors qu'il était contredit pas les médecins traitants et minimisait clairement les atteintes à sa santé psychique et physique. Elle en a contesté aussi bien le volet psychiatrique que somatique en alléguant, d'une part, que l'examen du caractère invalidant de la fibromyalgie reposait sur une jurisprudence désuète et que, d'autre part, le SMR n'avait pas tenu compte des diagnostics sur le plan somatique ayant une répercussion sur sa capacité de travail mentionnés dans le rapport des Drs H._____ et Y._____ de novembre 2014. Elle a enfin indiqué que son état de santé s'était aggravé au niveau psychique depuis l'examen psychiatrique par les médecins du SMR.

b) Il faut d'abord constater que les Drs H._____ et Y._____ ont pris leurs conclusions de manière motivée en pleine connaissance du dossier médical de la recourante, notamment radiologique, sur la base d'une anamnèse complète, en tenant compte de ses plaintes et après avoir procédé à un examen clinique détaillé. Leur rapport d'examen peut par conséquent se voir reconnaître une pleine valeur probante. On relèvera ici que l'examen a eu lieu en présence d'un traducteur de langue portugaise de sorte que l'on ne saurait douter de la bonne compréhension par la recourante des questions posées, ni de la bonne compréhension par les médecins de ses réponses.

aa) Sur le plan somatique, le Dr H._____ a posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de troubles statiques modérés des pieds avec status après ostéonécrose du 2^e cunéiforme gauche, névromes des 2^e et 3^e espaces interdigitaux gauches et discret hallux valgus bilatéral et de syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une discrète gonarthrose fémoro-tibiale interne avec lésions mucoïdes de grade II du ménisque interne, bursite du ligament latéral interne et de la patte d'oie, bursite entre le tractus ilio-tibial et le condyle fémoral externe et tendinopathie rotulienne proximale et distale (M22.2). S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu ceux de fibromyalgie (M79.0), de discret status variqueux avec œdème péri-malléolaire et de status après thrombose

veineuse de la petite saphène gauche. A ce sujet, la recourante a fait valoir que le SMR n'avait pas retenu tous ces diagnostics dans son avis du 18 juin 2018, mais seulement celui d'ostéonécrose, ce qui jetait un doute sur l'appréciation de son état de santé au plan somatique. Or, il faut constater que la situation est claire au niveau somatique et que le diagnostic retenu par le SMR a également été posé par l'ensemble des médecins ayant examiné la recourante (cf. rapports des Drs I._____, W._____, P._____, H._____ et Z._____ des 14 février, 16 juillet, 12 septembre 2013, 4 août, 6 novembre 2014, 18 janvier, 22 septembre 2017 et 6 mars 2018). A cet égard, on remarquera que le Dr I._____ a en outre indiqué une petite régression des signes d'ostéonécrose cunéiforme en se basant sur un rapport de la Dre C._____ qui indiquait une légère régression de l'intensité et l'étendue de l'œdème (cf. rapport du 19 octobre 2017).

Si le diagnostic de fibromyalgie a été posé par les Drs W._____ et H._____ (cf. rapports des 16 juillet 2013 et 6 novembre 2014), puis confirmé par les Drs Z._____ et I._____ (cf. rapports des 18 janvier, 22 septembre 2017 et 6 mars 2018), le Dr H._____ a toutefois indiqué qu'il ne pouvait pas avoir une influence sur la capacité de travail dès lors qu'il ne s'accompagnait pas de pathologie psychiatrique incapacitante ou de critères de sévérité. A cet égard, la recourante a fait valoir, à juste titre, que le rapport du Dr H._____ se fondait sur les anciens critères jurisprudentiels applicables à l'examen du caractère invalidant de tels troubles. Il faut cependant constater que la demande de la recourante a été réexaminée sous l'angle de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux par le Dr V._____ qui est lui aussi arrivé à la conclusion qu'il y avait lieu d'exclure tout caractère incapacitant à l'atteinte, au vu de la discordance manifeste relevée dans le comportement, soit une grande démonstrativité (cf. avis du 14 mars 2016). En effet, le Tribunal fédéral a précisé que si une exagération des symptômes ne devait pas permettre d'exclure facilement la présence d'une atteinte à la santé, tel était en revanche le cas si, dans le cas concret, il découlait de manière plausible de l'analyse médicale que l'exagération, clairement prouvée, prédominait de manière significative et

excédait la mesure d'un comportement simplement démonstratif. En l'espèce, les Drs H._____ et Y._____ ont relevé que la recourante présentait une amplification verbale de ses plaintes somatiques dans le cadre d'un diagnostic de fibromyalgie et qu'ils étaient frappés par la présence de nombreux signes de non organicité selon Waddell, dont une importante démonstrativité, et que ces éléments risquaient de faire échouer des mesures d'ordre professionnel. Le Dr H._____ a noté que la recourante gémissait à la marche sur la pointe des pieds et qu'elle poussait des cris et des gémissements à l'accroupissement, à la flexion et à l'extension de la nuque, à la latéroflexion cervicale, à la rotation cervicale, à la rétroflexion du tronc et à la mobilisation des deux hanches. A cet égard, on constatera que le Dr W._____ avait indiqué que l'intensité douloureuse était difficilement explicable par les lésions objectives (cf. rapport du 16 juillet 2013) et que le Dr Z._____ avait mentionné que la moindre palpation ou le moindre effleurement à quelque niveau que ce soit étaient rendus comme vivement douloureux (cf. rapport du 18 janvier 2017). Ainsi, il y a lieu de considérer que le SMR pouvait se passer d'examiner si les indicateurs proposés par le Tribunal fédéral permettaient ou non de retenir une incapacité de travail liés aux troubles diagnostiqués, puisque ceux-ci n'ont pas résisté aux motifs d'exclusion du droit à une rente.

Concernant la capacité de travail, si le Dr I._____ a indiqué, dans son rapport du 6 mars 2018, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, il faut toutefois constater que ce médecin n'a pas procédé à un examen complet de la recourante, se contentant d'affirmations catégoriques sans réelle motivation, ni élément concret et objectif, au contraire du Dr H._____. En effet, ce médecin a examiné personnellement la recourante et établi une anamnèse complète en tenant compte de ses plaintes. Il a procédé à un examen clinique dont les étapes et constatations figurent dans le rapport, a analysé le dossier radiologique et motivé ses conclusions. Le Dr H._____ a indiqué que si la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle du moment que les limitations fonctionnelles n'étaient pas respectées dans l'activité de nettoyeuse, elle était complète dans une activité strictement adaptée aux

limitations requises par la pathologie ostéoarticulaire. Le seul avis du Dr I. _____ d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée du point de vue ostéoarticulaire ne saurait remettre en doute les constatations et conclusions du Dr H. _____ qui emportent la conviction.

bb) Sous l'angle psychiatrique, la Dre Y. _____ a retenu que le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte posé par la Dre P. _____ dans son rapport du 4 août 2018 était en rémission complète et que la recourante ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant. Faisant suite au projet de décision rendu par l'intimé le 4 mai 2016, la recourante a produit un rapport du Dr N. _____ et du psychologue L. _____ du 20 mai 2016 dans lequel ils ont indiqué suivre la recourante depuis le 11 février 2015. On constatera déjà ici que la recourante a attendu le projet de décision de mai 2016 avant de faire parvenir un rapport relatif à son état psychique alors qu'elle était suivie depuis plus d'une année déjà et aurait dès lors pu adresser un rapport de sa situation avant mai 2016, ce d'autant que son dossier avait été demandé par le Centre D. _____ à l'OAI le 25 mars 2015. Ensuite, les médecins ont indiqué que la recourante présentait des douleurs intenses et persistantes et des limitations fonctionnelles liées aux troubles ostéo-articulaires accompagnées d'un sentiment de détresse non totalement expliqué par les troubles organiques mais survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux importants. Or, ces facteurs ne sont pas du ressort de l'AI et ne peuvent dès lors pas être retenus, le droit des assurances sociales s'en tenant à une conception biomédicales de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Le Dr N. _____ et le psychologue L. _____ ont énuméré des manifestations du trouble dépressif (abaissement important de l'humeur, anhédonie, apragmatisme, symptômes somatiques divers, manque d'appétit et de sommeil, ralentissement des processus psychiques, découragement persistant et désinvestissement de toute vie sociale, familiale et relationnelle) sans toutefois développer les circonstances permettant d'en valider l'authenticité, si bien que ces éléments semblent tout au mieux

reposer sur les dires – par définition subjectifs – de la patiente. Le côté subjectif de l'appréciation est en outre confirmé par les différentes plaintes émises par la recourante, notamment quant à sa situation financière et au fait qu'on ne lui reconnaissait pas un taux d'incapacité conforme aux limitations qu'elle ressentait. Du point de vue psychiatrique, les médecins se sont contentés d'indiquer des difficultés relationnelles, une hostilité mal maîtrisée et des difficultés pour gérer les émotions, une hypersensibilité au stress et des décompensations dépressives épisodiques plus importantes. Ils en ont déduit qu'il était nécessaire d'épargner à la recourante les activités professionnelles au contact de la clientèle, exigeant une endurance et précision et impliquant un stress important, de la rapidité, une adaptation permanente ainsi que des tâches complexes. Plutôt que de servir à justifier une diminution de la capacité de travail, ces assertions, dépourvues de motivation concrète et objective, s'apparentent plus à une énumération de limitations fonctionnelles.

Dans leur rapport du 8 juillet 2016, le Dr N._____ et le psychologue L._____ ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques et de douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques. Ils ont attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée depuis 2015, alors qu'il avait indiqué une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis 2010 dans leur rapport du 20 mai 2016 sans toutefois détailler, ni étayer leur appréciation. On constatera ensuite que le Dr N._____ et le psychologue L._____ se sont limités dans leurs rapports des 13 janvier 2017 et 29 mars 2018 à indiquer que l'état de santé de la recourante ne s'améliorait pas tout en énumérant à nouveau les mêmes caractéristiques d'un état dépressif sévère que précédemment sans autre précision. Ils ont à nouveau évoqué une situation sociale aggravant les symptômes psychiques, notamment les difficultés en lien avec les démarches relatives à son divorce sans que cette situation ne puisse, comme déjà relevé plus haut, être prise en compte dans l'évaluation de l'incapacité de la recourante. Quant à la détérioration de la situation somatique (problème de diabète, présence de kystes, hernie lombaire) décrite mais non attestée, elle ne saurait entrer

en ligne de compte pour estimer la capacité de travail du point de vue psychiatrique.

En définitive, les rapports du Dr N. _____ et du psychologue L. _____ ne viennent pas mettre en doute les constatations et conclusions de la Dre Y. _____ lorsqu'elle estime que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée. C'est en outre à juste titre que le Dr V. _____ a retenu, dans son avis du 18 juin 2018, que la situation de la recourante ne s'était pas aggravée sur le plan psychiatrique. A cet égard, c'est en vain que la recourante a indiqué qu'on ignorait la spécialisation de ce médecin. En effet, les avis médicaux du SMR ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Dès lors que les tâches dévolues au SMR consistent notamment à évaluer l'intégralité d'un dossier, la spécialisation du médecin du SMR n'est pas pertinente (TF 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 4.2).

cc) On relèvera enfin que si les différents rapports des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelle (note d'entretien du 20 février 2014, rapports de la Fondation [...] et de l'[...] des 14 juillet 2014 et 7 novembre 2016) font état d'une capacité de travail très réduite, il y a lieu de se fier aux données médicales qui l'emportent en principe sur les observations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle. En effet, ces observations sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (TF 9C_762/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.3.1, 9C_83 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2).

c) Au regard de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des médecins du SMR dans leur rapport du 6 novembre 2014. Il peut ainsi être retenu que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de septembre 2013.

6. Le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté. Il apparaît toutefois que l'OAI aurait pu recourir aux données statistiques de l'ESS 2014 qui avait été publiées au moment de rendre la décision litigieuse au lieu de l'ESS 2012 indexé à 2014. S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI s'est également fondé sur l'ESS 2012 indexé à 2014 au lieu du dernier salaire communiqué par l'employeur dans le questionnaire complété le 17 juillet 2013, alors qu'il convient en général d'évaluer le revenu sans invalidité de la manière la plus concrète possible, soit sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Même en prenant en compte un montant mensuel de 4'300 fr. (correspondant au revenu pour une femme dans la production et les services, TA1_skill_level 2014, niveau de compétence 1) pour arrêter le revenu avec invalidité et le salaire horaire communiqué par l'employeur pour le revenu sans invalidité (20 fr. 30 de l'heure ramené à un emploi à plein temps, soit 3'491 fr. 60 par mois), le degré d'invalidité obtenu ne donnerait pas droit à une rente et serait même moins favorable à la recourante que celui calculé par l'OAI. En définitive, au vu du degré d'invalidité de 10 % retenu par l'OAI, le droit à une rente de l'assurance-invalidité ne lui est pas ouvert.

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 27 août 2018.

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

d) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle demeure tenue de rembourser les frais judiciaires, dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272). Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) de fixer les modalités de ce remboursement.

**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 21 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- IV.** 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.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour X. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :