

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 janvier 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par {} {},

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; art. 43 LPGA

E n f a i t :

A. X. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 19[...], sans formation professionnelle, a travaillé en qualité de manutentionnaire et magasinnière pour A. _____ AG depuis 198[...].

L'assurée est connue pour une pathologie ostéoarticulaire diffuse depuis le printemps 1990. Elle a notamment bénéficié d'une cure au Centre K. _____. A la fin du traitement, au mois de novembre 2005, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mentionné des lombopygalgies et une scoliose lombaire. Il a observé une symptomatologie en amélioration chez une patiente qui avait retrouvé une confiance corporelle et compris la non-organicité de certains troubles (rapport du 30 novembre 2005).

Dans un rapport d'IRM lombaire du 18 janvier 2010, le Dr D. _____, spécialiste en radiologie, a conclu à la diminution de la taille de la hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane avec extension latérale droite par rapport à une précédente IRM du 31 janvier 2007. Il a en outre observé l'aspect inchangé de la large saillie discale médiolatérale gauche en L4-L5.

Dans un rapport d'IRM lombaire du 10 octobre 2011, le Dr L. _____, spécialiste en radiologie, a conclu à des discopathies aux deux derniers niveaux avec une hernie discale médiane et paramédiane prédominant légèrement du côté droit en L5-S1. Il n'y avait pas de compression ou de déformation des différentes racines par ce débordement herniaire. Le radiologue constatait cependant que ce débordement se trouvait très près de la gaine radiculaire S1 droite en position intra-canalair.

Dans un rapport de radiographies de la hanche droite du 1^{er} février 2013, la Dr F. _____, spécialiste en radiologie, a identifié des

signes de coxarthrose modérée et une légère sclérose de l'os sous-chondral.

Après avoir reçu et examiné l'assurée, les neurochirurgiens consultés n'ont pas retenu d'indication opératoire (rapports du Dr G. _____ du 28 novembre 2011 et du Dr H. _____ du 4 février 2013, tous deux spécialistes en neurochirurgie).

L'assurée a consulté le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 24 mars 2013, ce dernier a posé les diagnostics de cervico-brachialgies droites, d'arthropathie acromio-claviculaire droite, de tendinopathie du sus-épineux sur un conflit sous-acromial droit et d'éperon osseux diaphysaire sur la face inférieure de la clavicule droite. Il a recommandé la pratique d'infiltrations pour soulager sa patiente.

Le 24 octobre 2013, A. _____ AG a licencié l'assurée pour le 31 janvier 2014. L'assurée s'est retrouvée en arrêt de travail dès cette date. Aj. _____, assureur perte de gain de l'employeur précité a pris en charge le cas.

Dans un rapport d'IRM de l'épaule droite du 30 décembre 2013, le Dr J. _____, spécialiste en radiologie, a conclu à la présence de signes d'un conflit sous-acromiale sur arthrose acromio-claviculaire avec empreinte sur la jonction myotendineuse du sus-épineux.

Le 14 mai 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une incapacité de travail à 100 % dès le 24 octobre 2013. Elle a mentionné des douleurs au dos, à la nuque, à la clavicule, aux hanches, une hernie discale et de l'arthrose.

Dans un rapport du 28 mai 2014, le Dr I._____ a confirmé les diagnostics orthopédiques retenus dans son rapport du 24 mars 2013 et indiqué que sa patiente était en dépression. Il a estimé que, dans une activité adaptée (sans port de charges supérieures à 2-5 kg, sans mobilisations répétitives de l'épaule et sans mobilisations de l'épaule droite au-dessus du buste), l'assurée pourrait théoriquement travailler à 100 %.

Dans un questionnaire de détermination du statut complété par l'intéressée le 30 mai 2014, cette dernière a indiqué qu'elle travaillerait à plein temps si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Selon le rapport de l'employeur du 2 juin 2014, l'assurée réalisait un revenu mensuel brut de 4'700 fr. (13 mensualités) pour une activité à 80 %.

Aj._____ a mandaté le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour effectuer une expertise de l'assurée. Dans son rapport du 19 juin 2014, le Dr M._____ a posé les diagnostics de troubles de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité moyenne, de probable évolution vers un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique ainsi que de personnalité dépendante. Il a estimé que l'incapacité de travail à 100 % dans toutes activités professionnelles était justifiée. Il a aussi préconisé la poursuite de la psychothérapie et l'introduction d'un antidépresseur, expliquant que l'assurée n'exagérait pas consciemment, respectivement inconsciemment, ses troubles ou certains d'entre eux. Il s'est prononcé en faveur d'une reconversion, souhaitée par l'assurée, estimant cette démarche utile du fait que l'intéressée n'avait que peu de ressources personnelles pour se réorienter dans le monde du travail.

Le Dr N._____, chiropraticien, a complété le formulaire médical de l'OAI le 28 juin 2014, renvoyant pour l'appréciation de la capacité de travail au médecin traitant. Il a joint à son envoi une

attestation médicale du 6 juin 2014 dans laquelle il a mentionné des troubles statiques et dynamiques du rachis, cervicaux dorsaux et lombaires, des lombalgies chroniques sur discopathies lombaires basses débutantes (avec spondylose et facetarthrose étagées), des sciatalgies irritatives à prédominance droite sans déficit (en présence d'herniations discales postéro-médianes et paramédianes droites en L5-S1, confortées par IRM), des coxalgies et inguinalgies bilatérales (sans pathologie organique ou dégénérative significative), une dysfonction handicapante douloureuse de l'hémi-ceinture cervico-dorso-scapulaire droite en rapport avec une instabilité sterno-claviculaire droite et, depuis l'automne 2013, une décompensation douloureuse globale qui s'inscrivait dans le contexte d'un licenciement abusif.

Dans un rapport du 21 juillet 2014 adressé à l'OAI, la psychologue CD._____ a indiqué que sa patiente l'avait consultée dans un premier temps dans le cadre d'une consultation pour proches aidants afin de la soutenir dans le cadre de la maladie neurodégénérative touchant sa mère. Il s'était par la suite avéré que les souffrances dépassaient les difficultés en relation avec le rôle de proche aidant. La psychologue traitante a fait état d'un trouble de l'adaptation avec une importante symptomatologie anxiodépressive, à mettre en relation avec le licenciement survenu au mois d'octobre 2013, et d'un équilibre physique fragile dans un contexte de pathologies somatiques anciennes. Sur le plan du pronostic, elle ne pouvait pas exclure une aggravation des atteintes somatiques en lien avec la fragilité psychique de sa patiente. Elle a relevé que l'assurée collaborait au traitement et en tirait bénéfice.

Le Dr O._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a complété le formulaire médical de l'AI le 24 juillet 2014. Il a indiqué que sa patiente présentait notamment les diagnostics de lombo-sciatalgies droites chroniques, de cervico-brachialgies droites, de trochantérite, d'éperon osseux à la clavicule droite, de tendinopathie sus-épineux à droite et d'état anxio-dépressif majeur. Il a rapporté des douleurs chroniques dans le cadre d'une perte de

confiance et de troubles de l'adaptation. Le Dr O._____ a estimé que sa patiente était en incapacité de travail totale pour l'instant.

Entendue par l'OAI le 30 juillet 2014, l'assurée a estimé sa capacité de travail à 0 % dans son activité habituelle et « pas à 100 % » dans une activité adaptée. L'office a proposé la mise en place d'une mesure d'orientation professionnelle.

Par communication du 12 août 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'orientation professionnelle (bilan d'orientation) auprès de l'OSEO du 26 août au 30 octobre 2014.

Par communication du 22 août 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce (cours de bureautique) auprès de P._____ du 26 août au 30 octobre 2014.

Dans un rapport d'IRM du genou droit du 12 septembre 2014, le Dr Q._____, spécialiste en radiologie, a conclu à la présence de plusieurs ulcérations profondes et d'une zone œdémateuse au niveau du condyle interne, ainsi que de chondropathie de grade IV, sans déchirure méniscale ni épanchement.

Dans un rapport final du 4 novembre 2014, l'U._____ a décrit l'assurée comme une personne motivée. Il a mentionné une piste de reclassement dans la profession de secrétaire médicale, notant cependant qu'en raison de l'incapacité de travail persistante à 100 % dans toute activité, aucune démarche ne pouvait être débutée.

Par communication du 6 novembre 2014, l'OAI a prolongé la mesure d'intervention précoce (cours de bureautique) du 1^{er} décembre 2014 au 18 février 2015.

A la demande de AJ._____, le Dr M._____ a réévalué l'assurée le 16 octobre 2014. Dans son rapport du 4 décembre 2014, il a posé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec humeur anxio-

dépressive de gravité actuellement légère et les diagnostics différentiels de troubles douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et une affection générale chronique, ainsi que, au niveau de la personnalité, un état limite du registre dépendant décompensé. Il a exposé qu'il n'y avait pas de nouveaux facteurs de stress déterminants sous réserve de quelques soucis financiers que l'assurée parvenait à surmonter. Le Dr M._____ a relevé que le traitement antidépresseur avait permis une plus grande activité, un meilleur contrôle émotionnel. Il n'y avait plus, globalement, d'anhédonie, d'aboulie et d'apragmatisme. Le Dr M._____ a toutefois été frappé par un tableau clinique marqué par une certaine émotivité, l'assurée fondant à plusieurs reprises en larmes durant l'entretien, avec une expectation anxieuse face au futur, un sentiment de vulnérabilité, et surtout des somatisations. Il a estimé que la capacité de travail était au minimum de 50 % dès le 1^{er} décembre 2014 puis, après la réadaptation du traitement pharmacologique, de 100 % dès le 1^{er} janvier 2015 dans une activité adaptée à ses compétences, à sa motivation et à ses limitations somatiques objectives. Ce psychiatre a recommandé une reconversion professionnelle dans une activité simple, répétitive et sans prise de responsabilité avec une aide au placement. Sur le plan médical, il préconisait une augmentation de l'antidépresseur.

Dans un rapport d'IRM des hanches du 15 décembre 2014, le Dr S._____, spécialiste en radiologie, a conclu à des hanches pratiquement dans les normes.

Faute de réponse favorable au traitement antalgique et aux infiltrations à l'épaule droite, l'assurée a consulté, au début de l'année 2015, les Drs BC._____ et T._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans une attestation du 29 janvier 2015, le Dr BC._____ a exposé qu'il avait reçu l'assurée en 2013-2014 et en 2015 pour des douleurs rebelles de la hanche à droite et à gauche sur exostoses ostéogéniques provoquant une bursite d'insertion du moyen fessier nécessitant une infiltration à plusieurs reprises, des douleurs de la

ceinture scapulaire à droite sur conflit entre un éperon claviculaire et l'apophyse coracoïde (intervention chirurgicale planifiée), une gonalgie droite sévère sur chondropathie ulcéranche du condyle fémoral, une lombosciatalgie à répétition sur discopathie lombaire et une hernie discale L5-S1 à droite nécessitant une infiltration. Il a indiqué que l'état de sa patiente, « sous grandes doses d'antalgique et d'anti-inflammatoire », ne permettait pas un travail debout et assis, ni un emploi manuel. Le Dr BC._____ a estimé que, du point de vue orthopédique, l'incapacité de travail était de 100 %.

Le Dr T._____ a opéré l'assurée le 12 mai 2015 (cf. protocole opératoire). Le 31 août 2015, ce spécialiste a complété le formulaire médical de l'AI. Il a mentionné une résection chirurgicale de l'articulation surnuméraire douloureuse coraco-claviculaire avec des suites favorables. Il n'a pas retenu d'incapacité de travail en lien avec les deux épaules en dehors de la période de convalescence subséquente à l'opération (incapacité de travail totale du 12 mai 2015 au 1^{er} juillet 2015).

Le 28 septembre 2015, le Dr BC._____ a attesté d'une incapacité de travail à 100 % en raison d'une gonalgie bilatérale, d'arthropathie à l'épaule droite (status post opération d'un conflit coraco-claviculaire) et d'un syndrome de Maigne des deux hanches. Il a indiqué qu'il était « *quasi-impossible* » de déterminer une activité adaptée.

Le 15 octobre 2015, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété un rapport à l'attention de l'OAI. Il a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif modéré à sévère avec syndrome somatique (F 32.10), de troubles de la personnalité mixte dépendante et émotionnellement labile (F 60.9), renvoyant pour les troubles physiques à ses confrères somaticiens. Il a fait état, après une discrète amélioration de l'humeur de l'assurée, d'une importante péjoration de l'état anxio-dépressif à mettre en lien avec des démarches pour mettre sa mère en maison de retraite, de l'insécurité quant à son avenir et avec la fin de son droit aux prestations de l'assureur

perte de gain. Il a estimé que sa patiente présentait une incapacité de travail totale.

Le 22 octobre 2015, le Dr O._____ a confirmé les diagnostics retenus et l'incapacité de travail totale, précisant qu'une activité adaptée n'existait probablement pas du fait de la multiplicité des atteintes à la santé.

Le Dr W._____, spécialiste en rhumatologie, a examiné l'assurée le 23 juillet 2015. Il a complété le formulaire médical de l'OAI le 15 janvier 2016, retenant les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgie, de syndrome lombo-vertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, et de discopathie L5-S1. Il a évalué l'incapacité de travail à 80 % dans l'activité de magasinnière, précisant que l'assurée pouvait exercer une activité adaptée (sans port de charge en porte-à-faux avec long bras de levier) à un taux de 100 %. Le Dr Stucki a joint à son envoi le rapport qu'il avait adressé le 24 juillet 2015 au Dr O._____ et dans lequel il retenait un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, un syndrome lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire avec une discopathie L5-S1 et un syndrome pertrochantérien d'accompagnement. Il a préconisé la poursuite d'une prise en charge physiothérapeutique, une médication décontracturante à petites doses progressive le soir, associée à l'application de bains de Souffrol à domicile, ainsi que l'utilisation d'une ceinture lombaire, surtout lors des port-de-charge en porte-à-faux avec long bras de levier et des longs déplacements.

Sur recommandation du Dr Y._____, médecin au SMR (avis du 19 février 2016), l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, rhumatologie et médecine interne), dont le mandat a été confié à Centre C._____ le 28 juillet 2016.

Entretemps, la Dre Z._____, spécialiste en rhumatologie, a examiné l'assurée. Dans son rapport du 1^{er} mars 2016, elle a posé les diagnostics de trouble dépressif, de cervico-lombalgies persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec dysbalances musculaires et important déconditionnement musculaire, de troubles statiques plantaires, de syndrome du tunnel carpien bilatéral irritatif, de gonarthrose fémoro-tibiale interne à droite et de status après résection coraco-claviculaire à droite. Elle a observé que sa patiente souffrait de douleurs musculo-squelettiques diffuses prédominant au niveau du rachis, avec des douleurs cervico-scapulaires et lombaires mises en rapport avec des troubles statiques (scoliose structurale), et dégénératifs modérés, son examen clinique ne révélant pas de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Elle a aussi relevé des dysbalances musculaires et un important déconditionnement musculaire. La Dre Z._____ a conclu à un tableau douloureux diffus et mal systématisé, évocateur d'une fibromyalgie, chez une patiente qui présente un trouble dépressif marqué en rapport avec une situation socioprofessionnelle difficile (perte d'emploi et difficultés financières).

Dans un rapport d'IRM du genou gauche du 31 mars 2016, le Dr S._____, spécialiste en radiologie, a mentionné une chondropathie de grade III du compartiment interne avec un important amincissement du cartilage et un œdème osseux sous-chondral. Le reste de l'examen montrait une très discrète chondropathie rotulienne, un petit épanchement intra-articulaire, un kyste poplité de petite taille et l'absence de déchirure méniscale ou ligamentaire ainsi que de lésion musculo-tendineuse.

Le Dr C.G._____, spécialiste en médecine interne générale, la Dre C.R._____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr C.P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé aux examens utiles les 18, 19 et 22 août 2016 pour le compte de Centre C._____. Dans leur rapport du 8 novembre 2016, les experts ont retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, de douleurs de l'épaule droite résiduelle après résection de

l'articulation acromio-claviculaire droite en mai 2015 et de gonalgies bilatérales sur gonarthrose des compartiments internes. Sans répercussion sur la capacité de travail, les experts retiennent un épisode dépressif d'intensité légère sans syndrome somatique (F32.00), prenant une allure chronique depuis fin 2013, des troubles anxieux mixtes (F41.3), depuis le début des années nonante, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), des traits de personnalité dépendante, un syndrome douloureux chronique, un excès pondéral, des allergies saisonnières depuis 2008, une hypertension artérielle traitée depuis 2014, une hernie hiatale et un côlon irritable depuis 2015. Les Drs C.G. _____, C.R. _____ et C.P. _____ ont estimé que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de manutentionnaire. En revanche, l'assurée pouvait exercer, à un taux de 100 %, toute activité légère, respectant ses limitations fonctionnelles (pas de stations debout prolongées, pas d'escaliers, pas de positions accroupies, pas de ports de charges, pas d'activités répétées avec l'épaule droite). Ils ont discuté du cas en ces termes :

« Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne, X. _____ continue à souffrir de douleurs abdominales malgré un traitement adéquat, douleurs liées à un côlon irritable. De même, malgré le traitement d'Oméprazol, il persiste des symptômes digestifs hauts (nausées, vomissements occasionnels).

La prise de poids, survenue depuis 2012, la place actuellement proche de l'obésité.

Il n'y a aucune affection influençant la capacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, actuellement, X. _____ se plaint toujours de lombalgies et de douleurs dans la région des périhanches irradiant dans la face latérale des deux cuisses, douleurs constantes, présentes également la nuit, associées à des troubles du sommeil et augmentées aux activités. Les douleurs des genoux sont également toujours présentes, un peu moins importantes à gauche depuis le traitement de Miacalcic, mais constantes, présentes également la nuit et augmentées dans les escaliers et en se baissant.

Les douleurs des pieds, surtout à gauche, sont également constantes, également la nuit. Les semelles devraient être refaites.

Les douleurs de l'épaule droite sont moins importantes, mais augmentées selon les mouvements et au port de charges.

Elle signale l'apparition récente de douleurs des doigts surtout le soir.

Pour toutes ses douleurs, elle prend de multiples traitements antalgiques, efficaces transitoirement, et fait beaucoup de séances de physiothérapie.

A l'examen clinique, on note une surcharge pondérale avec insuffisance de la musculature abdominale, un syndrome vertébral lombaire modéré et de discrets troubles statiques, des signes de tendinopathie de la coiffe persistant à droite, des douleurs à la palpation des interlignes articulaires des genoux et des douleurs à la palpation des articulations des mains et des pieds. Il n'y a pas de signe de synovite, pas de limitations de mobilité. Tous les points de fibromyalgie sont positifs.

Les différents examens complémentaires montrent, au niveau lombaire, une discrète discopathie L4-L5 et L5-S1, inchangées depuis des années, avec une petite hernie discale médiane non compressive en L5S1. Les sacro-iliaques sont normales.

Les bilans biologiques de 2016 ont montré un discret syndrome inflammatoire persistant, mais les tests pour les différents rhumatismes inflammatoires sont négatifs.

En conclusion, X. _____ présente des lombalgies chroniques sur surcharge pondérale et déconditionnement. Elle présente également des gonalgies bilatérales en relation avec une gonarthrose touchant le compartiment interne des 2 côtés, des douleurs de l'épaule droite persistantes sur tendinopathie de la coiffe malgré une résection de l'extrémité distale de la clavicule, des douleurs des pieds en partie sur troubles statiques, et de multiples douleurs rentrant dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Il n'y a pas d'arguments pour un rhumatisme inflammatoire.

A noter que malgré toutes ses douleurs, elle a travaillé jusqu'au 24.10.2013, date de son licenciement.

Une expertise psychiatrique, demandée par AJ. _____, a lieu le 12.06.2014 et conclut à une capacité de travail de 0 % en raison des problèmes psychiatriques.

L'AI lui a proposé une réadaptation professionnelle et des stages de formation en informatique et bureautique qu'elle a effectués en 2014/2015.

Sur le plan fonctionnel, en raison des problèmes mentionnés ci-dessus, elle est limitée dans les stations debout prolongées, les escaliers, les positions accroupies, les ports de charges, les activités répétées avec l'épaule droite.

Elle ne peut plus exercer son ancienne activité de manutentionnaire. En revanche, elle pourrait effectuer une activité légère plutôt assise, respectant les limitations ci-dessus, à 100 %.

Sur le plan psychique, elle se plaint d'une symptomatologie dépressive depuis son licenciement, dont l'évolution est stationnaire : humeur dépressive d'intensité 7/10, 3 heures par jour durant trois jours par semaine, qui est liée aux douleurs, mais aussi au licenciement qu'elle n'a pas accepté, à la maladie de sa mère, à ses difficultés financières et à son passé difficile ; sa libido a baissé depuis qu'elle est déprimée, mais elle l'attribue également à d'autres facteurs ; elle a des troubles de l'endormissement, se réveille régulièrement en raison des douleurs ; elle se sent fatiguée surtout durant l'après-midi, l'intensité de cette fatigue est de 7/10 ; elle a complètement perdu la confiance en elle-même depuis son

licenciement ; sa concentration est perturbée et rend difficile les tâches administratives elle est pessimiste concernant l'évolution de ses problèmes physiques ; environ une fois par mois, elle a des idées de mort et des idées suicidaires lorsque les douleurs se font particulièrement sentir. Pendant huit ans, au début des années 90, elle faisait des crises de tétanie, durant quelques minutes une à deux fois par jour ; actuellement, il lui arrive d'avoir des crises d'angoisse, de temps en temps, qui peuvent durer jusqu'à trois quarts d'heure au maximum, qui surviennent dans des situations qu'elle vit comme stressantes ; elle se sent claustrophobe et évite de fermer à clé lorsqu'elle va aux w.c. même à l'extérieur de chez elle.

Elle se décrit comme une femme inquiète depuis toujours, elle était pointilleuse au travail. Elle dit qu'il lui arrivait d'être impulsive, dans le sens qu'il fallait que cela bouge au travail, qu'elle était exigeante avec elle-même et ses collaborateurs et qui lui arrivait parfois d'élever la voix pour se faire obéir. Elle est honnête. On l'appréciait, car elle était souriante et qu'elle avait de l'humour. Elle disait les choses en face. Elle n'aimait pas l'injustice, elle avait tendance à défendre ses collaborateurs devant la hiérarchie. Il lui arrivait d'ailleurs que sa hiérarchie lui reproche de défendre les petits. Elle avait parfois de la peine à démordre de ses opinions et cela créait des tensions dans sa vie privée. Elle aurait aimé s'affirmer plus, avoir plus confiance en elle, mais aussi être plus souple, prendre moins à cœur certaines choses et plus penser à elle.

La recherche de traits de personnalités borderline est négative : elle a toujours eu peur des abandons, mais sans être prête à faire n'importe quoi pour les éviter ; lorsqu'elle travaillait, il lui arrivait de piquer les colères, deux fois par semaine, avec des collaborateurs qui ne travaillaient pas bien, chose qu'elle regrettait par la suite et tendait à s'excuser.

La recherche de traits de personnalité dépendante nous apprend qu'elle avait régulièrement besoin d'être rassurée sur ce qu'elle faisait au travail, elle demandait à une collègue si c'était bien, si c'était correct ; elle avait régulièrement besoin de se faire conseiller pour des décisions importantes ; elle avait peur des séparations. Elle n'a pas d'habitudes toxiques.

La description des activités quotidiennes nous apprend qu'elle est active dans les limites de ses problèmes physiques : partage les tâches ménagères avec son amie, assume les tâches administratives du ménage ainsi que celles de sa mère, marche, se rend à la piscine de temps en temps, s'occupe de ses chats, regarde la télévision et lit environ 2 heures par jour, utilise l'ordinateur environ une heure par jour. Même si elle est moins active socialement depuis 2013 elle n'en est pas repliée pour autant.

L'examen psychiatrique montre une femme en surpoids, faisant plus âgée, peu soignée. Elle se montre triste, et a des larmes au bord des yeux lorsqu'elle parle de son licenciement, mais peut également sourire à d'autres reprises durant l'entretien. Elle n'est pas ralentie et aucun signe de trouble cognitif n'est relevé. Le contenu de la pensée est fixé sur le licenciement qu'elle vit comme particulièrement injuste, sur sa confiance qui s'est écroulée depuis et sur le fait qu'elle ne se sent pas capable de remonter la pente. L'humeur est légèrement dépressive, l'expertisée se montre triste, elle pleure, elle est pessimiste et a perdu confiance en elle. Aucun

signe des lignées anxieuse et psychotique n'est relevé. L'expert rhumatologue relève une certaine démonstrativité dans les plaintes et que tous les points de la fibromyalgie sont positifs.

Le dosage plasmatique de l'escitalopram monte un taux dans les limites de l'intervalle de référence, argument pour une bonne observance thérapeutique.

En conclusion, nous retenons le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité légère sans syndrome somatique (F32.00) prenant une allure chronique malgré une bonne observance du traitement antidépresseur depuis fin 2013. La symptomatologie anxieuse rentre dans un diagnostic d'autres troubles anxieux mixtes (F41.3) mêlant une symptomatologie anxieuse généralisée, une symptomatologie de crises de panique (actuellement en rémission) et une tendance à la claustrophobie. Nous relevons également quelques traits de personnalité dépendante qui d'après nous ne sont pas suffisants pour affirmer de manière certaine que l'expertisée souffre d'un trouble de personnalité dépendante, notre évaluation diffère de celle de son psychiatre traitant probablement parce qu'il a vu sa patiente lorsqu'elle était plus sévèrement déprimée.

Nous retenons également le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). En effet, l'expert rhumatologue observe que tous les points de fibromyalgie sont positifs et chez cette assurée il existe des conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux suffisamment importants.

D'après la grille d'examen en cas de troubles somatoformes (...) nous retiendrons qu'il existe des troubles psychiques, sous la forme d'un épisode dépressif léger prenant une allure chronique et un trouble anxieux mixte. X. _____ a quelques traits de personnalité dépendante, sans qu'il soit possible de poser de manière certaine un diagnostic de trouble de la personnalité.

L'expertisée a des ressources, elle a montré une stabilité tant dans sa vie sentimentale que professionnelle, est affirmée, a une longue expérience professionnelle, elle peut compter sur le soutien de son entourage social et a montré une certaine capacité de résilience par rapport à un passé difficile.

Des mesures de réadaptation sont exigibles du point de vue psychiatrique.

Concernant la cohérence, la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes, elle est suivie régulièrement par son psychiatre traitant et son observance thérapeutique concernant l'antidépresseur est bonne. Elle a bien collaboré avec les experts.

Nous ne constatons pas de limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique et, de ce point de vue, la capacité de travail est complète dans toute activité sans diminution de rendement. »

Le Dr Y. _____ s'est rallié aux conclusions formulées par les experts C.G. _____, C.R. _____ et C.P. _____ et a retenu une capacité

de travail de 0 % dans l'activité habituelle, mais de 100 % dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles énoncées par les experts (rapport SMR du 28 novembre 2016).

Dès le mois de janvier 2017, l'assurée a consulté la Dre AA._____, spécialiste en médecine interne générale, en raison de la cessation d'activité du Dr O._____. La nouvelle médecin traitante a prolongé l'arrêt de travail.

Lors d'un entretien le 20 mars 2017, l'OAI a proposé à l'assurée une mesure de réadaptation sous la forme d'un entraînement à l'endurance.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé le préjudice économique de l'assurée en date du 20 mars 2017. Il a pris en considération un revenu annuel sans invalidité de 61'527 fr. 70, sur la base du revenu réalisé en 2013 (rapport de l'employeur du 2 juin 2014), avec indexation pour l'année 2014. Quant au revenu d'invalidité, il s'est fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'année 2014, tous secteurs d'activités confondus. Il a mis en évidence un revenu annuel de 48'413 fr. 70, compte tenu d'un abattement de 10 % eu égard au désavantage salarial potentiel lié aux limitations fonctionnelles. Un degré d'invalidité de 21,31 % résultait de la comparaison des revenus précités.

Le 3 mai 2017, l'assurée a refusé la mesure de réadaptation proposée par l'OAI, estimant que sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

Le 2 juin 2017, l'OAI a sommé l'assurée de collaborer à la mesure proposée, l'informant qu'à défaut, il tiendrait compte d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le 11 juillet 2017, le Dr V._____ a contesté le caractère passager des incapacités de travail et la possibilité pour l'assurée de recouvrer une capacité de travail. Sur la base d'une échelle de Beck avec un score de 26, le psychiatre traitant a conclu à une dépression modérée. Il en a inféré que l'évaluation des limitations fonctionnelles ne semblait pas correspondre à la réalité clinique quotidienne observée lors des entretiens.

Dans un rapport du 10 août 2017, le Dr AC._____, spécialiste en rhumatologie au Centre AB._____, a posé les diagnostics de lombosciatalgies chroniques bilatérales avec discopathies L4-L5, L5-S1 et troubles dégénératifs du rachis, de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, d'hypermobilité articulaire, de gonarthrose bilatérale, de pieds plats bilatéraux prédominant à droite, de troubles dépressifs chroniques et de troubles du sommeil, ainsi que de céphalées chroniques. Il a préconisé une adaptation des antalgiques et une réévaluation des psychotropes, recommandant du cymbalta pour son action sur la thymie et sur la perception des douleurs centrales. Sans se prononcer sur la capacité de travail, il a fait état d'une situation « *relativement fixée et chronicisée depuis plusieurs années* », une amélioration significative de la situation par des mesures médicales étant peu probable. Il a recommandé un nouveau séjour auprès des centres de réhabilitation de Centre K._____ ou du Centre AB._____.

Dans un premier projet de décision du 24 août 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui dénier le droit à une rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité de 21,31 %. Celui-ci était calculé sur un revenu sans invalidité de 63'142 fr. 80 et un revenu d'invalidité, avec une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, de 50'028 fr 80 fondé sur les données statistiques (cf. calcul du salaire exigible du 20 mars 2017). Il a justifié l'approche théorique par le refus de l'assurée de participer à une mesure d'orientation professionnelle.

Dans un rapport du 23 octobre 2017, la Dre AA._____ a conseillé à l'OAI de réévaluer la capacité de travail de sa patiente en fonction de ses limitations fonctionnelles.

L'assurée, représentée par le AH._____, a contesté le projet de décision du 24 août 2017 par écriture du 30 octobre 2017.

Dans un avis SMR du 24 novembre 2017, le Dr Y._____ a constaté que les rapports fournis par l'assurée à l'appui de sa contestation n'apportaient pas de nouveaux éléments susceptibles de modifier son appréciation.

Dans un second projet de décision du 2 février 2018, annulant et remplaçant celui du 24 août 2017, l'OAI a réitéré les conclusions de ce dernier, précisant toutefois les limitations fonctionnelles (pas de station debout prolongée ; pas de montée et descente régulière d'escaliers ; pas de travail en position accroupie ou à genou ; pas de port de charge de plus de 10 kg ; pas de travail avec l'épaule droite au-dessus du plan des épaules ou d'activité répétée et contre résistance avec cette épaule) et des exemples d'activités professionnelles exigibles (préposée au scannage ; secrétaire médicale ; aide en pharmacie ; économat).

Le 20 mars 2018, l'assurée a contesté le projet de décision du 2 février 2018. Elle a notamment produit :

- Le rapport du Dr B._____ du 26 février 2018. Ce spécialiste a posé les diagnostics de polyarthralgies dans le cadre d'une fibromyalgie, d'un déconditionnement physique, de troubles statiques et d'une hypermobilité articulaire mise en évidence à l'examen clinique. Le Dr B._____ s'interrogeait sur un possible syndrome d'Ehlers-Danlos qui permettrait de mieux comprendre la situation actuelle et nécessiterait une approche différente sur le plan pharmacologique.

- Le rapport du Dr B. _____ du 1^{er} mars 2018. Après avoir complété ses examens, ce spécialiste a posé le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos qui se surajoutait aux différentes atteintes ostéoarticulaires. Il a précisé que le questionnaire soumis à sa patiente révélait une forte réduction fonctionnelle, peu compatible avec une activité professionnelle. Il a indiqué que les limitations fonctionnelles retenues par les experts de Centre C. _____ étaient lacunaires et ne permettaient pas de déterminer clairement les activités exigibles. Le Dr B. _____ a également proposé d'adapter la médication au vu du nouveau diagnostic qu'il retenait.

- Le rapport de la Dre AD. _____, spécialiste en anesthésiologie au Centre AB. _____, du 23 février 2018. Cette spécialiste a fait état d'un pronostic plutôt défavorable sur le plan algique. Elle a estimé que, selon son expérience, le processus thérapeutique était plutôt de longue durée et nécessitait une prise en charge médicale et paramédicale considérable. La Dre AD. _____ soutenait une réintégration professionnelle dans une activité adaptée et à un « pourcentage à long terme ».

L'assurée a complété ses objections le 16 avril 2018. A cette occasion elle a produit le rapport du Dr V. _____ du 12 avril 2018 dont le contenu est le suivant :

« I - Le degré de gravité fonctionnelle

A. Axe "atteinte à la santé"

1. Empreinte des éléments diagnostics

X. _____ souffre d'un syndrome somatoforme douloureux persistant apparu dans le contexte d'une surcharge psychosociale. Les nombreux et différents spécialistes somaticiens consultés ont tous conclu à une incapacité de travail. De plus, le rapport exhaustif du Dr B. _____ relève un Syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile qui vient compléter un tableau bien fourni sur le plan algique.

2. Succès des traitements et de la réadaptation ou résistance à ces derniers.

La patiente a bénéficié de janvier 2015 à mars 2018 d'une psychothérapie systémique individuelle de 50 min, à un rythme hebdomadaire, pour un épisode dépressif moyen (F32.1). Le traitement a permis une prise de conscience de ses modes relationnels. Nous relevons des changements dans les interactions entre la patiente et son milieu et une amélioration de la résolution de problèmes. Les douleurs chroniques dont la patiente souffre compromettent notablement la mise en place de stratégies de prévention de la rechute dépressive.

De mai 2017 à mars 2018: Thérapie cognitivo-comportementale, au rythme d'une séance hebdomadaire de 50 min, pour le même épisode dépressif moyen (F32.1). La thérapie est axée sur la gestion de la douleur, l'acceptation de ses limites, l'adaptation du quotidien à l'état de santé, l'augmentation des activités agréables, la diminution des fausses obligations et des exigences trop élevées (perfectionnisme), sur l'affirmation de soi, notamment s'octroyer le droit à ses besoins et les exprimer, demander de l'aide, refuser des demandes. Travail sur la peur de l'avenir, à identifier des anticipations, vérifier, remplacer, revenir sur ici et maintenant, à l'aide de la méditation par la pleine conscience. La thymie de la patiente reste labile. Au vu de la forte vulnérabilité et de du syndrome dépressif de X._____, le risque d'aggravation des symptômes est élevé.

La médication a été jugée légère par le rapport du SMR du 28.11.2016, mais il ne relève pas les effets secondaires qui empêchent une augmentation de la posologie.

L'engagement de la patiente dans ses traitements est exemplaire. J'ignore quel autre traitement pourrait lui être proposé.

3. Comorbidités

Le diagnostic de trouble de la personnalité mixte dépendant et émotionnellement labile posé en 2015, n'a pas été retenu dans l'expertise d'août 2016, alors que dans la relation thérapeutique, nous constatons des éléments abandonniques certains.

B. Axe "personnalité"

Les troubles mixtes de la personnalité provoquent souvent de l'anxiété et perturbent le fonctionnement relationnel. Chez X._____ ils se manifestent de surcroît par une forte labilité émotionnelle, faible estime de soi, exigences élevées, peur de l'abandon, faible résistance au stress, rigidité.

C. Axe "contexte social"

Nous rejoignons les conclusions de l'expertise.

II- La consistance des troubles

A. La limitation du niveau d'activité est identique dans tous les domaines comparables de la vie. L'atteinte à la santé limite la patiente dans la même mesure tant dans son activité professionnelle, dans sa vie privée que dans ses loisirs.

B. Le poids de la souffrance révélé par les mesures de réadaptation et les

traitements médicaux

Sur le plan **psychiatrique et psychothérapique**

Psychothérapie déléguée et pharmacothérapie.

Janvier 2015-Mai 2018 psychothérapie d'orientation systémique avec une fréquence hebdomadaire de 50 min

Mai 2017-Mars 2018 psychothérapie d'orientation cognitivo-comportementale avec une fréquence hebdomadaire de 50 min.

Sur le plan **pharmacologique** :

Cipralax, ajustement de la posologie de 6 gttes à 10 gttes puis 15 gttes en une prise le soir.

Redormin 250 1-0-0

Sanalepsi 10 gttes 1h avant le coucher

Malgré les différentes mesures thérapeutiques, une tendance à la chronicisation de la maladie est observée chez cette patiente très motivée et collaborante qui porte une souffrance considérable. »

Dans un avis SMR du 22 juin 2018, le Dr AE._____, médecin dudit service, n'a pas retenu de nouveaux éléments susceptibles de remettre en cause la position du SMR.

Par décision du 4 décembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée du 14 mai 2014, confirmant le projet de décision du 2 février 2018.

B. Par acte du 16 janvier 2019, X._____, représentée par {} {}, a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision qui précède, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle constate que, dans ses rapports des 26 février et 1^{er} mars 2018, le Dr B._____ a avancé des diagnostics que les experts n'avaient pas pris en considération. Elle conteste en outre la valeur probante de l'expertise de Centre C._____, ceci notamment à la lumière du rapport du 18 avril 2018 du Dr V._____. Elle soutient que les experts de Centre C._____ n'auraient pas évalué correctement la gravité de l'atteinte fonctionnelle et l'influence des douleurs chroniques sur le risque de rechute dépressive. Elle reproche à l'intimé d'avoir tiré des conclusions juridiques de son refus de participer à la mesure d'entraînement auprès de P._____ dès lors que cette activité n'était pas adaptée à son suivi thérapeutique et à ses limitations fonctionnelles. En annexe à son recours, elle a notamment produit :

- Le rapport d'IRM du genou droit du 28 mai 2020. Le Dr L._____ y a conclu à la présence d'un épanchement intra-articulaire, d'un kyste, d'un œdème intraosseux tout à fait net sur le versant latéral du plateau tibial avec une ulcération du cartilage de recouvrement. Le cartilage rotulien, le compartiment fémoro-tibial externe et le ménisque étaient conservés.

- Le rapport d'IRM lombaire du 4 septembre 2018 du même radiologue qui a retenu une petite hernie de Schmorl au niveau des vertèbres L1-L2, une discopathie modérée sans hernie ni conflit au niveau des vertèbres L4-L5, une discopathie plus évoluée au niveau des vertèbres L5-S1 avec une petite hernie discale médiane et paramédiane droite, pouvant éventuellement générer une atteinte irritative intracanaulaire avec la racine de la vertèbre S1 à droite (sans canal lombaire étroit ni rétrécissement foraminal) et une facetarthrose aux deux derniers niveaux, prédominants au niveau des vertèbres L4-L5.

- Le rapport d'IRM de la hanche droite du 31 août 2018 du même radiologue qui a conclu à de discrets signes de bursite trochantérienne droite, sans signe d'arthrite, de nécrose ou de coxarthrose significative.

- Le rapport d'IRM du rachis cervical du Dr AF._____, spécialiste en radiologie, du 21 novembre 2018. Ce radiologue a identifié une discrète discopathie dégénérative étagée du rachis cervical sans sténose canalaire ou foraminale ni compression radiculaire. Il a relevé au niveau des vertèbres C4-C5, une petite protrusion discale paramédiane droite.

- Le rapport de radiographie et d'échographie de l'épaule droite du Dr AG._____, spécialiste en radiologie, du

12 novembre 2018 qui a conclu à une omarthrose droite débutante et à une tendinopathie du sus-épineux.

- Le rapport de radiographie des genoux du Dr AG._____ du 9 octobre 2019 dans lequel le radiologue a conclu à une chondropathie interne bilatérale avec des signes de préarthrose avec une légère prédominance à gauche, et à une patella de type alta avec une légère excentration latérale des rotules.

Par réponse du 28 février 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a notamment relevé que les documents produits par la recourante avaient été soumis au SMR (avis du Dr AE._____ du 12 février 2019) et ne permettaient pas de revenir sur les résultats de l'instruction menée en procédure administrative.

Répliquant le 22 mars 2019, la recourante a contesté l'avis SMR susmentionné et mis en exergue les positions de ses médecins traitants, maintenant ses conclusions. Elle produit un rapport de la Dre AA._____ du 20 mars 2019. Après avoir expliqué la prise en charge dont bénéficiait sa patiente, la généraliste traitante concluait à ce que les mesures médicales mises en œuvre n'avaient pas permis à l'intéressée de recouvrer une capacité de travail. Elle a indiqué que les limitations fonctionnelles objectivables ne tenaient pas compte de l'intensité de la douleur dans son ensemble.

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives par écritures des 18 avril et 3 mai 2019.

Considérant que l'expertise de Centre C._____ ne suffisait pas à trancher l'objet du litige compte tenu du nouveau diagnostic posé par le Dr B._____, la juge instructrice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (cf. notamment ordonnances des 17 juin 2019 et 23 janvier 2020), confiée au Dr E.R._____, spécialiste en rhumatologie, et à la Dre E.P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après

avoir procédé aux examens utiles les 8 et 27 juillet 2020, ainsi que les 24 et 31 août 2020, les experts ont rendu leurs rapports d'expertise les 8 et 10 février 2021. Ils ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de scoliose dorsolombaire, de lombodiscarthrose, de conflit sous-acromial droit, de chondropathie du genou droit, de pied plat acquis sur probable déficit du tendon tibial postérieur, de fibromyalgie et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans symptômes somatiques (expertise E.R._____, p. 33 ; expertise E.P._____, p. 30). Sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr E.R._____ a retenu les diagnostics d'épicondylite du coude droit et de périarthrite de la hanche droite (Expertise E.R._____, p. 33), sa consœur n'en identifiant aucun (Expertise E.P._____, p. 28).

Selon le Dr E.R._____, la fibromyalgie entraînait un abaissement du seuil de la douleur qui concernait aussi les douleurs provoquées par les pathologies dégénératives (expertise E.R._____, p. 33). Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes (Ibid, p. 34) :

« Chondropathie du genou droit : pas de travail à genoux ni accroupie, pas de marche de plus de 30 minutes à la fois, maximum deux heures par jour loisirs compris. Scoliose dorsolombaire, lombodiscarthrose : pas de travail penchée en avant ou en arrière, pas de rotations du tronc, changements de position toutes les 30 minutes entraînant une baisse du rendement de 10 %.

Pied plat acquis : pas de marche en terrain irrégulier.

Conflit sous-acromial droit : pas de port de charge de plus de 5 kg, pas de travail le bras droit au-dessus de la ligne des épaules.

Fibromyalgie : baisse de rendement de 20 % en raison des douleurs chroniques. En raison de l'interaction de la fibromyalgie avec les douleurs dues aux troubles dégénératifs il faut tenir compte d'une baisse de rendement supplémentaire de 10 %. Globalement il y a donc une capacité de travail de 60 % sur le plan strictement rhumatologique en raison d'une baisse du rendement de 40 % . »

L'expert a relevé des incohérences (Ibid., p. 31) :

« Malgré des allégations de fortes douleurs lombaires, l'épreuve de Mingazini (tenir les jambes en l'air, genoux et cuisses fléchis à 90° couchée sur le lit d'examen) est correctement effectuée, ce qui est rarement le cas pour les assurés lombalgiques. La flexion du genou droit est bloquée à 80° par des contre-pulsions actives de l'assurée lors de l'examen du genou en position couchée, alors qu'assise elle

le maintient spontanément à 90° de flexion. Cette incohérence peut être expliquée par une majoration due au contexte de l'expertise.

La rotation interne avec le bras droit à 90° d'abduction atteint 80° ce qui devrait causer une forte douleur en cas de conflit sous-acromial à l'épaule droite. Ce test indolore suggère que le conflit sous-acromial à l'épaule droite est léger ou asymptomatique en ce moment.

Sur le plan psychiatrique, elle a déclaré à l'expert rhumatologue soussigné qu'elle voyait un médecin psychiatre une fois par semaine, alors qu'elle a déclaré à l'expert psychiatre qu'elle n'avait plus de suivi psychiatrique depuis 2018.

L'assurée déclare ne pas pouvoir prendre sa douche seule car elle aurait du mal à enjamber sa baignoire, pourtant pendant cette expertise rhumatologique elle a pu se déshabiller de manière autonome et sans comportement douloureux. Elle peut également lever son bras droit à 150°, bien qu'elle déclare ne pas pouvoir étendre le linge (...).

Les douleurs ostéoarticulaires de l'assurée seraient également présentes la nuit, ce qui gênerait son sommeil. Sur le plan rhumatologique ceci n'est pas objectivable, car les douleurs ostéoarticulaires que ce soit des troubles dégénératifs ou de la fibromyalgie diminuent fortement au repos. Il se pourrait que son trouble du sommeil soit en lien avec une éventuelle pathologie psychiatrique, ce qui sera examiné par l'expert psychiatre, ou qu'elle souffre de douleurs nocturnes subjectives sans explication organique. »

Le Dr E.R. _____ a répondu comme il suit aux questions concernant la capacité de travail de la recourante (Ibid., pp. 33-36) :

« 3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici

3.1 Comment agissent ces atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici ?

L'activité de manutentionnaire est contre-indiquée de manière permanente.

(...)

3.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail (ressources résiduelles et limitations fonctionnelles).

Sur le plan strictement rhumatologique, il existe une capacité de travail horaire de 100 % dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles. En raison des changements de position fréquents et des douleurs chroniques, il faut s'attendre à une baisse du rendement de 40 % au total soit une capacité de travail globale de 60 % sur le plan uniquement rhumatologique (...), ceci pour une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

(...)

3.4 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins, diminution de rendement comprise ?

Les différents diagnostics rhumatologiques incapacitants sont décrits dans le dossier depuis fin 2013. L'incapacité de travail de 40 %, due à la diminution du rendement sur le plan rhumatologique pur est valable depuis fin 2013.

3.5 Comment le degré d'incapacité de travail, y compris une éventuelle diminution de rendement, a-t-il évolué depuis lors ?

Il est resté stable en dehors des décompensations aiguës des lombalgies et de l'opération à l'épaule droite. Ces événements ont théoriquement diminué la capacité de travail temporairement dans toute activité, sans qu'il soit possible de donner des dates précises chez cette assurée qui ne travaille plus depuis fin 2013. Il est documenté que l'opération de l'épaule droite du 12.12.2015 [recte : 12.05.2015] a entraîné une incapacité de travail dans toute activité jusqu'au 1.7.2015 au plus tard. Il reste aussi possible que des pathologies psychiatriques survenues pendant cette période aient été momentanément incapacitantes indépendamment des problèmes somatiques, ce qui sera examiné par l'expert psychiatre.

(...)

4.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par exemple heures par jour), diminution de rendement comprise ? Depuis quand ?

Une activité à 100 % horaire avec une baisse de rendement de 40 % est possible sur le plan strictement rhumatologique depuis fin 2013, avec une interruption totale du 12.12.2015 [recte : 12.05.2015] au 1.7.2015 en raison de l'acromioplastie de l'épaule droite du 12.12.2015 [recte : 12.05.2015] . En cas de reprise d'une activité professionnelle il faut aussi proposer initialement un taux horaire réduit à 50% pour tenir compte de la baisse de l'endurance consécutive à l'inactivité. Ce taux horaire réduite pourra progressivement être augmenté jusqu'à 100 % sur 6 mois environ, la baisse du rendement de 40 % va par contre persister.

4.3 Quelle a été l'évolution de la capacité de travail de l'assuré(e) dans une activité adaptée ?

Elle est restée stable depuis fin 2013 sur le plan strictement rhumatologique. »

L'expert rhumatologue s'est exprimé comme il suit en ce qui concerne les différences qu'il a constatées par rapport à l'évaluation de ses confrères de Centre C. _____ (ibid., pp. 42-44) :

« D. Remarques éventuelles

L'expert voudra indiquer, en cas de divergence avec les appréciations et conclusions retenues par les autres, médecins (notamment ceux résultant de l'expertise du Dr M._____, ceux constatés dans l'expertise pluridisciplinaire réalisée le 8 novembre 2016 par le Centre C._____, ceux posés par le Dr B._____ dans ses rapports des 26 février 2018 et 1^{er} mars 2018), les motifs pour lesquels il s'écarte de telle ou telle appréciation ou de telle ou telle conclusion.

Sur le plan rhumatologique, X._____ souffre de troubles dégénératifs bien documentés aux différents examens d'imagerie. Il s'agit d'une gonarthrose débutante, d'un conflit sous-acromial droit, de troubles dégénératifs lombaire avec une scoliose. Elle souffre aussi de douleurs plus diffuses que ne sont pas expliquées par un substrat organique, avec un diagnostic confirmé par ses médecins traitants et par l'expertise du Centre C._____ en 2016 de fibromyalgie. Les symptômes musculosquelettiques sont bien expliqués par les atteintes dégénératives et la fibromyalgie. Dernièrement le Dr B._____ a ajouté le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Il n'y a pas de raison objective qui me permette de retenir ce diagnostic. Je n'ai pas observé d'hyperlaxité pathologique chez l'assurée. L'hyperlaxité n'est pas non plus décrite par le Dr B._____ dans son rapport de novembre 2005. Cette entité (syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile) reste à ma connaissance controversée parmi les médecins spécialistes en génétique. Le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos n'est pas du ressort des médecins rhumatologues. Les syndromes d'Ehlers-Danlos sont par définition secondaires à des anomalies génétiques causant des anomalies des protéines du collagène. Il s'agit de maladies génétiques à transmission héréditaire qui sont très rares et très difficiles à diagnostiquer. A ma connaissance, dans le sous-type hypermobile, aucune mutation précise n'a pu être identifiée. Le diagnostic du sous-type hypermobile repose en grande partie sur des autoquestionnaires dont la spécificité et la sensibilité ne sont pas connus, en particulier par rapport à d'autres syndromes similaires comme la fibromyalgie. Par contre l'hyperlaxité en tant que variante de la norme existe. L'hyperlaxité touche une proportion significative de la population saine en l'absence de syndrome génétique (entre 5 à 10 %). La majorité des personnes hyperlaxes ne souffrent pas de douleurs diffuses. Au contraire, beaucoup de gymnastes et de danseurs de haut niveau sont hyperlaxes et profitent de leur hyperlaxité qui les rend plus performants. Globalement le tableau rhumatologique paraît similaire depuis la description de l'expert rhumatologue lors de l'expertise de 2016 tant en ce qui concerne la fibromyalgie que les pathologies dégénératives. La gonalgie droite est actuellement péjorée par un problème aigu (oedème sous-chondral du plateau tibial, cf. IRM de mai 2020) tandis que l'omalgie droite a diminué. Les douleurs diffuses sans corrélation anatomique typiques de la fibromyalgie persistent. Je retiens les mêmes diagnostics. Cependant à mon avis les changements de position nécessaires à cause des lombalgies occasionnent une baisse de rendement de 10 %, les douleurs chroniques de la fibromyalgie occasionnent une baisse de rendement supplémentaire de 20 %, et la fibromyalgie majore les douleurs somatiques résultant en une baisse de rendement supplémentaires de 10 %. Pour ces raisons je retiens une capacité de travail globale de 60 % uniquement pour les atteintes du domaine de la rhumatologie.

A noter que ses médecins traitants, et notamment le Dr BC. _____ dans son attestation du 29.1.2015 estimaient qu'il n'y avait aucune capacité de travail résiduelle sur le plan somatique. Je m'écarte de cet avis. Les atteintes somatiques de X. _____ n'empêchent pas un travail adapté. Ce type d'atteintes du genou, du rachis et de l'épaule se rencontrent dans une proportion significative des travailleurs actifs dans sa tranche d'âge. Il est un peu moins fréquent de les observer chez la même personne sans que cela soit exceptionnel ni n'empêche toute activité professionnelle. Cependant la combinaison de ces atteintes somatiques avec la fibromyalgie entraîne une diminution significative de sa capacité de travail somatique, ce qui n'a pas été correctement pris en compte lors de l'expertise pluridisciplinaire de 2016 à mon avis. »

On extrait ce qui suit de l'appréciation de la Dre E.P. _____, ainsi que de ses réponses au questionnaire de la Cour (Expertise E.P. _____, pp. 24-27) :

« (...)

L'experte a cherché à objectiver un trouble structurel présent depuis l'âge adulte ayant un impact sur les domaines affectif, professionnel, social, de type trouble de la personnalité.

Dans ces domaines il faut constater que X. _____ a pu fonctionner durant de nombreuses années de façon satisfaisante. En effet l'histoire de vie de l'expertisée révèle un parcours stable face à des événements extérieurs représentant un stress important (abandon du père biologique, enfance dans un milieu affectif peu stable, mère dépressive et alcoolique).

Elle a eu peu de partenaires, et vit depuis plus de deux décennies avec sa compagne actuelle. Le couple s'entend bien, les deux femmes vivent en bonne harmonie, et il y a très peu de conflits. (...).

Sur le plan social X. _____ a quelques amis de très longue date, auxquels elle tient, avec qui elle reste en contact, même si elle ne les voit plus très souvent du fait de sa fatigue.

Elle est restée pendant plus de trente années au même poste envers et contre toutes les fusions qui se sont déroulées au sein de l'entreprise, malgré une charge de travail grandissante.

L'expertisée se vit comme quelqu'un d'impulsif, mais sur le plan anamnestique il y a peu de décisions prises sur un coup de tête. Son parcours de vie n'est pas ponctué de changements fréquents, bien au contraire. En entretien, l'expertisée a démontré un comportement serviable, accommodant, réfléchi. Lorsque l'experte a confronté l'expertisée à des questions potentiellement désagréables, celle-ci n'a pas réagi avec de l'impulsivité.

L'experte souligne que ce qui est caractéristique chez cette expertisée est plutôt une difficulté à vivre le changement et non une tendance récurrente à induire des changements de son propre chef du fait d'un caractère capricieux, d'une labilité émotionnelle ou d'une habilité à s'enflammer dans des nouveaux projets ou des nouvelles perspectives.

Le trouble de personnalité limite évoqué dans de précédents rapports médicaux et nommé personnalité émotionnellement labile (type impulsif ou type borderline) dans la CIM-10, n'est pas retrouvé, faute de critères en suffisance.

(...)

Il n'y a pas d'éléments en faveur d'un autre trouble de la personnalité.

(...)

Un nouvel épisode d'allure dépressive, mentionné comme « burn out », est évoqué par plusieurs thérapeutes ainsi que par l'expertisée elle-même, environ une année avant son licenciement (juin 2012).

Dans ce cas, les troubles ont affecté, selon l'anamnèse, les capacités de penser, l'élan vital, l'humeur, et l'envie de vivre. Le facteur épuisement a été au premier plan. L'expertisée a donné des signes d'alerte à son employeur, elle a su agir au plus près de ses valeurs, tant du point de vue personnel que du point de vue de l'équipe et de ses collègues. Puis elle est revenue sur son lieu de travail après un laps de temps relativement bref compte tenu des caractéristiques d'un burn out, ce qui laisse entrevoir que cette dame avait, d'une façon habituelle, des ressources d'énergie plutôt importantes.

L'expérience clinique nous enseigne que ce trouble occasionne des dégâts souvent extrêmement lourds sur le plan de l'élan vital et de la concentration, tant en termes de sévérité des troubles que sur le plan du temps qu'il faut pour aller mieux.

Mais la façon dont l'expertisée a géré cette nouvelle crise nous donne des éléments précieux pour ce qui concerne sa façon habituelle de fonctionner. Elle s'est forcée à revenir et à reprendre une activité professionnelle, puis a dû s'arrêter à nouveau pour des raisons somatiques, cette fois.

Dans ce contexte, le licenciement et les conditions de celui-ci (entretien rapide et sans égards, aux yeux de l'expertisée) a représenté le dernier facteur de stress qui a précipité la décompensation sur le plan psychique.

Même s'il s'agit, dans le présent mandat, de se préoccuper plutôt des événements qui ont eu lieu depuis l'arrêt de travail du 24 octobre 2013, il n'en reste pas moins évident que les troubles psychiques ont couvé depuis l'épuisement professionnel qui avait occasionné un premier arrêt maladie, en juin 2012.

Depuis le licenciement, c'est le diagnostic de trouble de l'adaptation qui a été évoqué. Ce diagnostic semble hautement probable au vu de l'exacerbation très rapide (quelques heures) de la symptomatologie après l'entretien de licenciement en octobre 2013 (insomnies, tristesse, ruminations).

La CIM-10 précise, sous le diagnostic de F43.2 trouble de l'adaptation, que « lorsque les symptômes persistent au-delà de six mois, on doit modifier le diagnostic pour celui qui correspond au tableau clinique ».

Ces derniers constituent l'objet de la discussion plus haut et correspondent donc à un épisode dépressif. Ils se sont clairement chronicisés. L'expertisée, depuis son licenciement, n'a jamais eu de période hors symptomatologie dépressive. Le trouble s'étale donc sur une période de plusieurs années. Il a évolué en une dépression persistante, que l'on doit, selon la CIM-10, inclure dans les troubles dépressifs récurrents (...).

Il y a donc un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans symptômes somatiques F 33.00.

Ce trouble est sans aucun doute alimenté par la présence de douleurs dues à des lésions organiques et à la fibromyalgie (voir volet rhumatologique de la présente expertise). Mais le vécu subjectif des douleurs est également alimenté par la symptomatologie dépressive.

X. _____ ne semble pas exagérer les symptômes, elle est touchante et exprime une réelle souffrance psychique.

Tous les domaines de la vie sont touchés. Toutefois X. _____ conserve certaines capacités (administratives notamment). L'image globale est concordante.

La composante dépressive est assortie d'une forte composante anxieuse.

(...)

8. Ressources :

(...)

8.2

a) L'expertisée a effectué une psychothérapie dans les règles. Elle n'est plus suivie actuellement. Les ressources psychiques sont actuellement faibles. X. _____ a eu des ressources psychiques conséquentes par le passé, mais ces ressources semblent actuellement épuisées.

(...)

c) La compagne de l'expertisée l'aide pour les tâches domestiques de la vie quotidienne. L'expertisée gère son administration elle-même.

(...)

B. Appréciation du point de vue de la médecine des assurances :

(...)

2. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les atteintes constatées (après avoir procédé à l'évaluation des capacités fonctionnelles) :

(...)

2.2 Les limitations fonctionnelles dues à ce trouble sont essentiellement une humeur triste, une fatigabilité. L'expertisée a par ailleurs besoin de plus de temps pour effectuer les tâches qu'elle faisait auparavant.

Il n'y a pas de handicap mental.

2.3 L'expertisée est irritable et fatigable, elle ne supporte plus les gens, le bruit, et est rapidement fatiguée lorsqu'elle est mise en situation d'interactions sociales.

La fatigabilité a été constatée sur le plan clinique après une demi-heure d'entretien.

3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici :

3.1

Sur le plan psychiatrique l'expertisée se fatigue au bout d'une demi-heure, elle manque de confiance en elle et se décourage très vite. Elle pleure, se bloque, et son niveau d'anxiété augmente rapidement. Des ruminations autour du sentiment d'injustice et de la recherche d'une forme de réparation au tort subi apparaissent fréquemment dans la discussion.

Il semble peu envisageable que l'expertisée puisse assumer les tâches qui lui étaient dévolues sur son ancien poste de travail, car celles-ci exigeaient rapidité et souplesse de pensées, capacité de concentration sans failles, énergie physique et psychique combinées.

3.2

L'expertisée peut encore assumer ses propres tâches administratives. Une capacité de concentration est certes moindre mais néanmoins encore présente.

(...)

3.5 [Capacité de travail]

(...)

Actuellement le degré d'incapacité de travail est de 50 % du point de vue psychiatrique.

Selon l'experte l'incapacité de travail a évolué :

Dans son activité habituelle :

100 % depuis le licenciement, en octobre 2013, à actuellement. L'experte ne pense pas que cette dame soit en mesure d'effectuer les activités habituelles qui nécessitaient plutôt d'importantes ressources psychiques, qu'elle n'a plus à l'heure actuelle.

Dans une activité administrative adaptée :

100 % depuis le lendemain du licenciement

50 % dès le 1^{er} décembre 2014.

50 % du 1^{er} janvier 2015 à actuellement.

L'avis de l'experte diverge de celui de Dr M. _____ pour la période qui débute au 1^{er} janvier 2015. Selon le pronostic du Dr M. _____, la capacité médico théorique passe à 100 % dès le 1^{er} janvier 2015. Au vu de l'amélioration des tests psychométriques, il était raisonnable de penser que cette dame pourrait améliorer ses capacités cognitives dans le courant de l'année 2015.

Toutefois, avec le recul que nous avons actuellement. l'anamnèse et l'examen clinique, il s'avère qu'en pratique l'expertisée n'a jamais

recupéré une capacité de travail complète dans une activité adaptée du fait des limitations fonctionnelles citées plus haut, qui ont perduré.

(...)

Le pronostic est réservé sur le plan psychiatrique, du fait de la chronicisation des troubles. De ce fait l'experte ne peut s'avancer sur une éventuelle amélioration de la capacité de travail dans le futur, même si cette possibilité reste toujours ouverte.

5. Mesures thérapeutiques :

5.1 (...)

Pour rappel l'expertisée a bénéficié d'un suivi psychothérapeutique par le passé.

Actuellement elle n'a plus de suivi.

L'experte s'est étonnée de cette situation devant l'expertisée. Cette dernière aurait recommencé une recherche de thérapeute entre le premier et le second entretien d'expertise. Il a semblé à l'experte que X._____ n'avait pas manifesté de réelle demande personnelle concernant la reprise d'un suivi pour ses troubles psychiques.

5.2 Oui, ils étaient adéquats mais l'expertisée n'a plus de suivi actuellement, et ceci depuis plus d'un an. Malheureusement cette situation n'est pas optimale sur le plan psychique. Elle n'est pas davantage optimale sur le plan de la gestion des douleurs.

5.3 On ne peut dire que les traitements ont été un échec. En effet le traitement psychothérapeutique a permis à X._____ d'être soutenue.

Néanmoins, il semble à l'experte que certaines molécules anti-dépressives autres auraient pu être tentées, combinées à une prise en charge psychothérapeutique ou à une prise en charge psychocorporelle.

5.4 Un suivi psychothérapeutique ou psychocorporel (hypnose, relaxation par exemple) est conseillé.

6. et 7. Mesures de réadaptation professionnelle :

Les mesures de réadaptation professionnelle mises en place par le passé ont été un échec, car l'expertisée a déclaré avoir trop mal et être trop occupée par ses nombreux rendez-vous médicaux.

L'experte fixe la capacité de travail à 50 % dès le 1^{er} janvier 2015 jusqu'à aujourd'hui.

Elle regrette que l'expertisée n'ait pas pu continuer le programme de P._____, même à temps partiel, car son attitude sérieuse, désireuses d'apprendre et capable de faire des efforts, a été soulignée dans son bilan d'avril 2015.

Il est également regrettable que X._____ ait refusé les mesures de réadaptation proposées par P._____ en mai 2017.

L'experte pense que si l'expertisée avait suivi le programme de réadaptation professionnelle qui lui avait été proposé, il est fort possible que le taux de capacité de travail dans une activité adaptée aurait pu augmenter, sur un plan médico théorique.

Sur le plan psychiatrique l'expertisée est nosognosique de ses troubles psychiques. »

Finalement, il ressort ce qui suit de l'appréciation consensuelle du 9 février 2021 :

« C.1 sur le plan psychiatrique

Le diagnostic trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans symptômes somatiques F 33.00 nécessite un suivi psychothérapeutique régulier, d'autant plus qu'il affecte de façon prononcée tous les domaines de la vie de X._____ Même si le degré de sévérité est dit «léger», il n'en demeure pas moins prépondérant dans le quotidien affectif, social et professionnel de l'expertisée.

Le suivi psychothérapeutique au cabinet de Dr V._____ a été stoppé durant l'été 2018. Cela est d'autant plus regrettable qu'un suivi psychiatrique permettrait de tenter l'introduction d'une molécule antidépressive également utile pour la fibromyalgie, sous surveillance médicale. Les réticences de l'expertisée à prendre un traitement médicamenteux sont en partie compréhensibles, du fait de réactions secondaires importantes à des psychotropes par le passé. Toutefois du point de vue médicamenteux, il est clair (et cela a été verbalisé à X._____ en entretien d'expertise) que tout n'a pas été fait, sur le plan de nos connaissances actuelles pour aider cette dame à gérer à la fois ses troubles psychiques et ses douleurs.

Les pathologies somatiques et psychiatriques se potentialisent en partie, voir le point C.3 qui fait la synthèse des expertises psychiatrique et rhumatologique.

C.2 sur le plan rhumatologique

Sur le plan ostéoarticulaire, l'assurée souffre de troubles objectivables d'ordre dégénératif et chronique (lombodiscarthrose, chondropathie du genou) et de pathologies objectivables subchroniques (conflit sous-acromial, tendinopathie de la hanche et du coude). Elle souffre aussi de douleurs subjectives dans le cadre d'une fibromyalgie, qui dans son cas contribue à augmenter les douleurs des troubles objectifs. Les effets des traitements des problèmes dégénératifs sont en partie masqués par la fibromyalgie, c'est-à-dire que le contrôle de la douleur des pathologies dégénératives devient plus difficile en présence d'une fibromyalgie. On relève un très bon résultat symptomatique et fonctionnel de l'acromioplastie de l'épaule droite de mai 2015, épaule qu'il convient toutefois de continuer à protéger par des limitations fonctionnelles. Dans une activité adaptée (voir point 2.1 de l'expertise rhumatologique), la capacité de travail et les limitations fonctionnelles devraient rester stables jusqu'à la retraite de l'assurée. En effet l'évolution des pathologies dégénératives est lentement défavorable, la fibromyalgie tend à rester stable.

On peut estimer sur le plan médico-théorique, d'un point de vue purement rhumatologique, qu'elle est apte à travailler dans une activité adaptée à un taux horaire initial de 4 heures par jour. Il faut rajouter une baisse de rendement à ce taux horaire initiale d'environ 40 % en raison des douleurs chroniques résultat de la fibromyalgie et de l'interaction de la fibromyalgie avec les douleurs d'origine dégénérative (arthrose) comme mentionné ci-dessus. Après 2-3

mois, le taux horaire théorique sur le plan rhumatologique pourrait être progressivement augmenté pour atteindre 100 % horaire sur une période d'environ 6 mois. Il persistera de manière définitive une baisse du rendement sur le plan rhumatologique de 40 %.

C.3 sur le plan psychiatrique et rhumatologique

Les pathologies somatiques et psychiatriques se potentialisent en partie. Sur le plan strictement rhumatologique, il persistera une baisse du rendement de 40%. Sur le plan psychiatrique, le taux horaire est de 50% maximum. Les experts rhumatologue et psychiatre ne retiennent pas d'interaction sur le rendement. La capacité de travail globale de X._____ est donc de 0 % depuis le lendemain du licenciement en octobre 2013, puis de 50 % horaire depuis le 1^{er} décembre 2014 avec une baisse du rendement de 40 % depuis octobre 2013. Elle est donc apte à toute activité adaptée à 50 % horaire, y compris des mesures de réinsertion professionnelle, avec une baisse de rendement de 40 %. La pathologie psychiatrique ne permet pas d'augmenter le taux horaire, ce qui serait possible sur le plan purement rhumatologique (cf. synthèse rhumatologique au point C.2 ci-dessus). »

L'intimé s'est déterminé le 8 mars 2021. Il a requis que les experts judiciaires et ceux de Centre C._____ se prononcent sur une série de questions de son service médical (avis SMR du 2 mars 2021).

La recourante s'est déterminée le 29 mars 2021. Elle a souscrit aux questions posées par l'intimé aux experts judiciaires et a requis que ceux-ci se déterminent sur les raisons qui excluaient un syndrome d'Ehlers-Dahlos hypermobile et qu'ils précisent la manière dont le taux d'activité résiduelle avait été fixé. Elle a en outre produit un rapport du 19 mars 2021 de la Dre AA._____. Cette dernière a fait état d'épicondalgies bilatérales nécessitant une nouvelle prise en charge ergothérapeutique au mois de mars 2021, de gonarthrose fémoro-tibiale interne droite sévère dans le cadre d'un varus de 7° diagnostiqué au mois de mai 2020, non soulagé par le port d'une attelle et plusieurs infiltrations, mais n'entraînant pas d'indication chirurgicale, d'une entorse survenue au début du mois septembre 2020 dans le contexte du pied plat. Elle a indiqué que le traitement biologique avait été adapté et qu'il était question de recourir à des cannabinoïdes. Elle a estimé que l'incapacité de travail et de gain étaient totales.

Dans un complément d'expertise du 3 mai 2021, la Dre E.P._____ s'est déterminée comme il suit :

« Le diagnostic retenu est un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans symptômes somatiques F 33.00.

Si l'épisode actuel est qualifié de léger selon la CIM-10, il n'en reste pas moins que ce trouble affecte de nombreux domaines de vie de l'expertisée. (...).

A la question de savoir pourquoi son avis diverge de l'avis d'un précédent expert lors de l'expertise 2016 du Centre C._____, elle renvoie au bas de la page 31 de son expertise. Si à l'époque, il était parfaitement légitime d'espérer une amélioration de la symptomatologie, le recul de plusieurs années avec la chronicisation des troubles ne permet plus un tel optimisme.

Les plaintes spontanées font mention des douleurs. C'est le motif de souffrance principal pour l'expertisée. A la demande, elle est bien consciente d'être déprimée mais attribue cela à des raisons somatiques.

Cela peut expliquer les raisons qui l'ont amenée à stopper son suivi puis à ne pas en reprendre un. Un suivi approprié tenant compte des problèmes psychiques et somatiques aurait pu améliorer la capacité horaire.

L'experte pense qu'un suivi psychologique tenant compte du corps, de type hypnose médicale, pourrait aider l'expertisée à la fois dans ses troubles de l'humeur et dans son vécu des douleurs.

Ce suivi pourrait améliorer la capacité de travail. Mais la projection d'une amélioration n'est pas mathématiquement quantifiable.

Le taux d'incapacité retenu a pris en compte la symptomatologie et les capacités restantes de l'expertisée.

Du point de vue psychiatrique une capacité horaire de 50 % avec rendement à 100 % répond aux limitations fonctionnelles actuelles (humeur triste et fatigabilité) et aux symptômes tels qu'irritabilité, intolérance au bruit en situation d'interactions sociales. Cela se combine avec les propositions du Dr E.R._____ pour le volet rhumatologique de cette expertise bi disciplinaire.

Du point de vue psychiatrique, le travail ne devrait pas être trop stressant, car l'expertisée reste fragile, elle pleure facilement. Elle manque de confiance en elle, se déstabilise vite. Une tâche simple, dans le domaine administratif, dans un environnement calme, semble approprié. Comme mentionné dans l'examen clinique, la concentration subit des fluctuations. Il faudra en tenir compte dans l'aménagement du temps de travail. »

Le 4 mai 2021, le Dr E.R._____ s'est déterminé en ces termes :

« - selon quelle argumentation étayée, les diverses baisses de rendement évoquées se cumulent-elles ? comment distinguez-vous la baisse de rendement due à la fibromyalgie de celle due aux atteintes somatiques ?

« La fibromyalgie provoque dans le cas de X. _____ une baisse du rendement de 20% en raison de la fatigue causée par ces douleurs qui restent toujours très souvent présentes malgré les traitements connus à l'heure actuelle, qui restent peu efficaces sur les douleurs causées par la fibromyalgie. Malgré un traitement optimal de la fibromyalgie, il faut donc s'attendre à des douleurs résiduelles qui cause une fatigabilité expliquant une baisse du rendement de 20 %.

Les changements de position exigés par la pathologie du rachis provoquent une baisse du rendement de 10 % indépendamment des autres diagnostics rhumatologiques.

De plus X. _____ souffre de chondropathie du genou et d'un conflit sous-acromial droit. Chez une personne sans fibromyalgie, ces douleurs n'entraîneraient pas de baisse du rendement car elles seraient très fortement réduites par les traitements disponibles de ces pathologies organiques dégénératives. Mais la fibromyalgie abaisse le seuil douloureux ce qui augmente les douleurs de ces pathologies dégénératives et les rend en partie résistantes aux traitements habituels. J'estime donc que dans le cas de X. _____, ces deux pathologies dégénératives occasionnent une baisse du rendement supplémentaire de 10 % (fatigue générée par la partie des douleurs somatiques majorée par la fibromyalgie et donc non accessible aux traitements actuels).

Sur le plan purement rhumatologique, j'estime donc qu'en cas de capacité horaire de 100 %, il existe une baisse du rendement de 40 %, quelle que soit l'activité exercée : 20 % dus à la fibromyalgie, 10 % dus à la pathologie du rachis, et 10 % dus à l'augmentation des douleurs de la chondropathie du genou et de l'épaule droite par l'abaissement du seuil douloureux causé par la fibromyalgie.

(...)

(...) pour quels motifs je m'écarte des conclusions émises par le Dr B. _____ dans son rapport du 1^{er} mars 2018 (au sujet du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile).

Réponse :

Ma réponse à cette question peut se lire au point D. Remarques éventuelles, page 42 de mon rapport d'expertise (...) :

(...)

A noter que je me prononce ici en tant qu'expert médical, pas en tant que médecin traitant. Dans le processus d'expertise l'expert utilise les signes et symptômes objectifs pour parvenir à un diagnostic le plus objectif possible. (...)

D'après mon évaluation il n'y a pas de signes et symptômes objectifs dans le cas de X. _____ me permettant de suspecter une anomalie génétique du collagène évocatrice d'un syndrome d'Ehlers-Danlos. Les troubles du sommeil se rencontrent dans la fibromyalgie comme dans les états dépressifs et ne sont pas spécifiques des maladies du collagène.

(...)

3) vous me demandez finalement d'indiquer quel type d'activités adaptées la recourante est en mesure d'exercer compte tenu de ses limitations fonctionnelles.

Réponse :

Il n'est pas du ressort du médecin expert de donner une liste des activités lucratives qui sont accessibles à l'assuré. La compétence du médecin expert est de déterminer les limitations fonctionnelles et le taux d'activité exigible. Il est de la compétence des spécialistes de l'orientation professionnelle de se prononcer sur le fait de savoir quelles activités professionnelles concrètes entrent en ligne de compte sur la base des indications médicales (...)

(...)

5) Finalement vous me demandez de confirmer qu'il s'agit bien d'une diminution du rendement de 40 % sur un taux d'activité de 50 %.

L'experte psychiatre retient un taux d'activité horaire de 50 % avec un rendement de 100 %.

Pour ma part en tant qu'expert rhumatologue, je retiens une baisse du rendement de 40 % quel que soit l'activité adaptée proposée par les spécialistes en orientation professionnelle et quel que soit le taux horaire retenu par l'experte psychiatre.

Je confirme qu'actuellement, l'assurée présente donc d'après l'évaluation psychiatrique de l'experte psychiatre un taux horaire réduit à 50 % soit environ 4 heures par jour. Pendant ces 4 heures par jour le rendement est réduit de 40 % en raison de l'atteinte rhumatologique. Le taux global est donc de 30 % de capacité de travail résiduelle (il faut appliquer une baisse du rendement de 40 % sur un taux horaire de 50 % ce qui donne un taux global de 30 %). »

La recourante s'est déterminée le 26 mai 2021. Elle a maintenu ses conclusions.

L'intimé s'est déterminé le 16 juin 2021. Il a produit un nouvel avis du Dr AE. _____ dans lequel ce dernier persistait dans ses conclusions (avis SMR du 26 mai 2021). Pour l'intimé, les conclusions du Dr E.R. _____ et de la Dre E.P. _____ ne pouvaient pas être privilégiées par rapport à celles de Centre C. _____.

Dans un courrier du 19 novembre 2021, la recourante a requis le remboursement de ses frais de déplacement pour se rendre « de Vevey à Genève ».

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. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si elle présente une atteinte à la santé à caractère invalidant.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [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). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 4 décembre 2018 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1)

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

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^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

c) aa) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

bb) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 8C_280/2021 du 17 novembre 2021 consid. 6.2.1 et les références citées [arrêt destiné à la publication] ; 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

d) aa) La capacité de travail d'une personne assurée souffrant de troubles psychiques et psychosomatiques est évaluée à l'aide d'une procédure probatoire structurée (ATF 141 V 281 consid. 4 ; 143 V 418 ; 145 V 215), étant rappelé que l'art. 7 al. 2 LPGA requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et impose un examen objectif de l'exigibilité (ATF 141 V 281 consid. 3.7). Le fardeau de la

preuve matérielle incombe à la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

bb) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et

répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aaa) 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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

S'agissant spécialement du succès du traitement ou la résistance au traitement, le déroulement et l'issue des traitements sont d'importants indicateurs du degré de gravité. L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré signale un pronostic négatif. Les troubles psychiques dont il est ici question ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent plus être traités. L'évolution d'un trouble psychique vers un état chronique n'est la plupart du temps pas très utile pour en évaluer le degré de gravité : sans une évolution de longue date et consolidée, une incapacité de travail invalidante n'est guère concevable (ATF 143 V 418 consid. 5.2.2 ; 141 V 281 consid. 4.3.1.2 et les références citées ; TF 8C_280/2021 du 17 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références citées [arrêt destiné à la publication]).

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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bbb) 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.

Le recours effectif à des options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle des traitements sont mis à profit ou alors négligés permet, en complément au point de vue du succès du traitement, d'évaluer le poids effectif des souffrances. De manière similaire, le comportement de la personne assurée 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 invalidante (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2 et les références citées).

ccc) Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé de la personne assurée (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés et de tenir compte des plaintes de la personne assurée et de poser les diagnostics). En particulier, il leur appartient de décrire l'incidence des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question. Elle consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de la personne assurée. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en

cas de recours) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1). On ajoutera que l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est appréciée librement par les organes chargés de l'application du droit, respectivement par le tribunal, à la lumière des indicateurs jurisprudentiels pertinents (ATF 145 V 361 consid. 4.3).

6. a) La recourante nie toute valeur probante à l'expertise de Centre C._____ et conteste l'évaluation de la capacité de travail résiduelle retenue par les experts E.R._____ et E.P._____. Elle estime que l'incapacité de travail et de gain est totale. Elle se fonde notamment sur le rapport du 19 mars 2021 de la Dre AA._____. En substance, elle allègue que les douleurs et les atteintes dégénératives empêchent la reprise de toute activité professionnelle. La recourante considère que les critères diagnostics sont réunis pour un syndrome d'Ehlers-Dahlos hypermobile. Elle remet en cause l'évaluation des activités adaptées exigibles et requiert que celles-ci soient précisées par l'expert. Sur le plan psychique, elle admet les considérations de l'experte E.P._____, mais conteste ses conclusions sur le plan de la capacité de travail. Sur le plan de la réadaptation, elle soutient que la mesure proposée par l'intimé n'était médicalement pas exigible.

b) Dans un premier temps, l'intimé a proposé le rejet du recours, motifs pris que la recourante n'avait pas apporté de nouveaux éléments susceptibles d'influer sur le droit à la rente. Dans un deuxième temps (cf. déterminations du 8 mars 2021), l'intimé a qualifié l'expertise judiciaire de lacunaire sur des points essentiels à la détermination de la capacité de travail résiduelle de la recourante, présentant une série de questions émanant de son service médical. Finalement (cf. déterminations du 16 juin 2021), l'intimé soutient que l'expertise de Centre C._____ revêt une pleine valeur probante, niant cette qualité à l'expertise judiciaire. Il reproche aussi à la recourante de ne pas avoir participé aux mesures de réadaptation proposées.

7. a) On relève préalablement que c'est à juste titre que l'intimé a décidé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (cf. avis SMR du 19 février 2016). Les rapports du Dr M._____ des 26 juin et 4 décembre 2014, s'ils fournissent de précieuses indications sur la situation qui prévalait en 2014, sont antérieurs à la jurisprudence sur l'évaluation des troubles psychiques. De plus, comme le relève le Dr Y._____ dans son avis SMR du 19 février 2016, il était nécessaire d'évaluer les atteintes - somatiques et psychiques - de manière consensuelle, ce que le Dr M._____ avait d'ailleurs préconisé dans son second rapport du 4 décembre 2014 (p. 13, ch. 10).

b) L'expertise de Centre C._____ du 8 novembre 2016 ne pouvait toutefois pas se voir reconnaître une valeur probante suffisante en l'état.

En effet, le Dr B._____ a posé, dans son rapport du 1^{er} mars 2018, le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile qui n'avait pas été évoqué par le passé, singulièrement par les experts de Centre C._____, et qui aurait ainsi été diagnostiqué tardivement. Il était donc pertinent de réanalyser le dossier puisque la laxité ligamentaire peut, selon les circonstances, se révéler invalidante ou rester asymptomatique, question qui ne s'avère pas sans incidence dans le cas d'une assurée notamment atteinte d'arthrose.

c) Au final, il n'était pas possible de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante sur la base de l'expertise de Centre C._____. Une expertise judiciaire était ainsi nécessaire.

Reste à examiner la capacité de travail de la recourante à la lumière de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr E.R._____ et la Dre E.P._____.

8. a) Sur le plan rhumatologique, la recourante présente les diagnostics de scoliose dorsolombaire, de lombodiscarthrose, de conflit sous-acromial droit, de chondropathie du genou droit, de pied plat acquis

sur probable déficit du tendon tibial postérieur et de fibromyalgie qui se répercutent sur sa capacité de travail.

L'intéressée reproche au Dr E.R. _____ de ne pas avoir tenu compte d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile identifié par le Dr B. _____ (rapports des 26 février et 1^{er} mars 2018). L'expert rhumatologue a toutefois justifié les motifs qui l'ont conduit à écarter ce diagnostic (Expertise E.R. _____, pp. 42-44 et son complément du 4 mai 2021). Il a en particulier pris en compte les diagnostics différentiels de fibromyalgie et de trouble de la lignée dépressive dans lesquels on rencontre également les troubles du sommeil dont se plaint la recourante. A cet égard, on souligne que, dans son rapport du 10 août 2017, le Dr AC. _____ du Centre AB. _____ se montre beaucoup plus prudent sur le diagnostic d'hyperlaxité, ne l'évoquant qu'au conditionnel (p. 3). On relève d'ailleurs que dans son rapport du 26 février 2018, le Dr B. _____ s'interrogeait sur un possible syndrome d'Ehlers-Danlos avant de retenir, sans guère de motivation, le diagnostic contesté (rapport du 1^{er} mars 2018). Au final, le Dr E.R. _____ n'a pas trouvé d'élément objectif permettant de suspecter une anomalie génétique du collagène évocatrice d'un syndrome d'Ehlers-Danlos (complément du 4 mai 2021) ni lors de son examen ni à la lecture des rapports du Dr B. _____, de sorte que le diagnostic n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. 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). In casu, le Dr E.R. _____ a examiné la situation à la lumière de l'ensemble des documents médicaux, y compris sur la base du diagnostic divergent posé par le Dr B. _____, et s'est prononcé sur les répercussions de ces atteintes sur la capacité de travail en toute connaissance de cause. Pour le surplus, les parties ne disconviennent pas, dans leurs écritures respectives, des autres diagnostics retenus par l'expert rhumatologue.

b) Il n'est pas contesté que l'activité habituelle de manutentionnaire et de magasinière n'est plus exigible (Expertise E.R._____, p. 34 ; rapport SMR du 28 novembre 2016). Seule la répercussion des atteintes à la santé somatique de l'intéressée sur sa capacité de travail dans une activité adaptée demeure litigieuse.

Il y a d'emblée lieu de souligner que certains spécialistes consultés par la recourante admettent le principe d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée sur le plan ostéo-articulaire (rapport du 28 mai 2014 du Dr I._____; rapport du 15 janvier 2016 du Dr W._____; rapport du 23 février 2018 de la Dre AD._____), ce que l'assurée a par ailleurs reconnu dans un premier temps lorsqu'elle a été interrogée par l'OAI (rapport initial IP du 30 juillet 2014).

Dans le cadre de son examen, le Dr E.R._____ a procédé à une analyse minutieuse des limitations fonctionnelles ainsi que de l'impact des diagnostics retenus sur la capacité de travail et le rendement dans une activité adaptée. Il a en définitive retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le mois d'octobre 2013, ceci avec une baisse de rendement de 40 % résultant des changements de position nécessaires (10 %), des douleurs chroniques (20 %) et de l'effet amplificateur de la fibromyalgie (10 %). Cette évaluation, qui diverge notamment de celle du Dr W._____, mais aussi de celle des experts de Centre C._____ peut-être confirmée. En effet, le Dr E.R._____ retient des diagnostics et des limitations fonctionnelles plus amples que celles identifiées par le Dr W._____ (rapport du 15 janvier 2016), ce qui peut notamment s'expliquer par le fait que l'examen de ce spécialiste portait essentiellement sur la problématique lombaire (rapports des 15 janvier 2016 et 24 juillet 2015). Quant aux experts de Centre C._____, ils n'ont pas retenu la problématique d'une position assise en continu (cf. expertise Centre C._____, p. 33 où seule la position debout est déconseillée) et n'ont ainsi pas examiné si les limitations fonctionnelles qu'ils retenaient justifiaient une baisse de rendement. Or, l'expert E.R._____ a précisé que les changements de position toutes les 30 minutes entraînant une baisse de

rendement de 10 % étaient induits par la scoliose dorsolombaire, lombodiscarthrose, diagnostics plus précis que les lombalgies retenues par la Dre C.R._____ en 2016. Le Dr E.R._____ a en outre retenu une baisse de rendement de 20 % à raison de la fibromyalgie, en particulier pour les douleurs chroniques, et une troisième baisse de rendement de 10 % supplémentaire en raison de l'interaction de la fibromyalgie avec les douleurs dues aux troubles dégénératifs. Cette motivation, circonstanciée, est complète et convaincante.

Le Dr E.R._____ a par ailleurs retenu des incohérences dans les plaintes de la recourante, détaillées en p. 31 de son rapport (majoration due au contexte de l'expertise s'agissant des lombalgies et des gonalgies ; rotation interne avec le bras droit ; impossibilité d'enjamber la baignoire ; absence de soulagement des douleurs durant la nuit ; déclaration d'un suivi psychiatrique). Dans ces circonstances, l'expert était fondé à retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès lors que son examen clinique montrait des atteintes à la santé sans impact fonctionnel global (cf. rapport d'IRM lombaire du 18 janvier 2010 ; rapport d'IRM lombaire du 10 octobre 2011 ; rapport d'IRM de l'épaule droite du 30 décembre 2013 [avant chirurgie] ; rapport d'IRM du genou droit du 12 septembre 2014 ; rapport d'IRM des hanches du 15 décembre 2014 ; rapport d'IRM du genou gauche du 31 mars 2016 ; rapport d'IRM du genou droit du 28 mai 2020 ; rapport d'IRM lombaire du 4 septembre 2018 ; rapport d'IRM de la hanche droite du 31 août 2018 ; rapport d'IRM du rachis cervical du 21 novembre 2018 ; rapport de radiographie et d'échographie de l'épaule droite du 12 novembre 2018 ; rapport de radiographie des genoux du 9 octobre 2019), un syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire étant exclu (cf. rapport du 1^{er} mars 2016 de la Dre Z._____). L'évaluation des signes comportementaux par l'expert est négative (Expertise E.R._____, p. 11), ce qui coïncide d'ailleurs avec l'examen clinique du Dr B._____ (rapport du 26 février 2018, pp. 3-4). Le Dr E.R._____ a donc pris en compte ces incohérences lors de son appréciation. C'est ainsi de manière convaincante que l'expert rhumatologue a retenu une pleine capacité de

travail qui est toutefois limitée par les diminutions de rendement objectives qui ont été précisées.

L'évolution constatée est cohérente avec les diagnostics retenus et avec un traitement de la douleur qui devient plus difficile en raison de l'effet amplificateur de la fibromyalgie. L'expert a encore confirmé les baisses de rendement constatées dans son complément du 4 mai 2021 (p. 2).

Les atteintes en question, ainsi que leur impact sur la capacité de travail, bien documentés, font l'objet d'une appréciation globale. L'expert indique clairement dans quelle mesure les effets des atteintes s'additionnent. Le volet rhumatologique a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, des rapports établis par les médecins consultés par la recourante et du dossier d'imagerie de l'intéressée. De plus, les plaintes ont été décrites de manière détaillée et ont été prises en considération et évaluées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées, de sorte qu'il convient de s'y rallier.

Le rapport de la Dre AA. _____ du 20 mars 2019 ne permet pas d'instiller un doute sur l'appréciation du Dr E.R. _____ s'agissant des conséquences des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail. Son rapport du 19 mars 2021 ne fait pas état d'éléments nouveaux qui auraient été méconnus de cet expert qui a justement examiné la question de la répercussion des limitations fonctionnelles sur le rendement. Pour le reste, l'entorse survenue au début du mois de septembre 2020 n'est pas susceptible d'engendrer plus qu'une incapacité de travail temporaire.

c) Au final, il y a lieu de confirmer que, sur le plan rhumatologique, l'activité habituelle n'est plus exigible. La recourante bénéficie cependant d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travail à genoux ni accroupie ; pas de marche de plus de 30 minutes à la fois ; maximum

deux heures par jour ; pas de travail penchée en avant ou en arrière ; pas de rotations du tronc ; changements de position toutes les 30 minutes ; pas de marche en terrain irrégulier ; pas de port de charge de plus de 5 kg ; pas de travail le bras droit au-dessus de la ligne des épaules) avec une diminution de rendement de 40 % inhérente à ses pathologies ostéo-articulaires, ceci dès le mois d'octobre 2013, avec une période d'incapacité totale de travail temporaire du 12 mai au 1^{er} juillet 2015 en raison de l'intervention chirurgicale réalisée par le Dr T._____. Dès lors que l'assurée a été licenciée au mois d'octobre 2013, il n'y a pas lieu de tenir compte d'une période de reprise au taux d'activité de 50 % pour un reconditionnement progressif, le déconditionnement n'étant pas une atteinte à la santé invalidante (TF 9C_762/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.2.2).

9. a) Selon l'experte psychiatre (Expertise E.P._____, p. 30), la recourante présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans symptômes somatiques (F33.00). Le Dr V._____ a quant à lui retenu un trouble dépressif modéré à sévère avec syndrome somatique (F 32) et un trouble de la personnalité mixte dépendante et émotionnellement labile (F 60.9) (rapport du 15 octobre 2015). Après l'expertise de Centre C._____, le psychiatre traitant a conclu à une dépression modérée avec une échelle de Beck à 26 (rapport du 11 juillet 2017). Enfin, dans son rapport du 12 avril 2018, il a indiqué que sa patiente souffrait d'un syndrome somatoforme douloureux, évoquant un traitement psychiatrique intégré du mois de janvier 2015 au mois de mars 2018 pour un épisode dépressif moyen (F32.1).

aa) L'experte a procédé à un examen *de lege artis* des diagnostics (Expertise E.P._____, pp. 24-27), en référence à une codification reconnue, soit la classification internationale des maladies dans sa 10^e révision (CIM-10). L'experte psychiatre motive par ailleurs le status de la recourante, passant en revue l'ensemble des principaux troubles psychiques pouvant entrer en considération (Ibid.) sur la base de l'examen clinique (pp. 22-23) et de l'anamnèse (pp. 17-21). Ainsi explique-t-elle notamment, dans le registre des troubles de l'humeur, l'évolution

d'un trouble de l'adaptation persistant vers un état dépressif et l'exclusion d'un trouble somatoforme du fait des comorbidités somatiques objectives retenues par l'expert E.R._____. Le trouble de la personnalité évoqué n'est pas retrouvé, faute de critères en suffisance (Ibid., p. 25). Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans symptômes somatiques (F33.00) retenu est convaincant en présence de trois critères généraux (p. 25), de deux critères de première ligne (p. 25), auxquels s'ajoute une baisse d'intérêt et de plaisir dans certains domaines de la vie (Ibid.), et de quatre critères de seconde ligne (pp. 25-26). L'experte précise que l'absence d'autres critères de seconde ligne ne plaide pas pour une symptomatologie dépressive plus sévère. Elle justifie en particulier le maintien d'une capacité de concentration certes fluctuante, mais néanmoins satisfaisante, sur la base de ses observations cliniques et de la capacité de l'intéressée à gérer ses tâches administratives (p. 26). L'experte déduit la chronicité du trouble de l'absence de période sans symptôme (p. 27). Au final, le diagnostic, bien motivé, emporte la conviction.

bb) Seule demeure ainsi litigieuse la répercussion du trouble dépressif récurrent sur la capacité de travail de la recourante, singulièrement la gravité du trouble ainsi que la résistance et la compliance au traitement.

b) La Dre E.P._____ retient une incapacité de travail sur le plan psychique de 100 % depuis le lendemain du licenciement puis de 50 % dès le 1^{er} décembre 2014 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (humeur triste ; irritabilité ; fatigabilité constatée après 30 minutes d'entretien ; difficulté à supporter les gens et le bruit ; cf. rapport E.P._____, pp. 30 et 34). Dans son complément du 3 mai 2021, elle a précisé que son estimation tenait compte de la situation actuelle et que la reprise d'un suivi pourrait améliorer la capacité de travail dans une mesure qui n'était pas mathématiquement quantifiable, son appréciation se combinant avec les propositions faites par l'expert rhumatologue. Dans ce contexte, il convient d'apprécier les preuves disponibles au terme de

l'expertise judiciaire à la lumière des indicateurs jurisprudentiels, examen qui relève du juge des assurances sociales (cf. consid. 4d/cc/ccc *supra*).

aa) Dans l'axe de l'atteinte à la santé et s'agissant du caractère prononcé des symptômes, il y a lieu de relever que les pathologies affectant la recourante sont toujours restées, sous réserve de l'épisode consécutif au burn-out, de degré léger (rapport du Dr M. _____ des 19 juin et 16 octobre 2014 ; rapport de CD. _____ du 21 juillet 2014 ; rapports du Dr V. _____ des 15 octobre 2015, 11 juillet 2017 et 12 avril 2018 [léger à modéré] ; rapport Centre C. _____ du 8 novembre 2016). L'experte psychiatre relate quant à elle des limitations fonctionnelles légères (fatigabilité, notamment en situation d'interaction sociale, une irritabilité, une humeur triste, besoin de plus de temps pour réaliser les tâches, ne supporte plus les gens et le bruit) pour une activité adaptée dont on rappelle qu'elle est exigible - en rendement - à 60 % sur le plan somatique (expertise E.P. _____, p. 30).

La Dre E.P. _____ constate un épuisement des ressources psychiques qui, par le passé, étaient bonnes. Elle relève que la recourante bénéficie de l'aide de sa compagne pour les tâches quotidiennes et conserve une autonomie pour gérer son administratif (Ibid., pp. 28-30). Il ressort de plus de sa journée type que l'intéressée rend visite à sa mère en EMS cinq jours sur sept et balade son chien à deux reprises chaque jour. Quant aux difficultés à supporter le bruit, elles ne sont pas incompatibles avec un travail administratif et ne constituent pas, de ce point de vue, un empêchement à un emploi avec un rendement de 60 %. L'experte a également montré que le licenciement de 2013 n'avait pas constitué l'élément déclencheur, mais s'inscrivait dans un trouble plus ancien qui n'avait toutefois pas empêché l'exercice d'une activité professionnelle avant le mois d'octobre 2013 (Ibid., p. 26 ; sur la question de la fragilité psychique, cf. aussi le rapport du 21 juillet 2014 de la psychologue CD. _____). La Dre E.P. _____ a examiné les répercussions des comorbidités et décrit un mécanisme où la fibromyalgie alimente le trouble dépressif et vice-versa, ceci dans le contexte d'un traitement arrêté au printemps 2018.

bb) L'absence de répercussion sur la capacité de travail de la recourante inhérente à sa personnalité emporte la conviction dans la mesure où l'experte n'a pas retrouvé de comportements nettement disharmonieux dans les secteurs du fonctionnement, ceci malgré une relation qualifiée de fusionnelle avec ses proches et certains thérapeutes (Expertise E.P._____, p. 29). Ce type de trouble se développe à la fin de l'adolescence, respectivement au début de l'âge adulte. Or, la recourante ne s'est pas trouvée empêchée de travailler dans le passé, d'entretenir une relation durable avec son amie, de s'occuper de sa mère et de gérer son administratif (ibid., pp. 15, 24 et 28).

cc) Sous l'angle de la cohérence, l'experte a relevé le caractère authentique des plaintes (pp. 22-23 et 27-28). Sont cependant décisives les incohérences relatives à l'absence de traitement psychiatrique dès l'été 2018 et les divergences entre le quotidien de la recourante et ses allégations relatives à la capacité de travail.

aaa) La Dre E.P._____ propose - de manière motivée - une reprise du suivi auprès d'un psychiatre (Expertise E.P._____, pp. 29 et 34), ceci tant pour faire face aux symptômes dépressifs que pour les douleurs attestées sur le plan rhumatologique. Elle propose aussi de nouvelles pistes pharmacologiques. L'experte qualifie l'abandon du traitement, à l'été 2018, de regrettable, ceci dans le contexte d'un trouble dépressif devenu chronique (Expertise E.P._____, pp. 18, 29, 32 et 33).

En l'occurrence, la recourante bénéficiait de ressources conséquentes à l'époque où elle était suivie (stabilité de l'emploi, réseau social, compagne). Certes, les médecins relèvent une pathologie dépressive légère avec un épisode plus grave à la suite du licenciement qui est responsable d'une diminution de ses ressources personnelles. L'experte propose une adaptation du traitement, en particulier un changement d'antidépresseur, qui devrait permettre d'atteindre une stabilité de l'état psychique, mais aussi du syndrome douloureux. Selon la

Dre E.P._____, un tel traitement est exigible, de sorte que la stabilité psychique, qui dépend de l'adaptation du traitement et de la compliance, devrait être atteinte avec une amélioration de la gestion des douleurs (expertise E.P._____, p. 29). L'avis du Dr V._____, (rapport du 12 avril 2018), lequel indiquait que le traitement avait des effets secondaires empêchant l'augmentation de la posologie, n'est pas étayé. L'experte a d'ailleurs regretté que d'autres molécules actives à la fois sur le plan de la dépression et sur le plan de la fibromyalgie n'aient pas été tentées, ajoutant que l'intéressée n'était pas anosognosique et que l'on pouvait attendre d'elle qu'elle continue à être suivie (Expertise E.P._____, pp. 29 et 33). On note également que le Centre AB._____ a préconisé de nouveaux traitements pharmacologiques qui pourraient agir sur la perception de la douleur (rapport du Dr AC._____ du Centre AB._____ du 10 août 2017), lesquelles constituent le motif principal des souffrances de la recourante selon l'experte psychiatre (Complément d'expertise psychiatrique du 3 mai 2021).

Il ressort des considérations qui précèdent que des possibilités thérapeutiques existent encore dans le cas de la recourante (Expertise E.P._____, p. 29). Cette dernière ne se trouve nullement dans une situation où une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération maximale de l'assurée, aurait définitivement échoué. Au contraire, les troubles dont souffre la recourante peuvent encore être traités et sa situation psychique peut être stabilisée, moyennant une adaptation de l'antidépresseur et une reprise de la psychothérapie. Or les troubles psychiques dont il est question ici ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent pas, ou plus, être traités, ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce. On rappelle du reste qu'un trouble dépressif léger à modéré sans interférences notables dues à des comorbidités psychiatriques ne peut en général pas être défini comme une maladie psychique grave et que s'il existe en outre un potentiel thérapeutique important, le caractère durable de l'atteinte à la santé doit être nié (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; TF 8C_280/2021 du 17 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références

citées [arrêt destiné à la publication]). En outre, s'il existe en l'occurrence une affection concomitante sur le plan somatique, qui diminue les ressources de l'intéressée, ces dernières ont été quantifiées de manière précise par l'expert E.R._____ et n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée (cf. consid. 7c ci-dessus).

bbb) S'agissant des ressources, la Dre E.P._____ les qualifie de faibles et d'épuisées au moment de son examen (Expertise E.P._____, p. 29, voir aussi p. 16). Tel n'était toutefois pas le cas par le passé (Ibid.). A cet égard, l'experte a comparé la vie quotidienne de la recourante à la période où elle bénéficiait d'un traitement et après l'arrêt de celui-ci (Ibid., pp. 15-16). Avant l'arrêt du traitement, les tâches quotidiennes sont, bien que de manière irrégulière, tout de même exécutées et une aide est également fournie à sa mère. L'intéressée essaye également d'acquérir des compétences en informatique. L'experte mentionne que les ressources de l'assurée, alors suivie, lui avaient permis de retravailler dans un temps qualifié de « relativement bref » (Ibid., p. 26).

Même si l'experte se refuse à quantifier l'effet du suivi psychiatrique exigible, on observe qu'à l'époque où la recourante était suivie, le Dr M._____ concluait à une entière capacité de travail pour autant que le traitement soit suivi et adapté (rapport du 16 octobre 2014). La Dre E.P._____ rappelle qu'au mois d'octobre 2014, le Dr M._____ relevait une amélioration au niveau de l'activité et un meilleur contrôle émotionnel ; il n'y avait plus d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme (Ibid., pp. 15-16).

La Dre E.P._____ observe aussi, sur la base de l'anamnèse de l'expertise de Centre C._____, une participation partielle aux tâches ménagères, des marches de 60 à 90 minutes (20 minutes en cas de douleurs) (Ibid., p. 16). Cette expertise montre aussi, à l'anamnèse, que la recourante s'occupait des démarches administratives de sa mère, lui rendait visite quotidiennement et avait organisé la remise de

l'appartement de cette dernière, y compris le débarras du mobilier (Expertise, Centre C._____, pp. 21-22 et 32).

D'indéniables ressources apparaissent ainsi pour la période précédant l'arrêt du traitement dont l'observance est qualifiée de bonne par les premiers experts (Expertise Centre C._____, p. 32) et le psychiatre traitant (rapports du Dr V._____ des 15 octobre 2015, 11 juillet 2017 et 12 avril 2018 ; pour qui le traitement mis en place jusqu'en 2018 permettait de nettes améliorations). Quelques années auparavant, la psychologue traitante relevait d'ailleurs la fragilité psychique et la bonne observance du traitement, ce qui montre la nécessité d'une prise en charge face au risque de rechute dépressive (rapport du 21 juillet 2014).

Il existe ainsi une incohérence quant à la mise à profit du traitement.

ccc) La recourante est « *bien consciente d'être déprimée* » et attribue les symptômes de la lignée dépressive à des raisons somatiques, ce qui, selon la Dre E.P._____, pouvait expliquer les raisons de l'arrêt du traitement qui aurait pu améliorer la capacité horaire (complément d'expertise E.P._____). Il n'appartient toutefois pas à l'intéressée d'évaluer la nécessité d'un traitement. On est ainsi en droit d'attendre d'elle un effort maximum pour diminuer le dommage et en l'occurrence pour reprendre et continuer le traitement psychiatrique intégré. Compte tenu de ce qui précède, on ne saurait considérer la situation comme définitivement figée sur le plan médical. L'experte psychiatre atteste l'existence d'options thérapeutiques sérieuses ne nécessitant pas d'hospitalisation et pouvant être mises en place immédiatement.

On relève aussi que si la recourante avait suivi les mesures de réadaptation professionnelle, elle aurait encore pu augmenter sa capacité de travail médico-théorique (Expertise E.P._____, p. 33).

Faute d'atteinte psychique grave, c'est une pleine capacité de travail qui doit être retenue sur le plan psychique, celle-ci se combinant avec la diminution de rendement précisée par le Dr E.R._____. Cela paraît d'autant plus adéquat que les limitations fonctionnelles psychiques sont principalement une fatigabilité, une irritabilité et une humeur triste qui sont suffisamment prises en compte dans une baisse de rendement de 40 % dans une activité déjà adaptée sur le plan rhumatologique.

dd) Au vu de l'examen des critères de l'ATF 141 V 281, de l'absence de traitement psychiatrique, de l'absence d'hospitalisation, de la gestion administrative conservée, d'un contexte social somme toute favorable, il apparaît que le trouble dépressif léger chronique dont souffre la recourante ne peut être considéré comme invalidant et que les limitations fonctionnelles qu'elle allègue doivent être relativisées. Leur caractère non significatif emporte la conviction sans qu'aucun autre élément du dossier ne permette d'instiller le doute sur ce point. La recourante ne présente dès lors pas, sur le plan psychique, des empêchements qui auraient été niés et devraient se répercuter sur sa capacité de travail.

10. Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par l'intimé, à savoir d'adresser des questions complémentaires aux experts de Centre C._____ (cf. avis SMR du 2 mars 2021). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit dans le cadre de l'expertise judiciaire mise en œuvre et ayant pu être librement appréciés par la présente juridiction (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3).

11. a) Sur le vu de ce qui précède, le degré d'invalidité sera calculé compte tenu d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 40 %.

b) S'agissant du degré d'invalidité, la recourante réalisait un revenu mensuel AVS de 4'700 fr., treize fois l'an, à 80% dès le 25 octobre 2013 (rapport de l'employeur du 2 juin 2014). L'intéressée allègue qu'elle aurait travaillé à un taux d'activité de 100 % sans invalidité (questionnaire de détermination du statut du 30 mai 2014). Il ressort du dossier qu'elle a d'ailleurs travaillé à ce taux jusqu'en 2013 (rapport de l'employeur du 2 juin 2014). L'extrait de compte individuel AVS du 27 mai 2014 indique des revenus plus élevés avant 2013 et les fiches de salaires montrent également un salaire plus élevé pour les années précédentes (annexes au rapport de l'employeur du 2 juin 2014). Or, le changement de taux coïncide avec le début des atteintes invalidantes (Expertise E.R. _____, p. 36). On peut donc admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'intéressée aurait travaillé à un taux de 100 % sans atteinte à la santé, ce dont l'intimé ne disconvient pas dès lors qu'il a retenu dans la décision du 4 décembre 2018 que la recourante travaillait à 100 % dans son activité habituelle.

c) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, 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).

bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des

exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

cc) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

dd) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

ee) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

d) Le calcul de l'intimé doit être entièrement revu dès lors qu'il ne tient pas compte de la situation médicale.

aa) Il convient de retenir le salaire mensuel réalisé par l'intéressée auprès de la société A. _____ AG à un taux d'activité de 100 %, soit 5'875 fr. (4'700 fr. ÷ 80 %). Cela représente un revenu annuel de 76'375 fr. en 2013 (5'875 fr. × 13 mois). Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux. Le revenu sans invalidité se monte ainsi à 77'138 fr. 75 pour l'année 2014 (+ 1 % pour les femmes, cf. Office fédéral de la statistique, T 39 Evolution des salaires nominaux des femmes, 2010-2018).

bb) Quant au revenu d'invalidé, en l'absence d'un salaire effectivement réalisé par la recourante, il y a lieu de se fonder sur l'ESS. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2014, de 4'300 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, TA1_tirage_skill_level, niveau de qualification 1), soit un revenu annuel de 51'600 fr. (4'300 fr. × 12 mois). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2014 (41,7 heures ; OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique), ce montant doit être porté à 53'793 fr. (51'600 fr. × 41,7 heures ÷ 40 heures). Les experts ont estimé que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, moyennant une diminution de rendement de 40 %, de sorte que le revenu d'invalidé ascende à 32'275 fr. 80 (53'793 fr. - 40 %). Il n'y a pas lieu de procéder à un abattement pour les limitations fonctionnelles qui sont suffisamment prises en compte par la diminution de rendement (cf. Expertise E.R. _____, p. 34) et par le fait que l'on tienne compte d'une activité adaptée.

cc) La comparaison des revenus révèle une perte de gain de 44'862 fr. 95 (77'138 fr. 75 - 32'275 fr. 80), soit un degré d'invalidité de

58,16 % (44'862 fr. 95 ÷ 77'138 fr. 75). Le droit à une demi rente est ainsi ouvert dès le 1^{er} novembre 2014.

12. **a)** Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision de l'intimé du 4 décembre 2018 réformée, en ce sens que la recourante a droit au versement d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 58 %, dès le 1^{er} novembre 2014.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé.

c) Par ailleurs, assistée d'une mandataire professionnelle, la recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 700 fr., compte tenu de la complexité de la procédure et de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et d'un complément, débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé. Ce montant comprend une indemnité de 200 fr. pour les frais de déplacement lors de l'expertise judiciaire.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 4 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que X. _____ a droit au versement d'une demi rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 58 %, dès le 1^{er} novembre 2014.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X._____ une indemnité de 700 fr. (sept cents francs) à titre de dépens, soit 500 fr. (cinq cents francs) au titre de participation aux honoraires de sa mandataire et 200 fr. (deux cents francs) au titre de frais de déplacement pour l'expertise judiciaire.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- {}{} pour (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :