

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourante, représentée par le Centre social protestant, à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] au [...], mère de deux enfants nés en [...] et [...], est veuve depuis 2006. Elle a travaillé en qualité d'employée de bureau jusqu'à cette date. Elle est arrivée en Suisse en 2011 avec ses enfants, en tant que réfugiée. Elle n'y a jamais exercé d'activité lucrative.

Le 20 décembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de douleurs liées à une hernie discale et de « souffrance psychologique ».

Le 31 janvier 2017, l'assurée a indiqué à l'OAI que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 100 % en tant que caissière.

Dans un rapport du 21 mars 2017 à l'OAI, la Dre W. _____, médecin généraliste traitante de l'assurée, a posé les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de lombo-sciatalgies sur discopathies L4-L5 et L5-S1, ainsi que de fibromyalgie, existant depuis 2016. Les lombo-sciatalgies étaient connues depuis 2003. En 2016, une imagerie par résonance magnétique (IRM) avait mis en évidence une hernie discale. La patiente faisait état depuis plusieurs mois de douleurs lombaires et rachidiennes constantes, de douleurs dans les hanches, dans la région sterno-costale et aux membres inférieurs. La situation était actuellement chronifiée avec un syndrome douloureux chronique limitant toute activité physique et les stations statiques prolongées. L'assurée souffrait en outre d'un probable état anxio-dépressif. L'incapacité de travail était totale depuis 2015. Les restrictions concernaient la station assise et debout prolongée, les activités nécessitant une flexion du dos et des efforts sollicitant le dos, ainsi que celles impliquant de se mettre à genoux ou en position accroupie. Il convenait également d'éviter le port de charges. L'augmentation de la capacité de travail exigible devait se

faire de manière progressive. La Dre W._____ a notamment joint un rapport que lui avait adressé le Dr S._____, rhumatologue, le 28 février 2017. Le spécialiste relevait que les lombalgies compliquées d'irradiation algoparesthésique intéressant les membres inférieurs étaient partiellement voire totalement expliquées par les discopathies herniaires L4-L5 et L5-S1 avec possible conflit S1 gauche. Il évoquait aussi un syndrome douloureux chronifié.

Le 23 novembre 2017, la Dre W._____ a écrit à l'OAI que sa patiente souffrait d'une somatisation avec des symptômes touchant plusieurs systèmes, accompagnés d'un état anxio-dépressif.

Dans un rapport du 6 juin 2018 à l'OAI, le Dr J._____, psychiatre auprès d'U._____, a indiqué que l'assurée avait consulté une psychologue de novembre 2016 à mai 2017. Il avait repris le suivi dès le 2 octobre 2017, à une fréquence mensuelle. Il a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique existant depuis cinq ans au moins. La patiente se plaignait de douleurs au dos, de douleurs articulaires, de ruminations, de troubles du sommeil et se disait déprimée. Elle avait expliqué ne s'être jamais remise du décès de son mari qui aurait été assassiné en 2006 dans le contexte de la guerre civile au [...]. Son père serait mort dans les mêmes circonstances en 1987 et sa sœur en 1997. La patiente présentait une thymie très abaissée et avait des craintes pour la sécurité de ses enfants. S'agissant de la capacité de travail et du potentiel de réadaptation de l'assurée, le Dr J._____ a renvoyé à l'évaluation du médecin généraliste traitant.

Le suivi auprès d'U._____ a été interrompu à la suite du départ du Dr J._____, dans le courant de 2018.

L'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès de son Service médical régional (ci-après : le SMR). L'assurée a été examinée le 8 avril 2019 par le Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, et par la Dre R._____, psychiatre, en présence d'une interprète. Dans leur rapport

du 29 avril 2019, les spécialistes ont retenu, comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques dans un contexte de protrusion foraminale gauche en L4-L5 et de hernie discale médiane, paramédiane et latérale gauche en L5-S1. Les diagnostics de cervicalgies communes, de tendinopathie du sus-épineux gauche de faible degré de gravité, de fibromyalgie et de dysthymie n'avaient quant à eux aucun effet sur la capacité de travail. Celle-ci était entière dans une activité adaptée depuis avril 2016. Les limitations fonctionnelles concernaient le rachis lombaire (pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 mn, pas de position debout statique au-delà de 20 mn, pas de marche sans s'arrêter au-delà de 2 km). Les spécialistes ont souligné qu'une grande partie des plaintes de l'assurée étaient en lien avec des facteurs psychosociaux, comme l'acculturation, non pris en compte par l'assurance-invalidité.

Par projet de décision du 16 mai 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Il a expliqué que l'exercice d'une activité adaptée à 100 % était exigible. Pour calculer le degré d'invalidité, il s'est fondé sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Il a fixé le revenu que l'assurée pouvait obtenir sans invalidité à 54'799 fr. 45. Pour déterminer le revenu avec invalidité, il a appliqué un abattement de 10 % sur ce montant afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, aboutissant à 49'319 fr. 50. Il résultait de la comparaison de ces revenus un degré d'invalidité de 10 %, insuffisant pour l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles.

Par courrier du 17 juin 2019, l'assurée s'est opposée à ce projet, en contestant la capacité de travail retenue par l'OAI. Le 15 juillet 2019, elle a transmis les documents suivants :

- un rapport du 3 juillet 2019 de la Dre W._____, relevant que sa patiente souffrait de douleurs chroniques incapacitantes et

limitantes dans les activités de la vie quotidienne ; une activité adaptée de plus de 20 % n'était pas envisageable ; elle présentait depuis une année et demie une aggravation de son état dépressif avec perte d'appétit et perte pondérale ; la Dre W. _____ soulevait un diagnostic différentiel de stress post-traumatique, la patiente souffrant de souvenirs envahissants, d'insomnie, d'une anhédonie, d'une thymie abaissée, d'idées noires sans idéation suicidaire en rapport avec les traumatismes subis dans son pays (assassinat de son mari et de son père sous ses yeux, viol et pendaison de sa sœur) ; on ne pouvait s'attendre à une amélioration au cours des prochaines années ;

- un rapport établi le 3 juillet 2019 par le Dr P. _____, psychiatre, et B. _____, psychologue auprès d'U. _____, indiquant que le suivi de l'assurée avait pu reprendre en avril 2019 ; cette dernière présentait une anxiété envahissante pour la sécurité de ses enfants, des troubles de la mémoire et de la concentration ; elle souffrait d'images intrusives du cadavre de son mari et restait obnubilée par les décès de ses proches ; elle avait des idéations suicidaires ; l'incapacité de travail était complète.

Le 6 août 2019, le Dr G. _____, médecin au SMR, a relevé que les rapports transmis ne faisaient pas état d'éléments nouveaux par rapport à l'examen clinique réalisé au SMR en avril 2019. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique avait été discuté, puis écarté. Les problèmes d'anxiété avaient été pris en compte, sans être considérés comme suffisamment graves pour être incapacitants.

Par décision du 15 août 2019, l'OAI a confirmé le refus de mesures professionnelles et de rente. Dans un courrier du même jour, il a expliqué que les rapports des Drs W. _____ et P. _____ ne contenaient pas d'élément susceptible de mettre en doute les conclusions de l'examen clinique du SMR.

B. Par acte du 17 septembre 2019, N._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a expliqué que les examens au SMR avaient duré moins d'une heure pour chaque spécialité. En outre, l'interprète n'avait pas tout traduit et avait formulé des questions que les experts n'avaient pas posées. Ce différend ne ressortait pas du rapport. Il était impossible de se déterminer sur son état de santé dans ces circonstances. La recourante a demandé la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

Par décision du 18 septembre 2019, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 septembre 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 15 octobre 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Le 14 novembre 2019, la recourante a répété que l'OAI n'avait pas réussi à se faire une idée de son véritable état de santé au niveau psychique. Elle a joint un rapport du 30 septembre 2019 du Dr P._____ et de B._____, posant le diagnostic principal suspecté de trouble schizotypique, et les diagnostics secondaires d'état de stress post-traumatique chronique, d'épisode dépressif chronique et d'anxiété généralisée. Ils ont expliqué suspecter fortement un trouble schizotypique au vu notamment de la fixation de la patiente sur l'assassinat de son père en 1986, des intrusions toujours actuelles des images des corps de son père et de sa sœur, des ruminations obsessionnelles, de l'anxiété envahissante, de la méfiance, du retrait social et de la nature fusionnelle des liens avec ses enfants. La capacité de travail était nulle.

Par duplique du 19 décembre 2019, l'OAI s'est référé au rapport du 13 décembre 2019 du Dr T._____, médecin au SMR, joint en annexe. Celui-ci confirmait les conclusions de l'examen SMR.

Le 20 février 2020, la recourante, désormais représentée par le Centre social protestant, a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, par l'OAI ou la Cour de céans, au vu des contradictions entre les conclusions du SMR et de ses médecins traitants. Elle a joint un rapport établi le 10 février 2020 par le Dr P._____ et B._____, indiquant que la symptomatologie dont souffrait l'assurée était source de honte et de crainte d'être prise pour « une folle ». Elle nécessitait du temps et une relation de confiance pour pouvoir être progressivement abordée. Ils préconisaient une évaluation plus complète, détaillée et sur la durée, impliquant une CIF (Classification Internationale du Fonctionnement), une observation des implications sur le fonctionnement opérationnel et une enquête de terrain. Les capacités exécutives, ainsi que de concentration et de mémorisation apparaissaient sous-optimales pour les exigences d'une activité professionnelle dans la première économie.

Le 7 mai 2020, l'OAI a renvoyé à un avis du 6 mai 2020 du Dr T._____, annexé, maintenant sa position.

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 une rente d'invalidité.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-

invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

d) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

e) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les

ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. En l'espèce, se fondant notamment sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR, établi le 29 avril 2019, l'OAI a retenu que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce que l'intéressée conteste.

a) Sur le plan somatique, le Dr K._____ du SMR a posé comme seul diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail celui de lombalgies chroniques. Ceux de cervicalgies communes, de tendinopathie du sus-épineux gauche de faible degré de gravité et de fibromyalgie n'avaient quant à eux aucune répercussion sur la capacité de travail. L'appréciation du spécialiste repose en particulier sur un examen complet de l'assurée, ainsi que sur l'analyse des rapports médicaux et d'imagerie figurant au dossier. En outre, elle prend en considération les plaintes de la recourante, laquelle a pu s'exprimer en présence d'une interprète. Le Dr K._____ a décrit avec soin le contexte médical avant de conclure qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis demeurerait exigible à 100 %. Les restrictions qu'il a retenues sont pour l'essentiel superposables à celles décrites par la Dre W._____ dans son rapport du 21 mars 2017. Par la suite, cette dernière a attesté une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée (cf. rapport du 3 juillet 2019). Toutefois, le status qu'elle a mentionné demeure semblable du point de vue somatique. Elle a également relevé des troubles psychiques, lesquels n'ont pas à être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail au plan somatique. En définitive, les rapports de la Dre W._____, laquelle n'est en outre pas spécialisée, ne permettent pas de remettre en cause les conclusions convaincantes du Dr K._____. Au demeurant, la recourante ne centre pas ses critiques sur l'évaluation de ses atteintes somatiques, mais psychiques.

b) Sur le plan psychique, la Dre R. _____ du SMR s'est fondée sur une anamnèse détaillée. Elle a notamment décrit les traumatismes subis par l'assurée dans son pays d'origine, en particulier les circonstances de la mort de son père, de sa sœur et de son mari, auxquelles l'intéressée a assisté. La fracture à la main gauche, alors qu'elle avait elle-même été brutalisée, a également été rapportée. De plus, la Dre R. _____ a pris en considération les différents rapports figurant au dossier, ainsi que les plaintes formulées par l'assurée. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. En particulier, la psychiatre a expliqué les raisons pour lesquelles elle ne retenait pas le diagnostic d'état de stress post-traumatique en relevant que l'assurée ne présentait notamment pas d'hyper-vigilance, ni d'hyperactivité neurovégétative, ni de souvenirs envahissants de type flash-back. La Dre R. _____ a également écarté le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique posé par le Dr J. _____, en y opposant celui de dysthymie. Elle a justifié son appréciation en indiquant que le tableau clinique qu'elle avait observé, de même que les constats médicaux rapportés par le Dr J. _____, ne mettaient en évidence aucun facteur de gravité au niveau thymique. Il n'y avait pas d'épisodes de sévérité ou de durée suffisante pour répondre aux critères d'un trouble dépressif récurrent. Son confrère avait d'ailleurs renvoyé à l'avis du médecin généraliste s'agissant de la capacité de travail. La Dre R. _____ a ajouté que la réduction de l'énergie, les insomnies, les pleurs, le pessimisme envers l'avenir, les ruminations sur le passé et le retrait social n'atteignaient pas le seuil suffisant pour retenir un état dépressif constitué. Selon la psychiatre, une grande partie de ces plaintes était en lien avec des facteurs psychosociaux, dont une acculturation, laquelle n'avait pas à être prise en compte par l'assurance-invalidité. L'isolement social devait être relié à des difficultés d'intégration plutôt qu'à l'état de santé psychique. La Dre R. _____ a indiqué que l'assurée disposait encore de ressources mobilisables, qui étaient toutefois limitées du fait notamment de l'acculturation. L'intéressée, qui habitait avec ses deux enfants, était cependant autonome dans son quotidien, effectuait seule des trajets en bus, s'occupait des courses avec ses enfants et vivait selon leur rythme scolaire. On doit en outre constater que

la recourante n'a certes que peu de vie sociale, mais il ne ressort pas des pièces au dossier qu'il en aurait été autrement depuis son arrivée en Suisse. Par ailleurs, la psychiatre n'a pas retenu de comorbidité psychiatrique majeure, ni de trouble de la personnalité. Enfin, au jour de l'examen, l'assurée ne suivait pas de traitement dans les règles de l'art, puisqu'elle ne faisait plus l'objet d'une prise en charge psychiatrique depuis de nombreux mois et ne prenait plus aucun psychotrope de manière régulière. Elle avait même interrompu d'elle-même la prise de plusieurs de ces médicaments. La Dre R._____ a souligné que le fonctionnement psychique global de l'assurée pourrait être considérablement amélioré par une prise en charge adéquate. Au final, la psychiatre parvient au constat, au terme d'un rapport motivé et prenant en compte les critères posés par la jurisprudence en matière d'affections psychiques, que l'état de santé psychique de l'assurée ne présente pas de caractère incapacitant au sens de l'assurance-invalidité.

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en question les considérations qui précèdent. En particulier, la Dre R._____ a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles elle écartait les diagnostics d'état de stress post-traumatique ou d'épisode dépressif posés par ses confrères. Dans leur rapport du 30 septembre 2019, le Dr P._____ et B._____ évoquaient également un trouble schizotypique, qu'ils suspectaient sans toutefois l'attester de manière certaine. Comme le relève le Dr T._____, les éléments anamnestiques, les ruminations et le retrait social, entre autres, ont déjà été pris en compte par la Dre R._____ ; le status psychiatrique qu'elle avait décrit en avril 2019, de même que celui détaillé par le Dr J._____, qui faisait notamment déjà état d'une anxiété pour la sécurité de ses enfants, ne permettent pas de retenir un tel diagnostic (cf. avis médicaux des 13 décembre 2019 et 6 mai 2020 du Dr T._____). La Dre R._____ avait en outre expressément exclu la présence d'un trouble de la personnalité, tel qu'un trouble schizotypique. Par ailleurs, l'incapacité totale de travail retenue par le Dr P._____ et B._____ n'est pas fondée sur une analyse des différents indicateurs définis par la jurisprudence. Au demeurant, en tant que psychiatre et psychologue traitants de l'assurée,

leurs constatations doivent être admises avec une certaine réserve (cf. consid. 4e supra). En définitive, il convient de retenir que leur évaluation ne constitue qu'une appréciation différente d'un même état de fait. Leurs rapports ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'examen clinique psychiatrique au SMR et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de la Dre R._____.

c) La recourante critique la durée des examens s'étant déroulés au SMR. Toutefois, la durée de l'examen n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical. Le rôle des Drs R._____ et K._____, comme d'un expert, consistait justement à se prononcer sur l'état de santé de l'assurée dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). Enfin, le grief selon lequel l'interprète aurait posé des questions que ces derniers n'avaient pas formulées, respectivement n'aurait pas traduit exhaustivement ses propos, repose sur les seules allégations de la recourante, laquelle n'explique au demeurant pas en quoi ces hypothétiques manquements auraient biaisé l'évaluation de son état de santé. Ce grief ne permet quoi qu'il en soit pas de mettre en doute leurs conclusions. Au contraire, au vu de ce qui précède, il sied de considérer que leur rapport remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. C'est donc à juste titre que l'OAI, qui s'est fondé sur ce rapport, a retenu que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

7. Il convient d'examiner le préjudice économique subi par l'intéressée.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (cf. consid. 3b supra).

Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée.

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). 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 d'appliquer une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

b) En l'espèce, la recourante n'a pas exercé d'activité lucrative depuis son arrivée en Suisse en 2011. Dans ces circonstances, l'OAI s'est à juste titre référé aux données statistiques de l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité, en se basant sur le revenu mensuel brut réalisé par les femmes pour une activité simple et répétitive. Dès lors que l'assurée n'a pas débuté d'activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle, l'OAI s'est fondé sur ce même montant pour fixer le revenu avec invalidité, auquel il a appliqué un abattement de 10 % pour tenir compte de la situation de la recourante. De la comparaison entre ces revenus, il ressort un degré d'invalidité de 10 %, tel que déterminé par l'OAI, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Les éléments retenus par l'intimé ne prêtent pas flanc à la critique et n'ont d'ailleurs pas été contestés par l'assurée.

8. Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. En effet, une telle mesure d'instruction ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; ATF 134 I 140 consid. 5.3).

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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 fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 15 août 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Centre social protestant (pour N. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :