

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mars 2020

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], sans activité depuis 2011, a déposé le 8 avril 2016 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant une myasthénie – existant depuis 2014 – ainsi qu'une dépression.

Par rapport du 27 avril 2016, le Dr B._____, médecin-traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de myasthénie avec asthénie et atteinte ophtalmique existant depuis 2014, d'anxiodépression existant depuis 2002 et de lombosciatalgie droite en hernie discale existant depuis 2009.

L'OAI a sollicité des rapports des services médicaux assurant le suivi de l'assurée, à savoir le [...] et l'association [...]. Ont été mis en évidence les diagnostics de myasthénie grave de forme oculaire pure (MGFA1 ; rapports du Prof. G._____, spécialiste en neurologie, et du Dr D._____ du 13 janvier 2016 ; du Prof. G._____ et du Dr W._____, spécialiste en neurochirurgie, du 13 avril 2017 ; du Prof. G._____ du 11 juillet 2017 ; du Prof. G._____ et du Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, du 4 janvier 2018) de trouble de l'attention avec hyperactivité, de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, et de cyclothymie (rapports du Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de X._____, psychologue psychothérapeute FSP, du 4 octobre 2016 ; de la Dre F._____ et de la psychologue X._____ du 1^{er} novembre 2017 ; de la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de la Dre F._____ et de la psychologue X._____ du 8 janvier 2018).

Sollicité, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a préconisé la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans rhumatologique, neurologique et psychiatrique (avis du 30 avril 2018).

L'OAI a confié à la [...] la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Les 18, 19 et 20 décembre 2018, les Drs N._____, spécialiste en neurologie, H._____, spécialiste en médecine interne générale, et S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rédigé des rapports dans leurs domaines de spécialité. Dans un rapport du 7 janvier 2019, ils ont, avec le Dr M._____, spécialiste en rhumatologie, procédé à une analyse globale de la situation de l'assurée. Les experts ont notamment retenu ce qui suit :

6. DIAGNOSTICS

Madame T._____ aux antécédents de **surdité bilatérale (H906) appareillée depuis 2014**, d'intervention sur la cloison nasale la dernière fois en octobre, présente une **myasthénie à forme oculaire pure (M70.0)** de type MGFA1 diagnostiquée en janvier 2016 et pour laquelle elle bénéficie d'un traitement par Imurek et Mestinon. La situation objective est déclarée stable par le Professeur G._____, neurologue qui la suit.

La myasthénie est bien équilibrée par la thérapeutique par Imurek et Mestinon et ceci depuis au moins juillet 2017 puisque s'il avait été envisagé l'introduction d'une biothérapie par rituximab, l'idée de cette thérapeutique a été finalement repoussée.

Il s'agit d'une myasthénie de forme purement oculaire se manifestant par une ptose palpébrale et une diplopie. Une atteinte appendiculaire n'a jamais été constatée. Concernant le bilan paraclinique effectué, les sérologies spécifiques se sont révélées négatives mais sur le plan électrophysiologique il est mentionné un décrétement, anomalie spécifique d'une pathologie touchant la jonction neuro-musculaire. La recherche d'un thymome s'est révélée négative.

Avec un traitement basé sur un immuno-suppresseur et un inhibiteur de l'acétylcholinestérase, l'évolution est favorable, avec toutefois réapparition des symptômes lorsque l'assurée oublie le Mestinon.

Dès 2009 des **lombalgies** déjà plus anciennes ont tendance à s'aggraver sans facteur déclenchant en particulier. Les explorations neuro-radiographiques réalisées à ce moment-là mettent en évidence une hernie discale médiane L5-S1 non compressive. Progressivement apparaissent des irradiations dans le membre inférieur droit selon une topographie tronquée peut-être un peu plus S1. Une IRM de contrôle en 2017 a objectivé une discopathie L4-L5 et L5-S1 modérée avec toujours une hernie médiane L5-S1 non compressive et une discrète arthrose interapophysaire postérieure. Il n'y a pas de syndrome radiculaire vrai. Cliniquement le tableau est celui de **lombalgies chroniques sur dysbalance musculaire avec hypotonie de la sangle abdominale (M545)**.

Se surajoute à ce tableau une **asthénie (R53)** qui, selon l'assurée, serait à mettre sur le compte de sa myasthénie alors qu'il s'agit d'une forme oculaire pure bien équilibrée ainsi que des **céphalées** dont l'étiologie n'apparaît pas organique.

Sur le plan internistique enfin les experts retiennent en complément les diagnostics **d'obésité de grade 1 (E669)** selon OMS avec un BMI de 31.2 kg/m², **d'hypercholestérolémie non traitée (E780)**. On relève des antécédents chirurgicaux mineurs avec deux césariennes, une opération de ligature de trompes et d'opération de la cloison nasale.

L'expert psychiatre quant à lui retient les diagnostics suivants : **F41.2 Trouble anxieux et dépressif réactionnel depuis l'année 2000** et **Z73.1 Accentuation de certains traits de la personnalité surtout de type dépendant, à moindre degré émotionnellement instable, depuis l'adolescence**

Il s'agit d'un état anxio-dépressif chronique réactionnel à plusieurs situations difficiles (éloignement de la grande famille d'origine, fils handicapé) de gravité fluctuante, toujours contextuel, tout ceci sur le fond d'une personnalité aux traits dépendants et émotionnellement légèrement instable, présente au moins depuis l'adolescence.

La gravité de cette accentuation de la personnalité ne semble pas suffisante pour retenir le diagnostic d'un grave trouble malade de la personnalité dans le sens des définitions strictes de la CIM10 sous F60.

Les symptômes typiques d'un trouble de l'attention avec hyperactivité ne sont pas retrouvés. On peut observer quelques éléments de la personnalité émotionnellement labile type impulsif, mais qui ne dominent pas le tableau. La personnalité semble plutôt dépendante avec sa forte inscription dans la famille d'origine. Le caractère unilinéaire et non conflictuel de sa biographie au sein de la famille d'origine ainsi que dans sa nouvelle famille parle également contre la prédominance d'éléments impulsifs. À savoir que le "Trouble d'hyperactivité et déficit d'attention" et celui d'un "Trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif" se recoupent souvent, mais sont issus de systèmes nosologiques différents. Par ailleurs les médecins [...], qui en 2016 ont retenu ces deux diagnostics la mettent eux-mêmes en question dans leur dernier rapport de janvier 2018.

Enfin le diagnostic de cyclothymie ne peut être retenu car les baisses de l'humeur décrites par l'assurée surviennent trop irrégulièrement et sont liées de trop près à des situations déclenchantes, et les normalisations de l'humeur ne montrent pas suffisamment de traits d'exhalation ou d'élévation anormale de l'humeur.

Ces affections psychiatriques ne peuvent être qualifiées de grave selon la médecin d'assurance.

7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

[...]

Sur le plan rhumatologique pur, compte tenu de la présence de la petite hernie discale L5-S1, **les limitations fonctionnelles sont les suivantes : éviter tout port de charges excédant 10 kg de manière épisodique ou de 5 kg de manière répétée, tous travaux en porte-à-faux ou en torsion du rachis lombaire et travaux avec machine vibrante, un travail en position assise exclusive (la possibilité d'alterner la position assise et debout 10 minutes par heure est souhaitable). En respectant ces limitations la capacité de travail est totale sur le plan rhumatologique.** En effet il existe une manifeste discordance entre les plaintes alléguées par la patiente et la pauvreté des signes cliniques et des anomalies neuro-radiologiques.

Une amélioration partielle de la symptomatologie lombalgique devrait être possible à condition de renforcer la rééducation fonctionnelle qui doit être beaucoup plus active visant à lutter contre le déconditionnement musculaire. Il convient d'y associer toujours des antalgiques et d'éviter la réalisation d'infiltrations itératives qui n'apporteront rien dans ce tableau chronique. D'ailleurs compte tenu de cette chronicité, la symptomatologie évoluant depuis près de dix ans, **le pronostic d'une reprise d'une activité professionnelle apparaît médiocre** d'autant plus que cet état est intriqué avec une pathologie psychiatrique.

L'état anxio dépressif chronique est fluctuant s'inscrivant dans le contexte de situations déclenchant une péjoration de quelques symptômes de la lignée dépressive. Vu les traits de personnalité dépendante préexistants et vu le peu de résultats de la psychothérapie de longue durée, qui semble cependant tout à fait appropriée, les chances de guérison sont faibles.

Sur le plan psychiatrique il n'y a pas d'éléments suffisants pouvant engendrer une incapacité de travail de longue durée

La psychothérapie de longue haleine, dans le cadre de la structure [...] spécialisée dans le suivi de migrants, est tout à fait appropriée. Le traitement médicamenteux avec 50 mg de Quetiapine (neuroleptique atypique prescrit à intention sédatrice et anxiolytique, autrement connu comme "Seroquel") semble plutôt lourd par rapport à la pathologie et pourrait tout à fait expliquer, au moins partiellement, la fatigue qui gêne l'expertisée.

Celle-ci est apparue authentique et crédible dans l'entretien psychiatrique. Ce n'est qu'au début qu'un certain comportement démonstratif et appellatif a été observé. La souffrance émotionnelle et le sentiment d'être malheureuse sont tout à fait authentiques.

Quant à la description des séquelles pratiques de son état anxio-dépressif, en particulier concernant le ménage, elle est floue et contradictoire. Le questionnement approfondi montre une moindre gravité des séquelles que celle que l'assurée allègue spontanément. Il en va de même par rapport au degré de gravité de son retrait social. Ceci représente clairement une incohérence non expliquée par les symptômes de la maladie elle-même.

Malgré les traits dépendants de sa personnalité rendant difficile la sortie de son cercle familial d'origine, nous constatons une personnalité qui a passablement de ressources.

Les ressources intellectuelles de l'assurée semblent pourtant tout à fait satisfaisantes et permettraient théoriquement une activité professionnelle de bureautique. On se heurte évidemment à la méconnaissance du français chez une assurée domiciliée cependant depuis près de 18 ans en Suisse qui n'a jamais eu d'activité professionnelle régulière.

8. REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDAT

En tenant compte de l'intégralité des affections somatiques et psychiques l'état de santé de Madame T._____, sans emploi depuis 2012, justifie une incapacité de travail de 20 % par baisse de rendement dans toute activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter tout port de charges excédant 10 kg de manière épisodique ou de 5 kg de manière répétée, tous travaux en porte-à-faux ou en torsion du rachis lombaire et travaux avec machine vibrante, un travail en position assise exclusive (la possibilité d'alterner la position assise et debout 10 minutes par heure est souhaitable).

Par projet de décision du 11 juin 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations.

L'assurée a contesté ce projet le 26 juin 2019. Elle a produit différentes pièces, soit :

- un rapport du 13 mai 2019 du Prof. G._____ et du Dr Q._____ indiquant que l'évolution sur le plan de la myasthénie était stable sous le traitement actuel et proposant sa poursuite ;
- une attestation du 27 août 2019 du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue X._____, [...], dont le contenu était le suivant :

Madame T._____ est connue de nos services depuis 2001 pour une symptomatologie anxieuse, dépressive et labile. La fluctuation du suivi a été dépendante des résurgences symptomatiques. Notre perspective longitudinale nous permet d'observer une péjoration cumulative de Mme T._____ dont l'état de santé psychique a été fortement « atteint » par le diagnostic de myasthénie et les répercussions de cette maladie.

En effet, avant l'atteinte myasthénique, Madame T._____ régulairement son agitation émotionnelle par une tendance marquée à l'obsessionnalité (rituels de rangement et d'hygiène) et à l'activisme en réalisant de nombreuses tâches ménagères de préparation de repas de propreté, de soin à son aîné, de manière compulsive.

Son équilibre psychique dépendait de sa capacité physique à pouvoir se soumettre à ses pulsions obsessionnelles. La myasthénie, de par ses répercussions sur son énergie physique disponible a mis à mal son fonctionnement psychique qui s'est alors décompensé. Depuis lors, et malgré une amélioration de la symptomatologie myasthénique, elle n'a pas pu retrouver un équilibre psychique compensé.

Dès lors l'état de santé psychique est durablement mis à mal. Au vu de l'asthénie, de l'anhédonie, de l'athymhormie, de la perte de plaisir et d'espoir que nous observons en entretien, ainsi que des difficultés de concentration, de l'hypersensibilité au stress, la capacité résiduelle de travail reste nulle.

- un certificat médical du 29 août du Dr B._____ indiquant que sa patiente présentait les atteintes à la santé suivantes : une myasthénie, un état anxiodépressif avec troubles du sommeil, thymique, fatigabilité et somatisation ainsi que des lombosciatalgies allant en s'aggravant.

Par décision du 26 septembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée au motif que son degré d'invalidité, fixé à 20 %, était insuffisant à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

B. Par acte du 29 octobre 2019, T._____ défère la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle fait valoir n'être pas en mesure de travailler à 80 %, y compris dans les domaines retenus par l'OAI.

Par réponse du 12 décembre 2019, l'OAI conclut au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. L'objet du litige porte sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité de la recourante, singulièrement sur la question de savoir si elle présente une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

3. 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.

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 exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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) Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur

toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

d) aa) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

bb) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité

physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

5. a) En l'espèce, il est constant que la recourante présente plusieurs atteintes à la santé : une surdité bilatérale appareillée, une myasthénie à forme oculaire pure, des lombalgies, une asthénie, une obésité de grade 1, une hypercholestérolémie et un état anxiodépressif (rapports du Dr R._____, spécialiste en radiologie, du 14 novembre 2009 ; du Dr B._____ des 27 avril 2016, 17 août 2017 et 29 août 2019 ; du Prof. G._____ et du Dr D._____ du 13 janvier 2016 ; du centre [...] des 4 octobre 2016, 1^{er} novembre 2017, 8 janvier 2018 et 27 août 2019 ; du Prof. G._____ et du Dr W._____ du 13 avril 2017 ; du Prof. G._____ du 11 juillet 2017 ; de la Dre V._____ du SMR des 14 mars 2018, 30 avril 2018 et 14 février 2019 ; du Prof. G._____ et du Dr K._____ du 4 janvier 2018 ; du Prof. G._____ et du Dr Q._____ du 13 mai 2019 ; du Dr Z._____, médecin-chef auprès du [...], du 22 janvier 2019).

b) Se prévalant de ces atteintes à la santé, la recourante conteste être en mesure de travailler dans la mesure retenue par la décision du 26 septembre 2019.

aa) Pour fonder son appréciation l'OAI s'est fondé sur l'expertise pluridisciplinaire du 7 janvier 2019 des Drs H._____, N._____, S._____ et M._____. Celle-ci porte sur l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante. Dans leur rapport, les spécialistes ont résumé tous les éléments médicaux à leur disposition. Ils ont listé les plaintes de la recourante, les ont confrontées à leurs constatations objectives et ont posé des conclusions claires. Les médecins de [...] ont également étudié les traitements mis en place. Ils ont ainsi déterminé quels étaient les empêchements entraînés dans la vie quotidienne par les atteintes à la santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C_459/2017 du 6 avril 2018 consid. 5.2). Dans le cadre de leur examen, les experts ont constaté qu'il existait une « manifeste discordance entre les plaintes alléguées par la patiente et la pauvreté des signes cliniques et des anomalies neuro-radiologiques ». Une amélioration de la symptomatologie lombalgique était en outre possible à condition de renforcer la rééducation fonctionnelle et d'associer des antalgiques.

Les spécialistes ont ainsi procédé à une analyse fine et détaillée des atteintes de la recourante pour conclure à une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter tout port de charges excédant 10 kg de manière épisodique ou de 5 kg de manière répétée, tous travaux en porte-à-faux ou en torsion du rachis lombaire et travaux avec machine vibrante, un travail en position assise exclusive.

bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr S._____ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif réactionnel depuis l'année 2000 (F41.2) et d'accentuation de certains traits de la personnalité surtout de type dépendant, à moindre degré émotionnellement instable, depuis l'adolescence (Z73.1). Le spécialiste a clairement expliqué les raisons ayant fondé son appréciation. Il a en particulier indiqué pourquoi il s'était distancié de l'avis des médecins et psychologue [...] (cf. rapports des 4 octobre 2016, 1^{er} novembre 2017, 8 janvier 2018 et 27 août 2019) pour conclure à l'absence d'un grave trouble malade de la personnalité, d'un trouble de l'attention avec hyperactivité et de cyclothymie. Il a retenu que la recourante présentait des éléments de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, mais qui ne dominaient pas le tableau. C'est le lieu de relever qu'au terme de leur rapport du 8 janvier 2018, les Dres C._____, F._____ et la psychologue X._____ avaient elles-mêmes remis en question leur précédent diagnostic de trouble de l'attention avec hyperactivité.

Le Dr S._____ a également relevé les ressources de la personnalité de l'assurée, sa stabilité intrinsèque, sa capacité et sa volonté à maintenir et à garantir le fonctionnement de son noyau familial dans des situations objectivement difficiles et sa bonne capacité d'affirmation de soi dans le cadre de l'examen psychiatrique. Le psychiatre a enfin relevé certaines incohérences quant aux conséquences pratiques de l'état anxiodépressif dont se prévalait la recourante. Ainsi,

celle-ci s'était montrée floue et contradictoire au cours de l'expertise. Les séquelles alléguées s'avéraient moins graves, tout comme l'importance du retrait social.

c) La recourante n'apporte aucun élément médical objectif mettant en doute l'appréciation motivée des experts du 7 janvier 2019. Il ressort au contraire de plusieurs rapports médicaux un consensus sur les limitations fonctionnelles retenues (rapports des 27 avril 2016 et 17 août 2017 du Dr B._____).

Au demeurant, il ne figure au dossier aucun rapport médical contenant des éléments factuels qui auraient été ignorés par les experts. En particulier, les différents rapports produits par la recourante à l'appui de sa contestation du projet de décision n'apportent aucun élément médical pertinent. Ainsi, le rapport du 13 mai 2019 du Prof. G._____ et du Dr Q._____ confirme l'évolution stable de la myasthénie, laquelle a été constatée par les experts de [...]. Le certificat médical du 29 août 2019 du Dr B._____ ne mentionne aucune atteinte qui n'aurait pas été soigneusement examinée. Enfin, l'appréciation des intervenants [...] repose sur les mêmes éléments que ceux retenus par le Dr S._____ - qui a expliqué les raisons pour lesquelles il s'en était éloigné - et constitue donc une appréciation différente d'un même état de fait, sans qu'aucun élément ne permette de remettre en question l'évaluation de l'expert.

d) En conséquence, c'est à juste titre que l'OAI a suivi l'opinion exprimée par les experts de [...] le 7 janvier 2019 et retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail entière avec un rendement diminué à concurrence de 20 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. Reste à examiner le degré d'invalidité de la recourante.

a) 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).

b) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité 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 (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

c) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe 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.

d) 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).

e) Pour calculer le taux d'invalidité de la recourante, l'Office a recouru à l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité puis le revenu avec invalidité, prenant en considération le salaire qu'une femme en bonne santé peut percevoir dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services. Ce mode de faire n'est pas critiquable. En effet, aux termes du formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) » qu'elle a rempli le 28 avril 2016, la recourante a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait au taux de 100 %. Il ressort en outre de plusieurs pièces au dossier que la recourante a travaillé entre 2001 et 2002 comme serveuse puis, en 2011 et 2012, dans le domaine du nettoyage et qu'elle est depuis sans activité.

Dans la mesure où tant le revenu sans invalidité que le revenu avec invalidité sont déterminés au moyen de l'ESS et ressortent dès lors de la même donnée statistique, force est de constater que le degré d'invalidité se confond avec le degré d'incapacité de travail. A cet égard, on relèvera que les circonstances ne justifiait pas de retenir un abattement sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité (cf. consid. 6d *supra*). En conclusion, en tenant compte d'une capacité résiduelle de travail de 80 % compte tenu d'une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, le degré d'invalidité de la recourante s'élève à 20 %, taux insuffisant à ouvrir le droit à la rente.

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision du 26 septembre 2019 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. 1^{bis} 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.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante - qui du reste a agi sans l'aide d'un mandataire professionnel - n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 septembre 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 mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- T. _____,
- 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 :