

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juillet 2020

Composition : M. NEU, président
Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean Lob, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'un CFC de coiffeuse, a travaillé comme ouvrière auprès de [...] dès le [...] 2014.

Le 1^{er} mars 2018, V._____, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeuse de l'assurée, a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de détection précoce, invoquant des problèmes physiques.

L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 6 avril 2018.

Par rapport du 13 septembre 2018, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics invalidants de polyarthrite sur connectivite et de trouble dépressif existants depuis 2017. Il a retenu, comme limitation fonctionnelle, le port d'objets de plus de 5 kilogrammes. Selon lui, la capacité de travail dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée était nulle.

Dans un rapport du 13 septembre 2018, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir suivi l'assurée entre le 22 février et le 22 mai 2018.

Par rapport du 2 octobre 2018, le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie, a posé le diagnostic incapacitant de syndrome douloureux vs connectivite peut-être présent depuis 2016. Il a indiqué, comme limitations fonctionnelles : pas de gros efforts, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de flexions ou rotations répétitives du torse ni d'efforts de préhension répétés. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et pouvait être de 100 % dans une activité légère adaptée. En annexe à son rapport, Ce spécialiste a produit un envoi du 23 avril 2018

des Dre T._____, spécialiste en médecine interne générale, et Z._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante auprès du [...], posant le diagnostic de syndrome douloureux chronique. Une connectivite indifférenciée débutante n'était pas exclue mais il n'y avait pas suffisamment d'argument pour confirmer le diagnostic ni pour débiter un traitement immunosuppresseur. Ces médecins ont également retenu, comme diagnostics secondaires et comorbidités actives trois micronodules pulmonaires et une probable bronchiolite du fumeur, une carence en acide folique sans anémie et une hypotension asymptomatique.

Le 22 janvier 2019, V._____ a adressé à l'OAI copie de son dossier concernant l'assurée. Y figuraient notamment :

- un rapport du 19 décembre 2017 des Drs F._____, spécialiste en angiologie, et H._____, respectivement cheffe de clinique et médecin-assistant auprès [...], rendant compte d'un examen angiologique pratiqué le 17 novembre 2017, lequel mettait en évidence une capillaroscopie borderline, mais restant encore dans les limites de la norme.
- un rapport du 7 janvier 2019, des Drs Q._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, rendu dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire confié par V._____ au M._____, retenant notamment ce qui suit (sic) :

« [...]

L'IRM lombo-sacrée du 18.08.2017 montre bien une discopathie dégénérative légèrement protrusive L5-S1 et des séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, mais ces lésions sont souvent rencontrées chez des sujets qui ne profèrent aucune plainte. En revanche, elle montre un conflit fémoro-acétabulaire de la hanche droite qui mériterait d'être investigué pour lui-même.

SYNTHESE ET DISCUSSION

Rappel de l'histoire médicale

Sur le plan de la médecine interne. Madame L._____ souffre d'une douleur de la hanche droite, de caractère mécanique dont l'origine

peut être attribuée à un conflit fémoro-acétabulaire droit de type CAM. [...]

Madame L. _____ souffre-t-elle d'autres maladies qui seraient susceptibles de justifier une incapacité de travail prolongée ?

Les investigations engagées lors du déclenchement de sa maladie en automne 2017 se sont heurtées à des anomalies sur le plan immunitaire qui pouvaient correspondre à des symptômes cliniques, spontanément décrits et partiellement suggérés parfois. Il s'agissait d'une éventuelle connectivite (une sclérodermie par la présence jamais réellement corroborée d'un phénomène de Reynaud, d'une possible dysphagie aux solides, de douleurs dans les articulations distales des doigts, une polymyosite avec des douleurs musculaires dans les avant-bras et un PM/Scl IgG légèrement augmenté, un lupus avec des arthralgies périphériques avec synovites (jamais confirmées) et un ds-DNA IgG également modérément augmenté, une connectivité mixte avec un syndrome sec oculaire ébauché, un rhumatisme inflammatoire chronique avec des rachialgies et des arthralgies périphériques accompagnées d'une raideur matinale de plus de 60 minutes. Lors de l'hospitalisation au [...] en mars 2018, ces conditions morbides, ainsi qu'une maladie démyélinisante et une neuropathie périphérique en activité, ont été exclues, tout en émettant quelques réserves pour un éventuel développement ultérieur. Une surveillance discrète, sans provoquer d'angoisse inutile, reste de rigueur compte tenu des doutes qui ont justifié les investigations ci-relatées.

On se doit de bien préciser que, contrairement à d'autres intervenants, l'expert actuel n'a observé ni signes comportementaux de Waddell, ni arguments probants pour une fibromyalgie. Les critères de l'ACR de 1990 ne s'appliquent pas, les points de Yunus et Smythe ne sont que de 5/18, ne sont présents qu'à la moitié inférieure du corps et sont, pour la plupart, asymétriques. Quant aux critères de 2010, les aires douloureuses retenues ne sont que de 3, les troubles du sommeil résultent exclusivement des douleurs, les symptômes neurovégétatifs manquent. Au jour de l'examen, l'expertisée a été parfaitement collaborante et, si exagération des symptômes il y avait, celle-ci restait parfaitement modérée.

Depuis février 2018, elle est suivie par un psychiatre qu'elle rencontre une fois par mois, elle a fait une psychothérapie avec un psychologue psychothérapeute de février à juin 2018. Son psychiatre et des médecins au [...] lui ont prescrit un certain nombre de psychotropes (Duloxétine, Saroten Retard, Trittico, Fluoxétine, Rivotril), qui ont tous été arrêtés il y a trois mois, car ils ne faisaient pas d'effet. Le suivi psychique n'a aucun effet positif sur le syndrome douloureux chronique, selon les dires de l'expertisée.

Nous ne relevons pas de facteurs de stress psychosociaux particuliers chez cette expertisée.

Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne, la situation actuelle est certes meilleure que celle décrite en automne 2017. L'état de santé observé le 05.12.2018, est compatible avec une activité adaptée, même si la douleur de la hanche droite et la lombalgie sont toujours présentes et comportent une explication objectivement démontrée lors de l'évaluation. Leur intensité et leur persistance restent une énigme,

elles sont certainement surévaluées compte tenu de la réserve de l'expertisée vis-à-vis de tout traitement médicamenteux efficace. Il faut reconnaître que les « douches froides » provoquées par les annonces de suspicion de maladie grave ont certainement joué un rôle délétère. Quoi qu'il en soit, une activité adaptée reste exigible à 100% sur le plan somatique.

Sur le plan psychique, l'expertisée se plaint d'une humeur dépressive, directement liée au syndrome douloureux chronique. Le syndrome douloureux chronique et la fatigue font qu'elle *s'est coupée socialement*, pour reprendre ses mots. Elle n'a plus de désir sexuel. Elle a perdu l'appétit, mais à cause du traitement de cortisone elle a pris 3 kg. Elle se plaint d'avoir un sommeil non réparateur, haché et peu profond, estime ne dormir que deux heures par nuit et, durant la journée, fait des siestes de quelques minutes. Elle se sent fatiguée en permanence. Sa confiance et son estime sont abaissées depuis qu'elle est en arrêt maladie. Elle se plaint de troubles de la concentration et de la mémoire. Elle a des idées suicidaires occasionnelles, s'est scarifiée en mars ou en mai 2018. Elle a une phobie de la conduite sur autoroute, ce qu'elle évite. Elle craint que le syndrome douloureux chronique ne soit lié à une maladie potentiellement mortelle.

Nous ne décelons pas d'indices de l'existence de traits de personnalité pathologique tant au niveau de la description qu'elle fait de son caractère que dans son histoire personnelle ni à l'examen psychiatrique.

La description des activités quotidiennes montre qu'elle continue à avoir des contacts très réguliers avec sa fratrie et ses parents. Elle a des contacts téléphoniques avec sa belle-famille. Cependant, elle ne fréquente personne d'autre. Elle délègue les tâches ménagères lourdes à son mari. Elle doit faire des pauses régulières après une quinzaine de minutes d'activités ménagères. Elle participe aux activités administratives. Elle accompagne son mari au supermarché, mais ne porte pas de cabas qui excèdent 5 kg. Elle ne conduit que sur de courts trajets en ville de Lausanne, évite de conduire sur l'autoroute.

L'examen psychiatrique montre une femme légèrement déprimée (elle peut se montrer triste, émue, lorsqu'elle évoque le syndrome douloureux chronique, a perdu l'estime et la confiance en elle-même). Elle se montre inquiète, se demande si elle souffre d'une maladie potentiellement mortelle. Elle est démonstrative dans ses plaintes psychiques et peut-être majorante. Il n'y a pas de signe de la lignée psychotique. Aucun signe patent de troubles cognitifs n'est constaté. L'expertisée n'est pas ralentie.

En conclusion

Un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques pourrait être évoqué au vu du caractère démonstratif des plaintes physiques, mais l'expert rhumatologue trouve un substrat clair aux plaintes de l'expertisée et retient des limitations fonctionnelles. Pour cette raison nous ne retenons pas ce diagnostic.

La symptomatologie dépressive et anxieuse rentre dans le cadre d'un trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée (F43.21) réactionnel au syndrome douloureux chronique.

Nous retenons également le diagnostic de phobie spécifique (F40.2) à la conduite sur autoroute.

Nous ne constatons aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychique et, de ce point de vue, sa capacité de travail est complète dans toute activité sans diminution de rendement.

REPONSES AUX QUESTIONS DE V. _____

[...]

4. *Capacité de travail dans l'emploi actuel d'ouvrière aux poussoirs avec les éventuelles limitations fonctionnelles ?*

Sur le plan de la médecine interne, dans l'activité définie par son cahier de charges, soulèvements fréquents de poids, longues déambulations, position debout exclusivement, soumission à une cadence donnée (travail à la chaîne), la capacité de travail reste nulle.

Sur le plan psychique, 100%.

5. *Capacité de travail sur le marché de l'emploi avec les éventuelles limitations fonctionnelles ?*

Sur le plan de la médecine interne, une activité légère en position assise, permettant tout de même des changements occasionnels de position, est exigible à 100% en tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes :

- pas de port occasionnel de charge (les bras proches du corps) supérieur à 15 kg.
- pas de port répétitif de charge (les bras éloignés du corps) supérieur à 5 kg.
- pas de déambulations régulières dans des terrains inégaux, escaliers ou déclivités.
- pas de mouvements répétitifs ou de position en porte-à-faux du tronc.
- pas de cadence imposée (travail à la chaîne).
- pas de travail en hauteur (escabeaux ou échelles).

Sur le plan psychique, 100%. Aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique, hormis l'évitement de conduire sur l'autoroute ».

Dans un avis du 21 février 2019, le Dr G. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que l'assurée présentait un conflit fémoro acétabulaire de la hanche droite, un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, (F43.21) ainsi qu'une phobie spécifique (F40.2). La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et complète dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : activité légère en

position assise, permettant tout de même des changements occasionnels de position, pas de port occasionnel de charge (les bras proches du corps) supérieur à 15 kg, pas de port répétitif de charge (les bras éloignés du corps) supérieur à 5 kg, pas de déambulations régulières dans des terrains inégaux, escaliers ou déclivités, pas de mouvements répétitifs ou de position en porte-à-faux du tronc, pas de cadence imposée (travail à la chaîne), pas de travail en hauteur (escabeaux ou échelles).

Par projet du 15 avril 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations.

Le 30 avril 2019, l'assurée, représentée par Me Jean Lob, a contesté ce projet de décision. Elle a invoqué souffrir d'autres atteintes à la santé que celles examinées par les experts du M._____, d'ordre gynécologique. Elle a indiqué qu'elle allait prochainement subir une pelviscopie. Considérant le rapport du M._____ insuffisant, l'assurée a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a produit copies d'un « protocole d'information pour la pelviscopie » ainsi que d'un « protocole d'information pour les opérations d'incontinence urinaire par bandelettes ».

Dans un rapport reçu le 10 septembre 2019 par l'OAI, le Dr A._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a indiqué que l'assurée avait subi une colposuspension selon Burch pour incontinence urinaire le 24 mai 2019. Il a précisé que l'assurée ne devrait pas faire d'effort physique pendant six à huit semaines après l'opération.

Par avis du 1^{er} novembre 2019, le Dr G._____ a indiqué que l'atteinte gynécolo-urologique dont se prévalait l'assurée à l'appui de sa contestation n'était pas durablement incapacitante. L'intervention décrite permettait de traiter une incontinence urinaire. Elle ne générait pas de limitation fonctionnelle additionnelle dans une activité légère telle que renseignée dans son précédent avis. Il n'y avait dès lors pas besoin de compléter l'instruction médicale et les précédentes conclusions pouvaient être maintenues.

Par décision du 7 novembre 2019, l'OAI a refusé l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité en faveur de l'assurée. Il a considéré que l'assurée présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Son degré d'invalidité, de 5.4 %, était en outre insuffisant à lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles.

B. Par acte du 2 décembre 2019, L._____, représentée par Me Lob, a déféré la décision susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que sa demande de prestations soit admise et que lui soit allouée, dès le 4 janvier 2019, une rente totale d'invalidité. Elle a fait valoir être en incapacité totale de travailler, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par demande du même jour, la recourante a requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par ordonnance du 5 décembre 2019, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 novembre 2019 dans la mesure de l'exonération d'avance et des frais judiciaires et de l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Jean Lob, la recourante étant exonérée de toute franchise mensuelle.

Par réponse du 6 janvier 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 15 janvier 2020, la recourante a maintenu ses conclusions.

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 de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré 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). 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). Lorsque l'activité de l'assuré 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).

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).

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).

5. Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). 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, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assurée, considérant que la capacité de travail de cette dernière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles s'élevait à 100 % et que son degré d'invalidité était insuffisant à ouvrir le droit à la rente. La recourante estime quant à elle ne disposer d'aucune capacité de travail, dans quelque activité que ce soit.

a) L'OAI a fondé son appréciation sur l'expertise des Drs Q._____ et R._____.

Dans leur expertise du 7 janvier 2019, ces deux spécialistes ont résumé l'ensemble des éléments médicaux à leur disposition. Ils ont listé les plaintes de l'assurée et posé des conclusions claires en confrontant ces plaintes avec leurs constatations objectives et les documents d'imagerie à leur disposition. A cet égard, les Drs Q._____ et R._____ ont bien constaté les nombreuses douleurs dont la recourante se plaignait et dont elle se prévaut pour justifier de son incapacité de travail dans quelque activité que ce soit. Or, le rôle de l'expert ne consiste pas à se rallier aux plaintes – par définition subjectives – de l'expertisé, mais bien d'apprécier objectivement son état de santé (art. 7 al. 2 LPGA). Les deux spécialistes ont ainsi estimé que les douleurs de la hanche droite et la lombalgie comportaient une explication objectivement démontrée mais que leur intensité et leur persistance restaient une énigme. Les médecins du M._____ ont également étudié les traitements mis en place tout en constatant que certains d'entre eux avaient dû être abandonnés. En définitive, ils ont effectué une analyse fine et détaillée des atteintes à la santé de la recourante.

Le Dr Q. _____ a ainsi procédé à un examen clinique très complet et minutieux. Les limitations fonctionnelles retenues - pas de port occasionnel de charge (les bras proches du corps) supérieur à 15 kg, pas de port répétitif de charge (les bras éloignés du corps) supérieur à 5 kg, pas de déambulations régulières dans des terrains inégaux, escaliers ou déclivités, pas de mouvements répétitifs ou de position en porte-à-faux du tronc, pas de cadence imposée (travail à la chaîne) et pas de travail en hauteur (escabeaux ou échelles) - ont été dûment motivées, tout comme la capacité de travail finalement retenue. Le Dr Q. _____ a en outre précisé ne pas observer de signes comportementaux de Wadell ni d'arguments probants pour une fibromyalgie. Il a explicité les raisons pour lesquelles il ne retenait pas ces diagnostics qui avaient été évoqués par d'autres médecins.

Sur le plan psychiatrique, le Dr R. _____ a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de symptomatologie dépressive anxieuse dans le cadre d'un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, (F43.21) et de phobie spécifique (F40.2) à la conduite sur autoroute. Il a procédé à un examen clinique large et attentif. L'expert psychiatre a ainsi posé des conclusions absolument cohérentes sur la base de considérations claires et après discussion des avis divergents. Il a ainsi relevé qu'un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques avait été envisagé mais n'avait finalement pas été retenu, compte tenu du fait que l'expert rhumatologue avait trouvé un substrat clair aux plaintes de l'expertisée et retenu des limitations fonctionnelles. Au demeurant, les diagnostics psychiatriques posés étaient réactionnels à l'atteinte somatique. Il ressort en outre de l'expertise médicale que l'assurée dispose de nombreuses ressources. Elle présente ainsi de bonnes compétences relationnelles et a des relations sociales fréquentes avec sa famille. Elle a fait preuve, tout au long de sa vie active, de bonnes capacités d'adaptation puisqu'elle a occupé des postes variés dans les domaines de la coiffure, de la vente ou des soins à la personne avant de devenir ouvrière. Il ressort en outre de l'expertise que la recourante a elle-même indiqué ne pas voir d'utilité ni d'effet positif à la

poursuite d'un traitement psychiatrique pourtant mis en place en 2018. Elle a expliqué ne souffrir d'aucune maladie psychique et considérer que la grande fatigue causée par ses atteintes physiques est à l'origine de ses problèmes psychologiques.

L'atteinte gynécologique dont s'est prévalu la recourante le 30 avril 2019 - une incontinence urinaire - n'a pas été examinée par les experts du M._____. Il ressort cependant du protocole opératoire produit par l'intéressée, du rapport du Dr A._____ ainsi que de l'avis SMR du 1^{er} novembre 2019 que cette atteinte a été traitée par une opération et qu'elle n'est pas invalidante.

b) En définitive, la recourante ne se prévaut d'aucun élément médical objectif venant mettre en cause l'opinion circonstanciée des experts du M._____. Dans ces conditions, au vu du travail fouillé de ceux-ci et de leurs conclusions exemptes de contradictions, il y a lieu de reconnaître à leur rapport d'expertise une pleine valeur probante.

7. La recourante ne conteste pas le calcul de son degré d'invalidité. Contrôlé d'office, ce calcul ne prête pas le flanc à la critique.

Ainsi, comme l'a relevé l'intimé, le degré d'invalidité de la recourante, de 5.4 %, est insuffisant à ouvrir le droit à une rente d'invalidité (art. 28 LAI).

8. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision du 7 novembre 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. Ils seront provisoirement

laissés à la charge de l'Etat, compte tenu de l'octroi de l'assistance judiciaire.

c) 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).

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Concernant les débours, il applique le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3^{bis} al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Par décision du juge instructeur du 15 décembre 2019, la recourante a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 novembre 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean Lob. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 24 janvier 2020. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Lob est arrêtée à 1'424 fr. 90, débours et TVA compris (7 heures à 180 fr. + 5 % [débours] + TVA [7.7 %]).

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est rendu attentive au fait qu'elle est

tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 7 novembre 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. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Jean Lob, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'424 fr. 90 (mille quatre cent vingt-quatre francs et nonante centimes), débours et TVA compris.
- VI. 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean Lob (pour L. _____),
- 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 :