

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 septembre 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
MM. Piguet, juge et Gutmann, assesseur  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à U. \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 29 al. 3 Cst. ; 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 17 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Ressortissante slovène entrée en Suisse en août 2006, R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1978, est mère d'un enfant né en 2006. Au bénéfice d'une formation de couturière apprise dans son pays d'origine, elle n'a toutefois jamais exercé d'activité lucrative en Suisse.

Souffrant d'une surdité neurosensorielle congénitale bilatérale profonde, R.\_\_\_\_\_ a déposé, en date du 23 octobre 2007, une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Par décision du 4 mai 2010, entrée en force, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité, motif pris que l'atteinte présentée n'entraînait aucune incapacité de travail, ni limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle de couturière.

**b)** Le 5 octobre 2012, R.\_\_\_\_\_ a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée.

Dans un rapport du 16 février 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé - avec effet sur la capacité de travail - les diagnostics de surdité neurosensorielle bilatérale, de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques) et de trouble mixte de la personnalité à traits immatures et dépendants. Il a en outre indiqué ne pas avoir posé le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant ni de somatisation par manque de renseignements objectifs sur les atteintes somatiques quand bien même il était fort probable qu'un tel diagnostic devrait être retenu. D'après ce médecin, les douleurs à la nuque relatées par l'assurée, ses

difficultés de communication, sa constante tristesse ainsi que ses capacités d'adaptation limitées excluaient toute capacité résiduelle de travail dans quelque profession que ce soit.

Le 3 juin 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a fait parvenir son rapport à l'office AI. Il y posait les diagnostics incapacitants de dépression sévère et de troubles anxieux. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué des cervicobrachialgies droites sur hernie discale C3-C4 ainsi qu'une tendinite de De Quervain bilatérale. S'agissant de la capacité de travail, il a estimé que les douleurs cervicales étaient incompatibles avec l'activité de couturière.

A la demande de l'office AI, le Dr V.\_\_\_\_\_ a complété son rapport en date du 8 novembre 2013. Il a notamment expliqué que, au lieu du diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère) posé dans son rapport du 16 février 2013, il retenait désormais le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique car les pleurs ne justifiaient pas à eux seuls de considérer que l'épisode dépressif était sévère. Par ailleurs, au vu de l'extension des douleurs, il a retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. D'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail était de 75 % avec une diminution de rendement de 20 % en raison du handicap sensoriel et des troubles de l'attention et de la concentration dans une activité « artisanale » (couture, cuisine, nettoyage). Dans une activité « industrielle » impliquant l'usage de machines et imposant un rythme de travail soutenu, la capacité de travail était de 50 % avec une diminution de rendement de 20 %.

Au vu des renseignements recueillis, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a recommandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne (avis médical du 26 février 2014).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Centre d'Expertise H.\_\_\_\_\_ à D.\_\_\_\_\_. Etabli sous la signature des Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le rapport, daté du 29 octobre 2014, ne retenait aucun diagnostic incapacitant. Sans répercussion sur la capacité de travail, les médecins prénommés ont retenu une surdi-mutité engendrée par une méningite à l'âge de 18 mois, des cervico-brachialgies sur discopathies avec hernie discale C3-C4 médiane et para-médiane droite ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Sur la base de leur analyse, les experts ont estimé que l'assurée présentait une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans son activité habituelle de couturière.

Le 13 novembre 2014, le Dr T.\_\_\_\_\_ a déclaré se rallier aux conclusions des experts du Centre d'Expertise H.\_\_\_\_\_ pour retenir l'absence d'incapacité de travail durable et de limitations fonctionnelles, les atteintes à la santé présentées étant compatibles avec l'activité habituelle de couturière, sans incapacité de travail durable.

Par décision du 23 septembre 2015, l'office AI a rejeté la demande de prestations formée par l'assurée (reclassement et rente d'invalidité), motif pris que, selon le rapport d'expertise du Centre d'Expertise H.\_\_\_\_\_, l'assurée pouvait exercer à plein temps son activité de couturière.

Statuant sur le recours formé par R.\_\_\_\_\_ contre cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud l'a admis par arrêt du 17 février 2016 (cause AI 284/15 - 33/2016). En substance, elle a retenu que le rapport du Centre d'Expertise H.\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2014 ne satisfaisait pas à la jurisprudence fédérale en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. Elle a dès lors renvoyé la cause à l'office AI en vue de la mise en œuvre « d'un complément d'expertise

pluridisciplinaire dont le rapport à venir devra permettre de se prononcer à l'aune de la jurisprudence fédérale contenue à l'ATF 141 V 281 ».

c) Reprenant l'instruction de la cause, l'office AI a confié à la Clinique Z.\_\_\_\_\_ le soin de procéder à l'expertise médicale pluridisciplinaire de R.\_\_\_\_\_, laquelle a séjourné à la Clinique Z.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> au 3 mai 2017. Signé par les Drs P.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en médecine interne générale et en rhumatologie, ainsi que F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le rapport de synthèse du 15 mai 2017 se fondait sur l'examen clinique du 1<sup>er</sup> mai 2017 (Dre C.\_\_\_\_\_), l'expertise rhumatologique du 2 mai 2017 (Dr P.\_\_\_\_\_), l'expertise psychiatrique du 3 mai 2017 (Dre F.\_\_\_\_\_) ainsi que le dossier médical mis à disposition par l'office AI. Après avoir posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de surdité complète neuro-sensorielle, de cervicalgies chroniques et d'uncodiscarthrose C3-C4 et - sans répercussion sur la capacité de travail - de discopathie L4-L5 et de status après tendinite de De Quervain bilatérale, les experts ont conclu leur appréciation du cas en ces termes :

« Les experts retiennent donc une surdité complète neuro-sensorielle qui contre-indique des activités nécessitant des contacts ou communications. Dans son ancienne activité de couturière ou de femme de ménage, on ne retient pas de limitation particulière, tout au plus une diminution de rendement de 20 % liée aux cervicalgies.

Les facteurs contextuels sont ici prégnants et paraissent à l'origine de l'échec de l'assurée d'initier toute activité professionnelle depuis son arrivée en Suisse. Ces facteurs sortent cependant du champ médical.

Aucune atteinte psychiatrique n'est retenue, les troubles constatés après son divorce étant résolus et l'assurée ayant d'elle-même interrompu tout suivi.

Elle dispose en outre de ressources, comme le démontre son parcours de vie, ayant pu achever une formation professionnelle dans son pays d'origine et élever seule son fils et s'adresser aux personnes compétentes pour requérir de l'aide malgré son handicap.

Aucune mesure professionnelle ne s'impose hormis éventuellement une aide au placement.

En raison des incohérences relevées lors de la description du handicap, de la cotation de la douleur contrastant avec les

constatations objectives chez une assurée exhibant un comportement douloureux, le pronostic paraît réservé. »

Sollicitée pour détermination, la Dre N.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a indiqué que l'expertise de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ confirmait l'appréciation du 13 novembre 2014, ajoutant que, tout au plus, une baisse de rendement de 20 % pourrait être admise (avis médical du 27 juin 2017).

Dans un rapport du 3 juillet 2018 faisant suite à une mesure d'observation professionnelle prévue au Centre M.\_\_\_\_\_ du 12 juin au 6 juillet 2018, il était relevé que l'état de santé physique de l'assurée était insuffisant ; après quelques jours de travail, elle avait mentionné des douleurs aux cervicales, aux articulations du poignet et des épaules notamment ; par ailleurs, sa résistance psychique était faible. Même si l'intéressée avait pu exécuter les travaux demandés dans la mesure de ses possibilités, il résultait des observations effectuées que seuls des travaux occupationnels très simples pouvaient convenir à son état de santé physique. La mesure a dès lors été interrompue au 3 juillet 2018.

Le 4 septembre 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a transmis à l'office AI un rapport daté du 27 juin 2018 dans lequel il retenait neuf diagnostics, dont ceux d'exacerbation de cervico-brachialgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre d'un syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) bilatéral sur hypertonie de la musculature cervico-scapulaire, de lombo-cruralgies gauches sur syndrome du muscle pyramidal, de syndrome fémoro-patellaire gauche avec possible méniscopathie interne et de tendinopathie du sus-épineux et du long chef du biceps droit avec conflit sous-acromial et probable bursite sous-acromiale en 2017. Depuis le début de son stage auprès du Centre M.\_\_\_\_\_, l'assurée signalait l'accentuation des cervico-brachialgies bilatérales, à prédominance droite, l'obligeant à faire de fréquentes pauses. Elle ressentait notamment les irradiations dans le membre supérieur droit comme un serrement du coude et du poignet et des fourmillements sur le dos de la main. Durant le week-end, elle éprouvait les douleurs qui avaient tendance à augmenter depuis le début

du stage. Par ailleurs, avec les exercices pour la hanche gauche, les douleurs de cuisse avaient disparu avant de recommencer également depuis le stage auprès du Centre M.\_\_\_\_\_.

Le 15 avril 2019, l'office AI a informé R.\_\_\_\_\_, désormais représentée par le Service juridique de Procap, qu'il comptait lui refuser l'octroi de prestations d'invalidité (mesures professionnelles et rente), au motif que, selon les renseignements en sa possession, elle présentait une capacité de travail et de gain entière dans toute activité avec une diminution de rendement de 20 % en lien avec sa surdité [recte : cervicalgie]. Parmi les exemples d'activités dans le domaine industriel léger, l'office AI a cité le montage ou la surveillance d'un processus de production, la surveillance de machines en milieu industriel, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ainsi qu'ouvrière dans le conditionnement léger et opératrice sur machines en milieu industriel. L'assurée n'ayant pas exercé d'activité professionnelle en Suisse, l'office AI s'est fondé sur les statistiques salariales pour déterminer le revenu sans invalidité (55'018 fr. 65 à 100 % en 2018) qu'il a réduit de 20 % pour tenir compte de la diminution de rendement puis de 10 % en raison des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation. Il en résultait un revenu d'invalidité de 39'613 fr. 43, lequel, comparé au revenu sans invalidité, conduisait à une perte de gain de 15'404 fr. 57 soit un degré d'invalidité de 28 %.

R.\_\_\_\_\_ a présenté des objections à ce projet en date du 23 mai 2019. En substance, elle a reproché à l'office AI d'avoir écarté l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_ au profit de l'expertise rhumatologique de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ sans avoir examiné si l'expert rhumatologue avait explicitement écarté les diagnostics du Dr G.\_\_\_\_\_ ou s'il ne les avait tout simplement pas recherchés. En l'état, il n'était dès lors pas possible d'infirmier les diagnostics posés par le Dr G.\_\_\_\_\_ ainsi que leurs effets fonctionnels, puisque l'expert rhumatologue n'avait ni affirmé ni nié la présence d'un syndrome du défilé thoraco-brachial, d'une périarthrite de la hanche, d'une neuropathie du nerf cutané latéral de la cuisse, d'un syndrome fémoro-patellaire gauche, d'une probable névralgie du trijumeau. A l'appui

de ses allégations, elle a produit un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 8 mai 2019 dans lequel, après avoir décrit l'état de santé de sa patiente depuis le mois de juin 2017, il a estimé que l'activité de couturière était adaptée moyennant des changements de positions fréquents et un respect des limitations fonctionnelles mentionnées. Dans une telle profession, il a considéré que la capacité de travail était de 50 à 70 % au maximum, tout en relevant que l'hypertonie musculaire de la ceinture cervico-scapulaire et le syndrome du défilé thoraco-brachial pouvaient conduire à une baisse du rendement en termes d'endurance de 30 % de la capacité maximale de travail. Une diminution transitoire de la capacité de travail inférieure à 50 % n'était pas exclue lors de l'accentuation du syndrome cervico-brachial et/ou de la symptomatologie du syndrome du défilé thoraco-brachial.

Le 27 juin 2019, la Dre N.\_\_\_\_\_ a déclaré que le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ ne contenait aucun élément permettant de modifier la position du SMR quant à la capacité de travail exigible.

Par décision du 18 décembre 2019, l'office AI a entériné son refus de prestations conformément à son projet de décision du 15 avril 2019. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections soulevées.

**B. a)** Par acte du 3 février 2020, R.\_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation en ce sens qu'elle a droit aux prestations légales d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Elle a également sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire. Contestant la capacité de travail retenue, l'assurée a dénié toute valeur probante au rapport d'expertise de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ du 15 mai 2017 lui opposant les rapports du Dr G.\_\_\_\_\_. A cet égard, elle a fait valoir que, dans son rapport du 27 juin 2018, ce médecin avait fait état de diagnostics qui n'apparaissaient pas dans l'expertise de la Clinique Z.\_\_\_\_\_, singulièrement dans son volet rhumatologique ; il s'agissait d'un syndrome du défilé thoracobrachial, d'une périarthrite de la hanche,

d'une neuropathie du nerf cutané latéral de la cuisse, d'un syndrome fémoro-patellaire gauche et d'une probable névralgie du trijumeau. L'assurée a par ailleurs réaffirmé que le bref courriel (du 4 septembre 2018) du SMR n'était pas suffisamment probant pour écarter les diagnostics posés par le Dr G.\_\_\_\_\_, ce d'autant plus que, comme déjà mentionné dans ses objections, le SMR n'avait pas examiné si l'expert avait explicitement écarté les diagnostics du Dr G.\_\_\_\_\_ ou s'il ne les avait tout simplement pas recherchés. L'assurée a enfin fait remarquer que, sans que le Dr G.\_\_\_\_\_ n'ait eu connaissance de l'estimation de la capacité de travail issue de l'observation professionnelle, son jugement sur cet aspect la rejoignait sensiblement, ce qui renforçait la valeur de son appréciation différentielle au demeurant fondée sur plusieurs consultations et non sur un examen de quarante minutes.

**b)** Dans sa réponse du 5 mars 2020, l'office AI a conclu au rejet du recours, en relevant que le rapport d'expertise de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ du 15 mai 2017 était tout à fait convaincant.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ;

BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente), singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

**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 (première phrase). 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 (deuxième phrase).

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

revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**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 ; 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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)** On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/09 du 19 juin 2006 consid. 2). 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 (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 déjà cité et les références).

**5. a)** En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'exams complets sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie et de la psychiatrie auprès de la Clinique Z.\_\_\_\_\_, dont les conclusions ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, il a retenu qu'elle disposait, malgré les atteintes à la santé qu'elle présente, d'une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20 % en lien avec les cervicalgies dans une activité adaptée dans le domaine industriel léger (montage ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement léger, surveillance de machines en milieu industriel ou opératrice sur machines en milieu industriel). Les griefs de la recourante portent essentiellement sur l'appréciation de son cas sous l'angle somatique.

**b)** En particulier, au plan rhumatologique, les données de l'examen clinique sont rassurantes. S'agissant du rachis, les signes de Waddell ne sont pas significatifs et il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur à l'examen physique ; les réflexes tendineux sont tous vifs et symétriquement obtenus tant aux membres supérieurs qu'inférieurs ; il n'y a pas de trouble de la statique rachidienne. En ce qui concerne les membres supérieurs, la mobilité des épaules est symétrique et il n'y a pas d'élément en faveur d'une rupture de coiffe ; il n'y a pas non plus de synovite, de ténosynovite ni de signe d'épicondylite. Pour ce concerne les membres inférieurs, ils sont normo-axés ; la mobilité des hanches est symétrique de même que celle des tibio-taliennes et des sous-taliennes ; les genoux sont secs, stables latéralement et sagittalement. Sur la base de son examen, l'expert (Dr P. \_\_\_\_\_) ne retient pas de limitation de l'appareil locomoteur, sauf pour les mouvements de flexion-extension de la nuque auxquels l'assurée s'oppose par une contre-pulsion musculaire volontaire et des rictus. Plus généralement, il n'y a aucun indice d'une maladie rhumatismale inflammatoire ni d'élément en faveur d'un déficit neurologique. Compte tenu d'un tableau clairement dominé par des cervicalgies, les experts ont posé le diagnostic de cervicalgies chroniques et, à la lumière des documents d'imagerie à disposition depuis 2007 (date de la première demande de prestations), une uncodiscarthrose C3-C4 protrusive. Quant à l'examen de médecine interne, il ne démontre pas d'atteinte particulière. Il en va de même de l'examen psychiatrique.

Comme on vient de le voir, les experts ont clairement expliqué les raisons les ayant conduits à poser les diagnostics retenus. Dans ce contexte, les experts ont souligné que l'examen rhumatologique avait été parasité par un comportement douloureux qui se manifestait lors des mouvements axiaux du rachis cervical ou de la sollicitation mécanique des épaules, avec de nombreux tests annoncés douloureux alors que le stimuli n'était pas nociceptif [se dit de la perception des stimulations produisant la douleur, réd.] et que l'assurée s'autolimitait à plusieurs occasions. De son côté, le Dr P. \_\_\_\_\_ a plus spécifiquement relevé le score douloureux démesuré en regard de la présentation clinique avec une gestuelle

demeurant ample, et la disproportion du handicap décrit chez une assurée autonome dans toutes les activités de la vie ordinaire. Au terme d'une appréciation dûment motivée, les experts ont estimé que, moyennant une diminution de rendement de 20 % liée aux cervicalgies, la capacité de travail était complète dans l'activité de femme de ménage ou de couturière.

**c)** La recourante considère que le rapport d'expertise de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ est dépourvu de force probante et lui oppose l'appréciation de son médecin traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

**aa)** Dans son rapport du 27 juin 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé que, depuis le début de son stage auprès du Centre M.\_\_\_\_\_, la recourante se plaignait essentiellement de cervico-brachialgies bilatérales à prédominance droite, qui l'obligeaient à faire de fréquentes pauses. Elle ressentait notamment des irradiations dans le membre supérieur droit comme un serrement du coude et du poignet et des fourmillements sur le dos de la main. L'activité déployée lors du stage avait en outre à nouveau exacerbé des douleurs au niveau de la hanche gauche. Sur le plan clinique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a constaté, au niveau du rachis cervical, une légère accentuation de la limitation fonctionnelle en rotation droite-gauche ainsi qu'en inclinaison latérale droite-gauche. D'après ce médecin, les douleurs à la pression des apophyses épineuses cervicales basses avec irradiation dans le membre supérieur droit révélaient l'existence d'un syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) droit. Sur le plan neurologique, il a observé une légère diminution diffuse de la force au membre supérieur droit ainsi que des troubles sensitifs légers prédominant sur la face externe du bras et en moindre mesure de l'avant-bras droit, touchant les doigts III, voire IV et V de la main droite. A la hanche gauche, il a retrouvé une hypertonie musculaire des rotateurs externes de hanche ainsi que de l'ilio-psoas et des signes de périarthrite de hanche. Cela étant, Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il se chargeait du suivi médical de la recourante depuis le 15 février 2017 et que, dès la première consultation, il avait relevé l'existence d'un syndrome cervico-vertébral associé à une

hypertonie des muscles scalènes des deux côtés, eux-mêmes responsables d'un syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène bilatéral (rapport du 8 mai 2019). La recourante reproche à l'expert P.\_\_\_\_\_ de s'être focalisé sur l'intensité des douleurs ressenties, non totalement explicables par l'atteinte cervicale. Or il ressort des rapports du Dr G.\_\_\_\_\_ des 27 juin 2018 et 8 mai 2019 qu'il s'est essentiellement basé sur les mêmes éléments objectifs et subjectifs que ceux ayant fondé les constatations de l'expert prénommé, à savoir des cervico-brachialgies droites chroniques s'associant à une perte de force et des fourmillements, augmentées lors des sollicitations mécaniques et que, au regard de la symptomatologie présentée par la recourante, il a, à l'instar du Dr P.\_\_\_\_\_, concentré son examen sur le rachis cervical ainsi que les membres supérieurs et inférieurs. En retenant notamment le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène bilatéral, le Dr G.\_\_\_\_\_ s'est livré à une appréciation différente d'une même situation. C'est en effet le lieu de rappeler que, dans son rapport du 8 mai 2019, le Dr G.\_\_\_\_\_ a affirmé avoir été consulté par l'assurée dès le 15 février 2017, soit avant l'expertise auprès de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ et que, dès cette date déjà, il avait retenu l'existence d'un syndrome cervico-vertébral associé à une hypertonie des muscle scalènes des deux côtés, eux-mêmes responsables d'un syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène bilatéral.

**bb)** Le rapport d'expertise du 15 mai 2017 et ses annexes (rapport d'expertise psychiatrique du 16 mai 2017 et rapport d'expertise rhumatologique du 2 mai 2017) répondent en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux. Dans toutes les spécialités médicales, tant sur les plans somatique que psychique, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Reposant sur une anamnèse personnelle et sociale, elle a été établie en pleine connaissance du dossier et a notamment tenu compte des avis des médecins s'étant prononcés sur l'état de santé de l'assurée. En outre, les plaintes de cette dernière ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont évalué la cohérence et la plausibilité de même qu'ils ont examiné les capacités, ressources et difficultés de la recourante. La

description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées. Plus particulièrement, l'experte psychiatre (Dre F.\_\_\_\_\_) a expliqué qu'elle ne retenait pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant évoqué par le Dr V.\_\_\_\_\_ devant l'absence de douleurs intenses et persistantes et en l'absence de sentiment de détresse, chez une assurée ayant décrit être limitée au quotidien dans des contextes précis comme les travaux de ménage importants, la natation ou la pratique du bowling mais ayant par ailleurs démontré des ressources certaines lui ayant toujours permis de faire face à son handicap. De même, les experts ont souligné que d'autres facteurs qu'organiques conditionnaient l'absence d'implication professionnelle de l'assurée depuis son arrivée en Suisse en 2006, tous les traitements réalisés y compris dans un centre de la douleur étant restés inefficaces et la situation n'ayant fait, aux dires de l'assurée, que se détériorer depuis 2013. D'après les experts, il existait manifestement des facteurs contextuels prégnants sortant du champ médical à l'origine de l'échec de l'assurée d'initier tout projet professionnel en Suisse.

**cc)** S'appuyant sur le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 27 juin 2018, la recourante s'étonne que les diagnostics retenus par ce médecin (syndrome du défilé thoraco-brachial [TOS], périarthrite de la hanche, neuropathie du nerf cutané latéral de la cuisse, syndrome fémoro-patellaire gauche et probable névralgie du trijumeau) n'apparaissent pas dans le volet rhumatologique de l'expertise de la Clinique Z.\_\_\_\_\_. Il convient cependant de souligner que ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail ; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient n'est dans ce contexte que secondaire (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et les références). On rappellera par ailleurs que les diagnostics retenus par l'expert P.\_\_\_\_\_ sont dûment motivés. De plus, le Dr G.\_\_\_\_\_ détermine une capacité de travail dans une activité adaptée entre 50 et 70 %, sans tenir compte des incohérences et autolimitations retenues par l'expert P.\_\_\_\_\_ ; or le taux de 70 % est proche de celui de 80 % retenu par les experts de la Clinique Z.\_\_\_\_\_.

Au reste, le Dr V.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant entre 2011 et 2014, a confirmé l'existence d'autolimitations massives et l'absence de limitation justifiée du point de vue médical (cf. rapport du 11 juin 2016 établi dans le cadre de la demande d'allocation pour impotent déposée par la recourante).

**dd)** La recourante ne saurait rien non plus tirer de la durée de l'examen clinique pratiqué par le Dr P.\_\_\_\_\_ dès lors qu'il ne s'agit pas d'un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (cf. TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 2 et la référence). Ainsi, la durée de l'examen clinique effectué par l'expert prénommé (quarante minutes) ne saurait remettre en question la valeur de son travail. Le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref. On notera toutefois que le praticien ne s'est pas contenté de ses seules investigations, mais qu'il s'est également fondé sur le dossier médical complet fourni par l'intimé. L'étude de celui-ci rapprochée de ses constatations personnelles lui ont permis de se prononcer sur le cas d'espèce. On notera de surcroît que les pièces à disposition ne sont certes pas toutes récentes, mais qu'elles ont permis à l'expert rhumatologue de se forger une opinion quant à l'évolution des affections retenues. Il apparaît dès lors que l'état de santé de la recourante était stationnaire et que les troubles mis en évidence n'avaient jamais justifié - et ne justifient toujours pas - l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Ces troubles ne constituent en tout cas pas une atteinte invalidante à la santé.

**d)** Cela étant, la recourante se prévaut encore des observations faites lors du bilan consécutif au reclassement (art. 17 LAI) mis en œuvre sous la forme d'un stage d'observation professionnelle (rapport du 3 juillet 2018) effectué auprès du Centre M.\_\_\_\_\_ du 12 juin au 3 juillet 2018 pour contester la capacité de travail retenue.

**aa)** Pour l'évaluation de l'invalidité, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage

d'observation professionnelle qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 8C\_760/2015 du 18 mars 2016 consid. 4.3 ; TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2 et I 522/00 du 22 mai 2001 consid. 2). En d'autres termes, l'évaluation de l'invalidité de l'assuré ne peut reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'experts en matière professionnelle (TF 8C\_776/2009 du 19 juillet 2010 et 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 5.2 et les références). Cela ne signifie pas pour autant que pour évaluer la capacité de travail, le médecin ne peut aucunement se référer aux rapports d'observation de stage ou des conseillers en matière professionnelle, notamment pour appuyer ou infirmer ses appréciations médicales (cf. par exemple TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

**bb)** A teneur du document établi le 30 mai 2018 par le Service de réadaptation de l'office intimé décrivant la mesure professionnelle envisagée et ses modalités, il apparaît que les horaires de présence convenus ont été adaptés non pour des motifs médicaux mais afin que l'assurée puisse rentrer à midi pour son fils, ce qui constituait un taux de présence de 50 %. S'exprimant à ce sujet, les auteurs du rapport d'observation professionnelle du 3 juillet 2018 ont estimé qu'une telle adaptation d'horaires ne serait pas possible sur le marché libre du travail. Ensuite, si les responsables du stage font certes état de difficultés, en particulier dans la motricité globale, le maintien de la position debout, accroupie ou assise ainsi que l'endurance physique, il convient de rappeler que l'expert P.\_\_\_\_\_ a relevé que la recourante s'autolimitait à plusieurs occasions (mouvements de la nuque, mouvements actifs de l'épaule, force de préhension) et que ses limitations n'étaient pas cohérentes avec les activités qu'elle continuait à faire. A cet égard, il a mentionné qu'elle était capable de mener une vie active, s'occupant de son fils, le menant à l'école et faisant les devoirs avec lui ; disposant d'une femme de ménage, elle ne s'occupe pas des travaux d'entretien ; elle fait en revanche ses courses avec sa propre voiture et prépare elle-même ses repas ; de plus, elle se rend deux fois par année en Slovénie avec sa voiture se montrant capable de conduire 4 heures sans que cela ne pose de problème avant de faire une pause chez une amie en Autriche ; elle marche également trente

minutes quotidiennement. Ces observations contrastent singulièrement avec les constatations opérées durant le stage auprès du Centre M.\_\_\_\_\_ lors duquel il était apparu, aux dires de la recourante, qu'il lui fallait varier les positions et en changer toutes les 15 minutes environ en raison de ses douleurs dans la nuque. A cela s'ajoutait une endurance physique faible peu compatible avec les activités exercées quotidiennement par l'intéressée.

**e)** En définitive, la recourante n'apporte aucun élément de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique Z.\_\_\_\_\_. Dans ces conditions, c'est sans violer le droit que l'office AI s'est fondé sur ledit rapport pour rendre la décision attaquée, et qu'il a ainsi retenu que la recourante présente, dans une activité adaptée, une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20 % en lien avec les cervicalgies.

**6.** Il convient encore d'examiner le préjudice économique subi par la recourante.

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

**a)** Selon la jurisprudence, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques – soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne pouvait pas être déterminé avec suffisamment de précision –, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé (abattement) en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 ; TF 9C\_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.2 ; 9C\_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5 ; 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2 et la référence).

**b)** En l'occurrence, force est de constater que la recourante n'a jamais exercé d'activité lucrative depuis son arrivée en Suisse en 2006. Dans de telles circonstances, on peut déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques telles que résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), ainsi que l'a fait l'intimé dans la décision attaquée.

**c)** Compte tenu d'une capacité de travail de 100 % dans une activité dans le domaine industriel léger (montage ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement léger, surveillance de machines en milieu industriel ou opératrice sur machines en milieu industriel), la recourante aurait pu obtenir un revenu sans invalidité de 55'018 fr. 65. Quant au revenu d'invalidité, l'office intimé a tenu compte de la diminution de rendement de 20 % ainsi que d'un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation. Il en résultait un revenu de 39'613 fr. 43 lequel, comparé au revenu sans invalidité de 55'018 fr. 65, conduisait à une perte de gain de 15'404 fr. 57, soit un degré d'invalidité de 28 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**d)** Les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimé, de même que la comparaison effectuée, ne prêtent pas flanc à la critique. Ils n'ont d'ailleurs pas été contestés.

**7.** L'intimé a examiné l'opportunité de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18d LAI) qui ne sont pas propres en l'espèce à réduire le préjudice économique dès lors qu'il a retenu que seules des activités simples et sérielles et des tâches d'exécutant à répétition dans le domaine industriel léger étaient à la portée de la recourante. Ce type d'emploi ne demandant pas de formation particulière (TFA I 138/04 du 20 janvier 2005 consid. 5.3), la décision est également bien fondée en tant qu'elle refuse à l'assurée des mesures d'ordre professionnel.

**8.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**9.** La recourante a déposé, parallèlement à son recours, une requête d'assistance judiciaire limitée aux frais de justice pour la procédure devant la Cour de céans.

**a)** Conformément à l'art 29 al. 3 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), toute partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour faire face aux frais de la procédure a droit à l'assistance judiciaire, pour autant que sa position dans la procédure ne soit pas d'emblée dépourvue de chances de succès. L'art 61 let. f LPGA concrétise cette disposition pour les procédures de recours relevant des art. 56 ss LPGA.

En droit cantonal, c'est l'art 18 al. 1 LPA-VD qui prévoit l'octroi de l'assistance judiciaire à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés.

**b)** En l'occurrence, la recourante remplit ces deux conditions cumulatives. Compte tenu des explications qui précèdent, il apparaît que les moyens soulevés n'étaient pas d'emblée mal fondés. En outre, au vu de la situation financière de la recourante, il y a lieu de la dispenser du paiement d'une avance de frais et de l'exonérer de toute franchise mensuelle.

**10. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations 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 été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés

provisoirement à la charge de l'Etat, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 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 ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 décembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** La requête d'assistance judiciaire déposée le 3 février 2020 par R.\_\_\_\_\_ pour la procédure de recours est admise, en ce sens qu'elle est exonérée du paiement d'avances et de frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

**IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante et provisoirement supportés par l'Etat.

**V.** Il n'est pas alloué de dépens.

**VI.** La recourante 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.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :