

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 avril 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Gutmann et Küng, assesseurs
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Zumsteg, avocat
à Neuchâtel

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; art. 6, 7, 8 et 44 LPGA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1981, a travaillé comme coiffeuse salariée de 1999 à 2012, puis en qualité d'indépendante dès 2012.

Le 16 juin 2014, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation, alors qu'elle était à la 38^e semaine d'une grossesse, qui l'a contrainte à cesser son activité lucrative.

En incapacité de travail à compter de l'accident, l'intéressée a déposé, le 29 février 2016, une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), suivie d'une demande de mesures professionnelles et de rente le 28 avril 2016, en raison de douleurs diffuses dans la nuque et dans les bras, d'un probable trouble somatoforme, d'un syndrome d'Arnold Chiari, d'une calcification des cervicales, d'une hernie discale et d'une dépression réactionnelle.

Après avoir été entendue par l'OAI (rapport initial DP du 7 avril 2016), l'assurée a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce pour faciliter sa réinsertion professionnelle auprès d'U._____ (communication du 30 mai 2016 de l'OAI ; voir aussi rapport du 22 août 2016 d'U._____).

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a recueilli les 12 mai et 30 juin 2016 le dossier constitué par l'assureur-accidents, à savoir I._____ SA. Figurent notamment dans ces productions les rapports du Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (9 novembre 2015, 26 janvier et 10 février 2016), du Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale (21 juillet 2015), du Dr C._____, spécialiste en neurologie (9 octobre et 27 novembre 2015), du Dr D._____, spécialiste en cardiologie (5 mai 2015), des Drs S._____ et F._____ des Etablissements Hospitaliers G._____

(13 janvier, 10 et 19 février 2015 ; carte d'indemnité journalière d'I. _____ SA 16 juin 2014 au 1^{er} janvier 2015 [p. 16 du dossier AI]), du Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (22 décembre 2015) et du Dr K. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (rapport du 17 mars 2016). Figurent également dans le dossier d'I. _____ SA des radiographies de la charnière cervico-occipitale du 6 octobre 2015 et une IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche du 9 mars 2015.

L'OAI a sollicité des rapports des médecins et services médicaux assurant le suivi de l'assurée, à savoir les Prof. N. _____ et O. _____, spécialistes en neurochirurgie, de l'Etablissement Hospitalier de M. _____ (rapports des 16 juin 2016 et 24 mai 2018), le Dr A. _____ (rapport du 11 octobre 2016), le Dr C. _____ (rapport du 29 août 2017 ; polysomnographie des 6 et 7 octobre 2015 ; examen neuropsychologique du 18 mai 2015) et le Département de psychiatrie, [...], du Centre hospitalier P. _____ ([...] rapport du 17 mai 2018 du Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Ces rapports discutent un possible syndrome d'Arnold Chiari, des céphalées complexes et des migraines communes, un syndrome des jambes sans repos, un possible status post AVC, une discopathie au niveau des vertèbres C5-C6, une hypotension, une hypothyroïdie, un status post calcul rénal, une hernie cervicale avec paresthésie des membres supérieurs, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et un status après dépression du post partum.

Dans le formulaire 531^{bis} intitulé « Détermination du statut (part active / part ménagère) » complété le 1^{er} juin 2016, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux d'activité de 100 % par nécessité financière et intérêt personnel.

Il a également été versé au dossier l'extrait du Compte individuel (CI) AVS du 7 juin 2016.

Par communication du 14 novembre 2016, l'OAI a mis un terme aux mesures de réadaptation, faute de stabilisation de la situation médicale de l'assurée.

Le 16 juillet 2018, l'OAI a également requis du Dr A._____ qu'il produise les différentes imageries à sa disposition (rapport d'IRM de la colonne vertébrale du 28 novembre 2017, échographie abdominale du 9 juin 2016 et échographie de l'épaule gauche du 17 février 2015).

Sollicitée pour détermination, la Dre R._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), suspectant un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (SPECDO), a préconisé la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans de la médecine interne, de la neurologie, de la rhumatologie et de la psychiatrie, laissant aux experts le soin d'évaluer la nécessité de procéder à des examens neuropsychologiques (cf. avis du 21 juin 2018).

Par communication du 29 juin 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise était nécessaire. Il lui a indiqué que le mandat était attribué de manière aléatoire.

Le 12 décembre 2018, la plateforme MED@P a informé l'OAI que le mandat était attribué à l'E._____. Par communication du même jour, l'OAI a confié le mandat à l'E._____ et informé l'assurée de l'identité des experts.

Les examens utiles ont été réalisés les 5, 13 et 26 février 2019, ainsi que le 14 mars 2019 par le Dr E.G._____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr E.R._____, spécialiste en rhumatologie, le Dr E.P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr Jean-Pierre E.N._____, spécialiste en neurologie, sous la supervision de la Dre E.S._____, spécialiste en médecine interne générale. L'E._____ a déposé son rapport le 16 avril 2019. Les experts ont posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), d'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne (F32.1), de cervicalgies

d'origine tensionnelle, non malformatives ou dégénératives (M54.2) avec possible entorse bénigne de la colonne cervicale suite à un accident de la circulation (S13.4) et discopathie non spécifique au niveau des vertèbres C5-C6, de céphalées mixtes tensionnelles avec une petite composante migraineuse possible (G44.2, G43.9) et de malformation partielle de la jonction cervico-occipitale (Q04.9). Ils ont conclu à l'absence de pathologie susceptible de justifier une incapacité de travail dans la profession de coiffeuse ou toute autre profession du point de vue strictement rhumatologique et neurologique. Cependant, sur le plan psychiatrique, les experts ont estimé que l'accident survenu en 2014 avait brutalement infléchi la trajectoire de vie de l'assurée. En raison du trouble somatoforme douloureux persistant, l'E. _____ a estimé à 30 % la baisse de la capacité de travail dans l'activité de coiffeuse comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activité prolongée en position fixe de la nuque, possibilité de changer relativement souvent de position de la nuque, pas d'engagement physique lourd, pas de port régulier de chargés de plus de 10 kg).

Dans un rapport SMR du 24 mai 2019, la Dre R. _____ a rappelé les conclusions de l'expertise et indiqué que le trouble somatoforme douloureux persistant s'inscrivait dans un contexte de difficultés financières.

L'OAI a établi un projet de décision le 9 juillet 2019, informant l'assurée de son intention de lui nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

Le 23 septembre 2019, l'assurée, désormais représentée par Me Philippe Zumsteg, a contesté le projet de décision susmentionné. A l'appui de sa contestation, elle a produit les rapports des 12 juillet et 13 septembre 2019 du Dr J. _____. Au premier de ces rapports était annexé la lettre de sortie du Département de psychiatrie du Centre hospitalier P. _____ du 8 février 2018. L'intéressée a aussi joint à sa contestation des rapports du 11 septembre 2019 du Dr T. _____, spécialiste en neurologie, et du 20 septembre 2019 du Dr A. _____.

Après avoir soumis ces nouveaux éléments au SMR (avis de la Dre R. _____ du 22 novembre 2019), l'OAI a, par décision le 15 janvier 2020, assortie d'une motivation séparée du même jour, rejeté la demande de prestations de l'assurée, motifs pris qu'elle présentait une capacité de travail de 70 % sans diminution de rendement tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. En outre, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées vu la préservation d'une capacité de travail de 70 % dans toute activité et faute de perspective de réduction du préjudice économique. L'OAI a retenu que les rapports médicaux produits dans le cadre de la procédure d'audition n'apportaient aucun élément nouveau ou qui n'ait été investigué par les experts.

B. Par acte du 18 février 2020, Z. _____, représentée par Me Philippe Zumsteg, a déféré la décision du 15 janvier 2020 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu pour une durée indéterminée. Subsidiairement, elle conclut à ce que le droit à une rente d'invalidité lui soit reconnu selon le résultat de l'expertise judiciaire dont elle requiert la mise en œuvre. Elle demande en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire. La recourante reproche à l'OAI de ne pas avoir effectué ou ordonné une expertise médicale pluridisciplinaire neutre et indépendante afin de clarifier sa situation médicale. En substance, l'intéressée a contesté disposer d'une capacité de travail de 70 % dans toutes activités. Elle remet en cause la valeur probante de l'expertise de l'E. _____ et déplore que les rapports de ses médecins aient été soumis au SMR et non aux experts eux-mêmes.

Par décision du 27 février 2020, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 février 2020, soit l'exonération d'avance et de frais judiciaires, l'exonération de toute franchise mensuelle, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Zumsteg.

Dans sa réponse du 29 avril 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée.

Les 10 juin et 2 juillet 2020, la recourante a complété son recours produisant des rapports du Dr J. _____ (8 juin 2020) et du Dr A. _____ (15 juin 2020).

Le 4 août 2020, en l'absence de nouveaux arguments susceptibles de remettre en question le bien-fondé de la décision querellée, l'office intimé a maintenu sa position tendant au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

La recourante a maintenu ses conclusions le 12 août 2020. Elle produit un nouveau rapport du Dr J. _____ du 30 juillet 2020.

Les 1^{er} et 10 septembre 2020, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives.

Les arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions seront pour le surplus repris ci-après dans la mesure utile pour la discussion de la solution au présent litige.

C. Dans une procédure séparée, l'OAI a nié à Z. _____ le droit à l'assistance juridique gratuite par décision du 15 janvier 2020, confirmée par arrêt de la Cour de céans du 25 mai 2020 (AI 50/20 - 165/2020).

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 et 38 al. 4 let. a LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente de l'assurance-invalidité et à des mesures professionnelles.

3. a) Dans son recours du 18 février 2020, (p. 9) et dans un premier moyen de nature formelle, la recourante conteste la neutralité et l'indépendance des experts désignés par l'OAI. Elle reprend cet argument dans son écriture du 10 septembre 2020 (p. 2), arguant que les experts n'étaient pas indépendants, puisqu'ils réalisent plus d'une cinquantaine de mandats par année pour les offices d'assurance-invalidité de la Suisse romande.

b) aa) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Il peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (art. 44 al. 1 LPGA). En droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (ATF 137 V 210 consid. 2.1.3 ; 144 V 258 consid. 2).

bb) Aux termes de l'art. 72bis RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201), les expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un

centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention (al. 1). L'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2). Dans un premier temps, l'OAI communique le type d'expertise qu'il entend mettre en œuvre, les disciplines médicales prévues ainsi que le catalogue des questions qu'il entend soumettre aux experts. L'assuré peut soulever des objections contre le principe de l'expertise, les disciplines médicales prévues et présenter des questions supplémentaires. Le mandat d'expertise est ensuite déposé sur la plateforme informatique SuisseMED@P, laquelle procède à l'attribution du mandat d'expertise pluridisciplinaire à l'un des centres d'expertises médicales agréés par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) selon le principe de l'assignation aléatoire. Une fois le mandat attribué par SuisseMED@P, l'OAI communique à l'assuré le nom du centre chargé de l'expertise et l'identité des experts. L'assuré peut alors formuler des objections de nature formelle ou matérielle à l'égard de l'un ou des expert(s) désigné(s) (ATF 139 V 349 consid. 5.2.2). Si l'OAI ne donne suite qu'en partie ou pas du tout aux objections de l'assuré, il rend une décision incidente sujette à recours dans laquelle il indique les disciplines médicales prévues, le nom des experts désignés et les raisons pour lesquelles il n'a pas été tenu compte des objections soulevées (Jacques Olivier Piguet, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 28 ad art. 44 LPGA p. 555).

4. En l'occurrence, l'intimé a suivi la procédure applicable en matière d'expertise pluridisciplinaire présentée ci-dessus. Le 29 juin 2018, il a communiqué à la recourante la nécessité de procéder à une expertise pluridisciplinaire avec la mention des spécialités médicales. Le questionnaire d'expertise est annexé à dite communication. L'office intimé a ensuite transmis le mandat à la plateforme MED@P. Il a informé l'intéressée du résultat de l'attribution aléatoire de l'expertise à l'E._____ par l'intermédiaire de la plateforme MED@P par communication du 19 décembre 2018. Cette communication indique le nom des experts et leur spécialité respective, ainsi que la mention d'un délai pour présenter d'éventuels motifs de récusation à l'encontre des experts. A aucun moment, la recourante n'a contesté la nécessité de

procéder à une expertise, les spécialités proposées par le SMR et le nom des experts désignés.

D'autre part et contrairement à ce que soutient la recourante, le fait qu'un centre, ou un expert, médecin indépendant, ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue toutefois pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités). Or, l'intéressée ne soulève aucun argument pour remettre en cause l'indépendance des experts, étant constant que les griefs relatifs à la valeur probante de l'expertise relèvent du litige au fond.

Au demeurant, les critiques de la recourante sont tardives. En effet, l'intéressée aurait dû immédiatement faire part de ses objections sans attendre de saisir le juge d'un recours au fond pour critiquer la neutralité des experts (TF 2C_1216/2013 du 27 mai 2014 consid. 6.4 ; 9C_643/2007 du 16 juin 2008 consid. 2.2).

Ce moyen doit être rejeté.

5. a) aa) 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.

bb) 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).

Lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2).

b) aa) 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 un élément important 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

bb) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

cc) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

dd) 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).

S'agissant, en particulier du caractère prononcé du tableau clinique pertinent pour le diagnostic, les constatations sur les manifestations concrètes de la psychopathologie diagnostiquée permettent de séparer les limitations fonctionnelles qui sont dues à cette atteinte à la santé des conséquences directes de facteurs non médicaux et donc non assurés. Ainsi, des facteurs de stress psychosocial et socioculturel (ex. difficultés familiales, financières, etc.) qui contribuent également aux symptômes constituent des circonstances non invalidantes et donc non assurées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1 et 3.4.2.1 ; TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 ; 8C_559/2019 du 20 janvier 2020 consid. 3.2).

6. a) La recourante fait grief à l'intimé d'avoir fondé la décision attaquée sur une expertise de l'E._____ qui serait, selon elle, sans valeur probante au vu notamment d'incohérences et d'incomplétudes. D'autre part, elle soutient que les experts, et à leur suite l'office intimé et son service médical, n'auraient pas discuté les rapports de ses médecins traitants, lesquels contrediraient les conclusions des experts et attesteraient d'une entière incapacité de travail.

L'office intimé soutient pour sa part que l'expertise réalisée auprès de l'E._____ réunit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il rappelle que son Service médical régional pouvait analyser la situation médicale de l'intéressée afin d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis et de prendre position en prodiguant des recommandations sur la suite à donner au dossier. Renvoyant aux avis dudit service, l'intimé estime que les avis médicaux au dossier ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des experts de l'E._____.

b) La recourante critique la durée des examens qui se sont déroulés à l'E.S._____. Toutefois, la durée de l'examen n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical. Le rôle d'un expert consiste justement à se prononcer sur l'état de santé de l'assurée dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). Une consultation, même de courte durée, n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas. En l'espèce, les experts ont examiné l'intéressée les 5 février 2019 (Dr E.G._____), 13 février 2019 (Dr E.R._____), 26 février 2019 (Dr E.P._____) et 14 mars 2019 (Dr E.N.____). A ces occasions, les différents experts ont tous dressé une anamnèse fouillée dans leur domaine de spécialisation. Des examens cliniques poussés ont aussi eu lieu. L'on est très loin du bref examen de 45 minutes allégué par la recourante dans son mémoire du 12 août 2020. Dans ces circonstances, ce grief, qui n'est pas en soi un critère décisif, n'est pas rendu vraisemblable, étant précisé que la valeur probante de l'expertise de l'E._____ est examinée ci-après.

c) Sur le plan somatique, les experts ont recherché des atteintes à la santé sur les plans de la neurologie, de la médecine interne et de la rhumatologie. L'expert interniste ayant exercé le rôle d'expert principal, son rôle a notamment consisté à synthétiser le dossier. Son appréciation est ainsi celle du consilium (p. 19, ch. 8).

Les experts relèvent ainsi ce qui suit concernant la capacité de travail de la recourante sur le plan somatique (pp. 4-5, ch. 4.3) :

« Du point de vue rhumatologique et neurologique strict, on ne met pas en évidence de maladie ostéo-articulaire ou neurologique susceptible de justifier une incapacité de travail dans la profession de coiffeuse ou toute autre profession. Sur le plan somatique, la capacité de travail est complète dans toutes activités potentiellement exigibles. Les troubles décrits par l'expertisée n'ont pas de substrat neurologique ou rhumatologique et notamment de substrat en relation avec une éventuelle malformation de la jonction cervico-occipitale. En ce qui concerne les anomalies vasculaires, ces dernières sont clairement asymptomatiques et ne jouent pas de rôle dans les plaintes. »

aa) aaa) Sur le plan neurologique, le Dr E.N._____ a examiné la recourante et effectué un examen électrophysiologique. Il décrit des résultats normaux. Au terme de son examen et après revue des imageries au dossier, l'expert neurologue a conclu que les troubles sont cohérents et plausibles, mais qu'ils ne présentaient pas de substrat neurologique, en particulier en relation avec une éventuelle malformation de la jonction cervico-occipitale. Quant aux anomalies vasculaires, elles sont « *clairement asymptomatiques et ne jouent pas de rôle dans les plaintes* » (p. 10, ch. 7.3). Le Dr E.N._____ a aussi relevé le syndrome des jambes sans repos sans toutefois discerner de substrat neurologique à ce niveau. Pour le Dr E.N._____, il convient de mettre l'accent sur l'axe psychique où se situent les difficultés, sans contre-indication à introduire de la physiothérapie ou de l'ostéopathie (p. 10, ch. 7.2 et 7.4). Selon l'expert neurologue, l'activité habituelle de coiffeuse est exigible sur le plan médico-théorique à plein temps avec un rendement de 100% d'un point de vue neurologique. Il doute cependant que cela soit réaliste en raison des aspects psychiques, proposant une activité légère (p. 10, ch. 7.4, et p. 11, ch. 8a et b).

bbb) Contrairement à ce qu'allègue la recourante, les rapports de ses neurologues ne permettent pas d'aboutir à d'autres conclusions. Le rapport du Dr T._____ du 11 septembre 2019 fait aussi état d'un examen clinique normal (p. 7, ch. 7.4). Ce spécialiste ne fait pas mention de diagnostics ou de symptômes ignorés de l'expert, seules les conséquences de l'atteinte sur la capacité de travail sont divergentes. A ce propos, ce rapport n'est pas convaincant et présente une évidente contradiction entre l'examen neurologique, qualifié de normal, et la capacité de travail de 50 % sur le plan neurologique (comp. pp. 7-8, ch. 7.4 et 8). Les limitations fonctionnelles retenues sont subjectives et fondées sur les plaintes de l'intéressée ; elles ne sont pas objectivées par un substrat neurologique (p. 8 ch. 8b). Quant à la question de la causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'aggravation des céphalées, elle n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité. On constate qu'à l'instar du Dr E.N._____, le Dr T._____ évoque lui aussi des symptômes

psychiques (ch. 7.4, p. 7 : « *Sur le plan psychique, il existe des difficultés telles que mentionnées par le psychiatre dans l'expertise* »).

Quant au rapport du Dr B. _____ du 21 juillet 2015, il permet d'exclure une atteinte neurodégénérative. Pour le surplus, il synthétise les différents éléments au dossier à cette époque en vue d'un examen par le Dr C. _____, d'une prise en charge psychiatrique et d'un examen par un neurochirurgien.

Dans leur premier rapport du 16 juin 2016, les Prof. N. _____ et O. _____ excluent un déficit neurologique. Relevant que les céphalées limitaient la recourante dans ses activités, ils retenaient que l'activité habituelle demeurerait exigible. Leur second rapport du 24 mai 2018 exclut lui aussi un syndrome d'Arnold Chiari pour ne retenir qu'une discopathie au niveau des vertèbres C5-C6 avec des cervicalgies et céphalées associées. Les neurochirurgiens ne se prononcent toutefois pas sur des limitations fonctionnelles ou sur une estimation de la capacité de travail. Ils ne posent pas d'indication chirurgicale.

Interrogé par l'OAI, le Dr C. _____ relate lui aussi un examen neurologique normal (rapport du 29 août 2017, p. 2, ch. 1.4). Il considère que l'activité de coiffeuse n'est plus exigible en raison des céphalées et des vertiges, proposant une activité évitant les risques de chute et les sollicitations de la nuque (pp. 2-3, ch. 1.7). Il recommande toutefois, à l'instar de l'expert neurologue et du Dr T. _____, un traitement psychiatrique afin d'assurer une bonne prise en charge du trouble anxieux (pp. 2-3, ch. 1.5 et 1.8). L'état de santé psychique est ainsi prépondérant. S'agissant en particulier des céphalées, le Dr C. _____ expose, dans son rapport du 9 octobre 2015, que celles-ci sont présentes depuis l'âge de 12 ans (p. I). Dès lors, elles n'ont pas empêché la recourante de travailler comme coiffeuse de 1999 jusqu'à l'accident de 2014 (CI AVS du 7 juin 2016). Dans le même rapport, le Dr C. _____ relève aussi des troubles psychiatriques liés à des traumatismes infantiles dans le cadre d'une fatigue permanente, d'une somnolence diurne et d'un sommeil de mauvaise qualité avec une agitation marquée (p. II).

Faute de malformation de la jonction cervico-occipitale et de symptomatologie au niveau vasculaire, les éléments neurologiques relevés par le Dr A. _____ dans son rapport du 4 février 2020 tombent à faux. Dans son rapport du 20 septembre 2020, ce médecin traitant soutient que le syndrome des jambes sans repos n'aurait pas été reconnu dans l'expertise. Il ne peut toutefois pas être suivi dans la mesure où le Dr E.N. _____ a repris les éléments pertinents au dossier sans détecter de substrat organique, évoquant une problématique psychogène. L'expert peut aussi être suivi dans la mesure où, au terme de la polysomnographie, le Dr C. _____ peine à trouver une solution thérapeutique à ce propos et renvoie à une évaluation psychiatrique (rapport du 29 août 2017, p. 2, ch. 1.4 et 1.11). Quant aux Prof. N. _____ et O. _____, ils posent un constat similaire, concluant à un sommeil déficitaire avec une hypersomnie sans substrat organique dans le cadre de facteurs de surcharge psychosociaux (rapport du 24 mai 2018). Quant à l'empêchement d'une activité les bras au-dessus des épaules allégué par le Dr A. _____ dans son rapport du 20 septembre 2020, prétendument sur la base de l'avis du Dr C. _____, il s'avère en réalité que ce neurologue ne relate que des problèmes au niveau de la nuque (rapport du 29 août 2017, p. 2, ch. 1.7).

bb) aaa) Sur le volet de la stricte médecine interne, le Dr E.G. _____ et la Dre E.S. _____ décrivent un examen clinique dans la norme. Il est conforme aux rapports figurant au dossier sur quelques aspects très spécifiques (cf. rapport du Dr D. _____ du 5 mai 2015 [cardiologie] et du Dr K. _____ du 17 mars 2016 [oto-rhino-laryngologie]).

L'expert rhumatologue a procédé à un examen ostéo-articulaire complet (p. 4, ch. 4.3) et analysé les imageries pertinentes au dossier (pp. 4-5, ch. 4.3). Il expose ce qui suit dans son appréciation (p. 5, ch. 6a ; p. 6, ch. 7.1a et 8a) :

« Z. _____ présente dans le cadre de céphalées chroniques survenues dès l'âge de 12 ans, et suite à un accident de la circulation où son véhicule à l'arrêt a été embouti « à 3 reprises » par le même automobiliste lors du même accident, avec par la suite description de cervicalgies chroniques, non spécifiques, les

investigations neurologiques entreprises suite à cet accident de la circulation ne mettant pas en évidence à mon avis de lésion susceptible d'être attribuée de manière certaine au traumatisme subi. Pour ma part, la discopathie C5-C6 décrite à l'IRM n'est pas attribuable à cet accident, et cette dernière ne peut à mon avis expliquer biologiquement la persistance des plaintes actuelles.

A relever que ce type d'imagerie se rencontre de manière fréquente dans une population asymptomatique, et que son rôle nocicepteur n'est de loin pas certain. Il peut refléter une dégénérescence discale qui est liée à une évolution naturelle et à un certain nombre de remaniements discaux ligamentaires, dont on ne connaît à l'heure actuelle pas d'étiologie précise.

D'un point de vue rhumatologique, je ne m'explique pas les limitations fonctionnelles algiques rencontrées lors de la mobilisation de la colonne cervicale essentiellement en flexion extension.

Dans le diagnostic différentiel, je n'ai actuellement pas d'élément orientant vers une origine inflammatoire, infectieuse, fracturaire, métabolique toxique, neurocompressive.

(...)

La douleur est actuellement chronique, et elle est définie comme étant une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle non démontrable dans ce cas ou potentiel ou décrite en ces termes.

Elle n'est pas mesurable, elle ne peut être ni prouvée ni réfutée médicalement.

Dans la douleur chronique comme c'est le cas ici, il existe des interactions entre cognition, émotions, comportement, réactions corporelles, facteurs sociaux, croyances entre autres.

La douleur est un symptôme et non une maladie.

(...)

D'un point de vue rhumatologique strict, on relèvera que ce sont des cervicalgies non spécifiques qui ont mené à la cessation de l'activité professionnelle, et à une situation psychosociale selon l'extrait du dossier, notamment ressources financières, que l'on peut qualifier de tendue.

D'un point de vue rhumatologique et médical, on n'objective actuellement pas de maladie ostéo-articulaire spécifique susceptible d'expliquer les plaintes, que l'on ne peut expliquer de manière prépondérante sur le plan somatique et/ou médical biologique.

Ceci ne met cependant pas en doute l'authenticité des plaintes.

(...)

D'un point de vue rhumatologique strict, je ne mets pas en évidence de maladie ostéo-articulaire susceptible de justifier une incapacité de travail dans la profession de coiffeuse. (...).

La reprise d'une activité professionnelle quelconque dépendra à mon avis davantage des conditions psychosociales que l'assurée rencontrera à l'avenir que de la survenue d'une maladie ostéo-articulaire spécifique. »

Sur le plan somatique, les constatations cliniques et radiologiques ne permettent pas d'expliquer l'intensité des douleurs décrites. Les examens n'apportent pas de réponses aux questions concernant la durée, l'extension et les répercussions des douleurs dans la vie quotidienne de l'intéressée. Il existe certes des troubles dégénératifs au niveau cervical, mais qui n'expliquent pas la clinique dans son ensemble. En l'occurrence, les constatations dégénératives ne sont pas spécifiques et se rencontrent aussi dans une population normale asymptomatique du point de vue de l'expert rhumatologue en particulier. Dans ces circonstances, il convenait à juste titre d'envisager un trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 ; cf. consid. 6d ci-dessous).

bbb) Sur le plan de la médecine interne et de la rhumatologie, l'on peut d'ores et déjà s'interroger sur la fiabilité des conclusions du Dr A._____ quand il atteste d'une incapacité de travail à 100 % dès 2013 (rapport du 11 octobre 2016) alors que sa patiente travaillait à plein temps jusqu'à l'accident et n'a abandonné son activité indépendante qu'au mois de mai 2015 (rapport initial DP du 7 avril 2016 p. 2 ; carte d'indemnité journalière d'I._____ SA remplie par les Etablissements Hospitaliers G._____ du 16 juin 2014 au 1^{er} janvier 2015 ; rapport d'U._____ du 22 août 2016, p. 2 ; CI AVS du 7 juin 2016).

Certes, dans son rapport du 20 septembre 2020, produit dans le cadre de la présente procédure, le Dr A._____ mentionne une incapacité après l'accident. Ceci dit, il convient de rappeler que le diagnostic (trouble somatoforme douloureux ou fibromyalgie) n'est pas déterminant en matière d'assurance-invalidité (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2) et que le Dr E.R._____ ne mentionne dans son rapport ni le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ni celui de fibromyalgie. Les points spécifiques de fibromyalgie ne sont d'ailleurs pas symptomatiques selon l'expert rhumatologue (cf. p. 4, ch. 4.3). Le Dr E.R._____ ne conteste pas l'existence des douleurs. Il indique en l'occurrence qu'elles ne sont pas mesurables, ni prouvables ou réfutables sur le plan somatique. L'expert rhumatologue expose d'ailleurs à deux reprises dans son rapport que l'authenticité des plaintes n'est pas mise en

doute (p. 6, ch. 7.1a *in fine* et 7.3). On ne saurait ainsi y discerner un « *a priori négatif* » de l'expert tel que supputé par le Dr A._____.

Quoi qu'il en soit la controverse rhumatologique est sans incidence puisque, sur le plan juridique, l'appréciation d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie est identique ; elle relève de manière prépondérante de l'évaluation psychiatrique sur la base d'un constat d'absence de pathogenèse, d'étiologie claire et de constat de déficit organique (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 ; cf. consid. 6d ci-dessous).

Au final et contrairement à ce que relate le Dr A._____ dans son rapport du 4 février 2020, l'expertise suit les lignes directrices tracées par la jurisprudence. Elle contient une évaluation médicale interdisciplinaire et une évaluation consensuelle de la capacité de travail résultant d'une discussion au sein d'un colloque interdisciplinaire réunissant la médecin superviseuse, l'expert principal et l'expert psychiatre (pp. 4-6, ch.4.2, 4.3, 4.9 et 5 ; cf. consid. 6d ci-dessous). En relation avec le rapport du 15 juin 2020 du Dr A._____, il convient encore de relever que la validité d'une expertise n'est pas subordonnée *ex lege* ou de par la jurisprudence à la mise en œuvre d'un séjour tel que proposé à la Clinique [...] ou dans un autre centre doté des mêmes services. Une appréciation de même valeur probante peut aussi reposer comme en l'espèce sur les informations issues du dossier médical, des examens cliniques et d'une évaluation interdisciplinaire commandée par les organes de l'assurance-invalidité.

cc) Au final, la recourante n'apporte aucun argument propre à remettre en cause les volets somatiques de l'expertise.

d) aa) Sur le plan psychiatrique, les experts ont posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et d'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne (F32.1) (p. 4, ch. 4.2). Le premier diagnostic repose sur l'absence de pathogenèse, d'étiologie claire et de constat de déficit organique au terme des examens somatiques et

sur le volet psychiatrique de l'expertise confié au Dr E.P._____. A cet égard, ce dernier relève ce qui suit (p. 5, ch. 6b) :

« L'entretien, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux permettent de retenir les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant et d'épisode dépressif. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant est posé en raison d'un syndrome douloureux non entièrement expliqué par les altérations somatiques décelées. Le syndrome douloureux engendre un sentiment de détresse avec recherche constante d'explications de traitement. Le syndrome douloureux est présent depuis l'accident, et semble ne pas avoir beaucoup évolué depuis.

Le diagnostic d'épisode dépressif est retenu, en présence d'une baisse de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associé à une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une perte d'espoir, une perturbation du sommeil, des idées suicidaires sans scénario. »

De manière consensuelle et avec la participation de l'expert psychiatre, les experts ont relevé ce qui suit concernant la capacité de travail (p. 5, ch. 4.3 ; cf. aussi volet psychiatrique, p. 6 ch. 7.4) :

« [...] sur le plan psychiatrique, alors que l'expertisée semble avoir joui de bonnes capacités adaptatives, l'accident subi en 2014 infléchit brutalement la trajectoire de vie. Spécialement la situation financière et familiale participe à l'état dépressif, et peut-être à l'état douloureux de l'expertisée.

On peut estimer une baisse de la capacité de travail de 30 % impactant les tâches ménagères effectuées au ralenti avec une aboulie, une perte d'espoir et de motivation peu propice à un engagement entier dans une activité rémunérée.

En raison du trouble douloureux somatoforme persistant, en prenant en compte les douleurs, une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes devrait être privilégiée : pas d'activité prolongée en position fixe de la nuque, possibilité de changer relativement souvent de position de la nuque, pas d'engagement physique lourd, pas de port régulier de chargés de plus de 10 kg. »

Ils motivent l'incapacité de travail de 30 % comme il suit (p. 6, ch. 4.9) :

« La capacité de travail globale est estimée à 70 % à raison du trouble somatoforme douloureux persistant et l'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne, avec des cervicalgies et des céphalées d'origine fonctionnelle. Sur le plan somatique strict, en l'absence de lésion organique, il n'y a pas de limitation à retenir pour toutes activités selon l'appréciation neurologique et

rhumatologique. Cependant, les douleurs sont authentiques et entrent dans le cadre du trouble somatoforme douloureux persistant. Dans ce contexte, il faut privilégier un travail ne nécessitant pas une position fixe prolongée de la nuque, sans port de charges important et autorisant des changements relativement fréquents des positions de la nuque. Ces limitations ne contre-indiquent pas l'activité de coiffeuse à notre avis, mais le poste de travail devrait possiblement être adapté avec éventuellement conseils d'un ergonome.

La fatigabilité accrue de l'expertisée, la diminution de l'humeur et de l'intérêt associée à un épisode dépressif peut avoir un impact et une baisse de capacité de travail de 30 % pour toutes activités, impactant aussi les tâches ménagères effectuées au ralenti.

L'évolution sur le plan psychiatrique est défavorable. Le suivi psychiatrique débuté en 2015 semble avoir perdu son intensité selon l'évolution psychiatrique avec interruption difficilement explicable depuis maintenant 4 mois.

Il conviendrait de remettre sur pied un traitement psychiatrique avec entretiens et administration d'antidépresseurs encadrée, ce qui donnerait des chances d'amélioration sur le plan de la santé et de la capacité de travail.

Sur le plan somatique, il n'y a pas de contre-indication sur la base des documents radiologiques à introduire une physiothérapie douce et relaxante en traitement par ostéopathie. Il n'y a aucune indication à une sanction chirurgicale bien entendu, qui ne pourrait qu'aggraver la situation.

La période de la baisse de la capacité de travail de 30 % est estimée depuis l'accident de l'expertisée le 16.06.2014. »

bb) Dans son rapport du 20 septembre 2020, le Dr A. _____ critique l'absence d'appréciation interdisciplinaire pour justifier une incapacité de travail de 50 %. En réalité et comme le montre l'évaluation consensuelle de la capacité de travail ci-dessus (p. 6, ch. 4.9), l'appréciation est incontestablement interdisciplinaire. Les experts ont pris en compte les atteintes psychiques, les douleurs et les limitations fonctionnelles liées au trouble somatoforme. Ils ont ainsi reconnu l'authenticité des plaintes de la recourante. Le Dr A. _____ apprécie différemment une situation factuelle similaire, évaluant l'incapacité de travail à 50 % ou plus là où les experts l'estiment à 30 %. Il ne motive toutefois pas son opinion par des arguments médicaux et ne dispose pas de la spécialité en psychiatrie pour poser d'autre conclusion.

Les rapports du psychiatre traitant, le Dr J._____, ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des experts. S'agissant du syndrome de stress post-traumatique, non évoqué dans son rapport adressé à I._____, SA le 22 décembre 2015, le Dr J._____, indique une rémission spontanée dans son rapport du 13 septembre 2019. Il ne se prononce pas sur sa durée et sa possible influence sur la capacité de travail. Le rapport du 30 juillet 2020 de ce psychiatre rappelle ce constat sans plus ample information. Peu étayé, cet argument ne permet pas de remettre en cause l'expertise.

Quant à l'épisode dépressif, il n'est pas ignoré des experts et fonde même, aux côtés du trouble somatoforme douloureux, une diminution de la capacité de travail. Cette comorbidité psychique demeure toutefois d'intensité légère à moyenne sans chronicisation ; le tableau clinique dressé par l'expert E.P._____ est convaincant sur ce point et n'appelle pas d'autre commentaire (expertise psychiatrique, pp. 4-5, ch. 4.3 et 6b). Il est similaire à celui dressé par le Dr Q._____ du Centre hospitalier P._____ (lettre de sortie du 8 février 2018 et rapport du 17 mai 2018). Le Dr J._____ ne met pas en relief un tableau clinique plus grave de ce point de vue. La divergence porte à nouveau sur l'appréciation de la capacité de travail de la recourante. Or, le Dr J._____ n'objective pas d'éléments en faveur d'une incapacité de travail totale. En effet, l'atteinte à la santé demeure légère à moyenne et n'a pas empêché l'intéressée de poursuivre son activité postérieurement à l'accident (rapport initial DP du 7 avril 2016 p. 2 ; carte d'indemnité journalière d'I._____ SA remplie par les Etablissements Hospitaliers G._____ du 16 juin 2014 au 1^{er} janvier 2015 ; rapport d'IPT du 22 août 2016, p. 2 ; CI AVS du 7 juin 2016). Ni les experts ni le Dr J._____ ne retiennent de problèmes au niveau de la personnalité de la recourante, ce qui peut être suivi dans la mesure où l'anamnèse de l'expertisée ne met pas en évidence de perturbation sévère de la constitution caractérologique, l'intéressée ayant pu surmonter les événements auxquels elle avait été confrontée dans l'enfance (cf. rapport du Dr J._____ du 12 juillet 2019, p. 2, ch. 1.4) pour entreprendre une carrière de coiffeuse. L'intéressée dispose aussi d'un soutien familial (expertise psychiatrique, p. 5, ch. 7.1b).

La question du traitement psychiatrique n'est guère pertinente pour évaluer la capacité de travail dans la mesure où l'expert psychiatre relève qu'il convient de réinstaurer un traitement psychiatrique intégré et constate ainsi l'insuffisance du suivi actuel (ibid., p. 6, ch. 8c).

On relève enfin que le rapport de sortie du secteur psychiatrique du Centre hospitalier P._____ du 17 mai 2018 n'exclut pas une reprise de l'activité professionnelle et ne retient pas de limitations fonctionnelles psychiatriques (ch. 2.7 et 3.4), ce qui tend à conforter l'appréciation des experts. Aucune chronicisation de la comorbidité dépressive n'est évoquée. En outre et à l'instar de l'expert psychiatre (expertise psychiatrique, p. 6, ch. 8c), le Centre hospitalier P._____ recommande aussi un traitement psychiatrique intégré (ch. 2.8, 3.4 et 4.3).

Quant aux légères difficultés cognitives mises en évidence par l'examen neuropsychologique du 18 mai 2015, rien n'indique qu'elles ont une influence sur la capacité de travail dans l'activité habituelle de coiffeuse ou dans toute autre activité légère exigible.

cc) Au final, l'on ne voit aucune raison de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par l'E._____, laquelle examine de manière complète l'ensemble des plaintes - somatiques et psychiques - de la recourante et est dûment motivée, si bien qu'il y a lieu d'admettre que le rapport du 16 avril 2019 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer une entière valeur probante. Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse circonstanciée du cas, comporte une anamnèse détaillée et décrit les contextes déterminants sur les plans médical, professionnel et social. Reposant sur des investigations fouillées, il contient une appréciation claire de la situation fondée sur des examens spécialisés réalisés dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions.

Dans son avis du 24 mai 2019, la Dre R._____ a toutefois indiqué ce qui suit :

« Nous avons reçu l'expertise du 18.04.2019 de la E._____ retenant un trouble somatoforme douloureux et un épisode dépressif d'intensité légère à moyenne. Les examens cliniques rhumatologique et neurologique sont strictement normaux et ne permettent pas de retenir de limitations fonctionnelles objectives en lien avec les plaintes douloureuses de l'assurée. Dans l'axe psychiatrique, le Dr E.P._____ propose une CT de 70 % sans diminution de rendement dans toute activité en raison d'une aboulie et de la diminution de la motivation de l'assurée. Hors dans cette situation de TSD, il s'agit d'étudier les raisons pour lesquelles un effort raisonnable ne peut être attendu de l'assurée. Le Dr E.P._____ avance que l'accident de 2014 a infléchi les capacités adaptatives de l'assurée cependant cette dernière présente malgré tout de bonnes ressources personnelles constitutives de sa personnalité avec un entourage familial satisfaisant (p5). On comprend que le poids de la situation financière et des dettes du mari sont prépondérants sur le moral de l'assurée, cependant ces facteurs ne sont pas à prendre en considération dans le cadre de l'Al. »

Ce faisant, la Dre R._____ fait référence à la jurisprudence citée au consid. 5b/dd ci-dessus et examine quelles sont les causes prépondérantes du trouble somatoforme douloureux, estimant, non sans quelques arguments également évoqués par les psychiatres traitants (comp. lettre de sortie du Centre hospitalier P._____ du 8 février 2018 ; rapports du Dr J._____ des 12 juillet et 13 septembre 2019), que les facteurs psychosociaux sont prépondérants. *A contrario*, l'on retiendra qu'au terme de leur analyse, les experts de l'E._____ ont considéré d'une part que l'accident de 2014 était en cause et avait infléchi le parcours de vie de la recourante, et d'autre part que la Dre R._____ a renoncé à demander un complément d'expertise. Cependant, cette question n'est pas déterminante pour résoudre le présent litige. En effet, une incapacité de travail de 30 % n'ouvre pas le droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI), de sorte que la question de savoir si les limitations fonctionnelles sont dues, de manière prépondérante, à des facteurs non médicaux (psychosociaux) ou à l'accident de 2014 peut rester ouverte en l'espèce.

e) On rappelle enfin que les avis médicaux du SMR (art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) se distinguent des

expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

En l'occurrence, les médecins du SMR ont dûment analysé les différents rapports médicaux au dossier. Dans ses derniers avis des 24 mai 2019 et 22 novembre 2019, la Dre R._____ constate la valeur probante de l'expertise mise en œuvre et expose, à l'instar de ce que l'on a montré ci-avant, pourquoi les avis médicaux subséquents ne permettent pas de la remettre en cause. A la lumière de ces éléments, il y a donc lieu d'admettre que l'appréciation du SMR apparaît cohérente et convaincante.

7. En définitive, la recourante dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle de coiffeuse. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a appliqué la méthode de la comparaison en pourcentage pour calculer le préjudice économique (cf. consid. 5a/bb ci-dessus). En présence d'une incapacité de travail de 30 % dans toutes activités, équivalant à un degré d'invalidité du même taux, l'intéressée n'a pas droit à une rente de l'assurance-invalidité (art. 28 al. 1 LAI ; cf. consid. 5a/bb ci-dessus).

8. Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement

en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 et la référence).

9. a) La question de la prépondérance de facteurs psychosociaux et du refus des mesures professionnelles pour ce motif (cf. consid. 5b/dd ci-dessus) peut demeurer indécise en l'espèce dès lors que le droit à ces prestations doit aussi être nié pour les motifs indiqués ci-dessous.

b) Le but d'une mesure de réadaptation consiste effectivement à prévenir, éliminer ou réduire l'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée (art. 1a let. a LAI). Or, il ressort des constatations des experts que la recourante est médicalement apte à exercer, à 70 % (Expertise, pp. 5-6 ch. 4.7 et 4.8), n'importe quelle activité dont en particulier celle, habituelle, de coiffeuse, adaptée aux limitations fonctionnelles médico-théoriques, de sorte que l'intéressée ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement dans une autre profession (TF 9C_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2).

En outre, la rééducation dans la même profession, que la loi assimile au reclassement (art. 17 al. 2 LAI), comprend un ensemble de mesures de réadaptation de nature professionnelle, nécessaires et adéquates pour procurer à la personne assurée – dans l'activité qui est déjà la sienne – une possibilité de gain équivalant à peu près à celle dont elle disposerait si elle n'était pas invalide (ATF 99 V 34 consid. 2). La jurisprudence a par exemple considéré comme adéquate au titre de cette rééducation, chez un dessinateur en chauffage qui n'avait plus exercé cette activité depuis des années, une remise à niveau des connaissances accompagnée d'une formation destinée à maîtriser les outils informatiques et qui devait lui permettre d'offrir à nouveau ses services sur le marché de l'emploi sans subir de perte de gain (TFA I 702/00 du 30 avril 2001 consid. 2b). La recourante est au bénéfice d'une longue expérience dans le domaine de la coiffure. Il ressort de l'extrait du Compte Individuel AVS du

7 juin 2016 qu'elle a travaillé dans cette activité comme salariée de 1999 à 2012 et comme indépendante par la suite. Dans ces circonstances, l'exercice de son activité habituelle à 70 % reste possible sans nécessiter une rééducation dans cette même profession.

On relèvera pour être complet que l'incapacité de travail de 30 % invoquée par les experts concerne la totalité des emplois envisageables (expertise, pp. 5-6 ch. 4.7 et 4.8). Si l'on considère que les limitations fonctionnelles engendrent une moindre capacité de travail quelle que soit l'activité envisagée, le reclassement dans une autre profession ne comblerait pas la différence entre la productivité de la recourante et celle d'une personne saine exerçant le même métier. Même s'il peut exister des activités mieux rémunérées que celle de coiffeuse, qui permettraient de corriger du moins comptablement l'incapacité de travail retenue, un reclassement dans une profession plus rémunératrice ne tendrait alors plus à éliminer ou minimiser l'impact de la situation médicale sur la situation économique de l'assurée et ne relèverait pas de l'assurance-invalidité.

Enfin, une éventuelle aide au placement sous la forme d'un conseil en ergonomie ou d'une adaptation du poste de travail (cf. art. 18 al. 1 let. b LAI et ch. 5012 de la circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP]), évoquée par les experts (p. 6, ch. 4.9), était sans objet au moment du prononcé de la décision attaquée du fait que la recourante ne travaillait plus comme coiffeuse. Une demande à ce propos pourra être réexaminée sous l'angle de la révision si l'intéressée devait reprendre une activité lucrative.

Le recours au service de réadaptation de l'office intimé ou à tout autre organisme spécialisé n'est dès lors pas nécessaire.

10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures

probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). En l'occurrence, le dossier est complet. Il permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise.

11. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 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. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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) aa) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'espèce, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, 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

du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

L'assistance judiciaire est en principe accordée dès le moment du dépôt de la requête et pour l'avenir, sous réserve des démarches urgentes entreprises simultanément ou peu avant (ATF 122 I 203 consid. 2c et 2f, JdT 1997 I 604 ; CREC du 3 août 2016/301 consid. 3.2.1.1 ; CREC du 22 janvier 2015/40 consid. 3.2). En effet, selon l'art. 119 al. 4 CPC, l'assistance judiciaire ne peut être accordée qu'exceptionnellement à titre rétroactif. Tel est le cas si le défaut de demande d'assistance judiciaire apparaît excusable, notamment lorsque l'urgence commandait d'agir sans solliciter auparavant une décision relative à l'assistance judiciaire (CREC du 3 août 2016/301 consid. 3.2.1.1 et les références ; CREC 22 janvier 2015/40 consid. 3.2 et les références). Il appartient au requérant d'exposer en quoi il aurait été empêché de requérir l'assistance judiciaire dès que les conditions en étaient réalisées (CREC du 3 août 2016/301 consid. 3.2.1.1 et les références ; TC-FR, I^{re} Cour d'appel civil, du 20 août 2018 n° 101 2018 158 consid. 5). De plus, lorsque la décision limitant le champ temporel de l'assistance judiciaire n'a pas été contestée en temps utile par un recours (comp. art. 121 CPC), on ne saurait la remettre en question par l'indemnisation *a posteriori* d'opérations hors champ (CREC du 3 août 2016/301 consid. 3.2.1.2). Un devoir d'interpellation à l'endroit d'un avocat n'entre pas en ligne de compte dans le cadre de l'art. 119 al. 4 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD (CREC 22 janvier 2015/40 consid. 3.3 ; CASSO du 28 juin 2019 AA 26/19 - 89/2019 consid. 9b).

bb) En l'occurrence, la recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Zumsteg à compter du 18 février 2020, date du dépôt du recours et faute de plus amples informations émanant du conseil précité. Cette décision est entrée en force. Une fois l'instruction terminée, Me Zumsteg a produit une liste des opérations, datée du 7 octobre 2020, faisant état de 20 heures 48 d'honoraires pour la période du 20 janvier au 7 octobre 2020. Force est de constater que les opérations réclamées pour

la période du 20 janvier au 17 février 2020 ne sont pas couvertes par la décision d'assistance judiciaire pour les motifs indiqués ci-dessus. 3 heures 47 doivent ainsi être déduites de la liste présentée pour ce motif. Pour le surplus, le temps restant, soit 17 heures 01, apparaît globalement correct et justifié compte tenu de la cause à juger. Il convient dès lors d'octroyer à Me Zumsteg un montant total de 3'463 fr. 80 (3'063 fr. [17:01 × 180 fr.] + 5 % [débours ; cf. art. 3^{bis} al. 1 RAJ] + 7,7 % [TVA]) pour l'ensemble de ses activités durant la période du 18 février 2020 au 7 octobre 2020.

Cette rémunération sera provisoirement supportée par le canton. La recourante est toutefois 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, 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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 15 janvier 2020 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 Philippe Zumsteg, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'463 fr. 80 (trois mille quatre cent soixante-trois francs et huitante 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.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Zumsteg (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :