

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 octobre 2022

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1964 au A.\_\_\_\_\_, originaire de ce pays, s'est mariée en 198[...]. Quatre enfants, désormais tous majeurs, sont nés de cette union. L'assurée est arrivée en Suisse le [...] 2002 (attestation de séjour délivrée le 3 février 2016 par le Service de la population du Canton de Vaud) ; elle bénéficie actuellement d'un permis d'établissement.

Sans formation professionnelle ni scolarité obligatoire complète, elle était occupée dans son foyer, puis a travaillé quelques heures par semaine (environ trois heures) dans une entreprise de nettoyages, entre 2003 et 2004 (Rapport initial de détection précoce du 3 décembre 2015, pp. 1-2).

**B.** En 2009, l'assurée s'est plainte d'une intensification des céphalées et de ses maux de dos, ce qui l'a amenée à consulter. Les examens effectués à cette époque ont montré une dégénérescence disco-vertébrale C5-C6 avec discopathie (cf. rapport initial DP [détection précoce] du 3 décembre 2015, p. 1, ch. 2).

Le 5 mai 2015, l'assurée a consulté le Dr M.\_\_\_\_\_ pour des céphalées et des cervico-brachialgies. Dès cette date, elle a cessé ses recherches d'emploi en raison de son état de santé se retrouvant, sans interruption, en arrêt de travail.

Le 14 septembre 2015, l'assurée a bénéficié de deux imageries par résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale et du cerveau. Dans ses rapports du 15 septembre 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a retenu les conclusions suivantes :

« [IRM de la colonne cervicale]

Rectitude avec effacement de la lordose cervicale physiologique et légère angulation à la hauteur de C5-C6. Dégénérescence disco-vertébrale C5-C6 avec pincement discal modéré et saillie discale

circonférentielle marqués, en partie ostéophytaire, associés à une uncarthrose avec, comme conséquence, un rétrécissement sévère des trous de conjugaison des deux côtés et rétrécissement modéré du canal rachidien avec, en particulier, un rétrécissement de l'espace pré-médullaire (...).

[IRM cérébrale]

IRM et angio-IRM cérébrales dans les limites de la norme (on signale la présence de quelques rares foyers de leucoaraïose micro-nodulaires millimétriques).

A signaler une selle turcique vide »

Dans un rapport du 27 octobre 2015 au Dr M.\_\_\_\_\_, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a fait savoir que les IRM montraient une sévère uncarthrose C5-C6 avec peut-être un petit fragment discal à gauche et une arthrose modérée en C4-C5. Il a estimé qu'une intervention chirurgicale était prématurée, mais que des blocs facettaires C5-C6 pouvaient être proposés.

Le 6 novembre 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_ a annoncé l'assurée en détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant qu'elle présentait des troubles somatiques et neuropsychiques.

L'OAI a entendu l'assurée le 1<sup>er</sup> décembre 2015 en détection précoce. Le rapport initial de l'OAI, daté du 3 décembre 2015, mentionnait, à titre d'atteintes à la santé, des céphalées, des dégénérescences disco-vertébrales C5 et C6, un rétrécissement modéré du canal rachidien et de l'espace prémédullaire ainsi qu'un problème de vue.

L'assurée a déposé le 22 décembre 2015 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état de problèmes de rachis remontant à 2005.

Par formulaire du 1<sup>er</sup> février 2016, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 30 % dès le mois de septembre 2003 ou de novembre 2004 en tant que femme de ménage, par nécessité financière.

Dans un rapport du 2 février 2016, le Dr C.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de hernie discale C5-C6 et d'uncarthrose C5-C6 > C4-C5, mentionnant par ailleurs à titre de restriction qu'il y avait lieu d'éviter les flexions/extensions répétées de la nuque. Il a évalué la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée.

Le 7 mars 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_ a signalé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de migraines, de cervicobrachialgies, de lombalgies sur hernie discale, ainsi que d'arthrose et troubles de la statique. Il a attesté d'une incapacité de travail entière pour la période du 5 mai 2015 au 31 mars 2016, à réévaluer.

Dans un rapport du 24 octobre 2016, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), se fondant sur l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_, a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée d'épargne rachidienne évitant les mouvements répétés de flexion/extension de la nuque.

**C.** L'OAI a rendu un projet de décision le 26 octobre 2016, informant l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'AI, dès lors que l'intéressée pouvait exercer à plein temps toute activité exempte de mouvements répétés de flexion/extension de la nuque et qu'il n'y avait pas de ce fait d'invalidité, ni d'imminence d'invalidité.

Par acte du 22 novembre 2016, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI. Elle a produit un rapport du 19 novembre 2016 de son médecin traitant, le Dr M.\_\_\_\_\_, dont la teneur essentielle est la suivante :

« Vous présentez en effet :

- un état dépressif sévère avec angoisses, troubles somatoformes, insomnies et épuisement constant avec asthénie intense, anodynisme, etc.
- des cervico-brachialgies avec uncarthrose sévère en C5-C6
- des lombalgies chroniques avec fréquents épisodes de lombosciatiques aigus sur un canal étroit en L4-L5 et des troubles arthrosiques multi-étagés rendant impossible le port de charge même légères et vous obligeant à changer constamment de position et interdisant des flexions rachidiennes,
- des gonalgies avec gonarthrose des deux compartiments internes, interdisant la marche en escaliers ou en terrain décliné et le fait de vous accroupir ou de travailler à genoux,
- plus récemment vous êtes devenue gênée par des troubles douloureux polyarticulaires touchant les épaules, les coudes, les poignets, les hanches et les chevilles, avec arthrites fluctuantes, pouvant faire évoquer une polyarthrite rhumatoïde séronégative ou une fibromyalgie,
  
- depuis quelques mois sont également apparues des hypersudations actuellement en cours d'exploration avec hypertrophie de la surrénale gauche.

Ces symptômes entraînent une incapacité à exercer une quelconque activité professionnelle, même adaptée, et entraînent également une importante limitation de vos capacités à assumer vos tâches ménagères et de femme au foyer pour lesquelles vous bénéficiez d'une aide constante de vos enfants. »

Par décision du 13 décembre 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 26 octobre 2016.

**D.** Par acte du 28 janvier 2017, A. \_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 13 décembre 2016, concluant implicitement à l'annulation de celle-ci et à la reprise de l'instruction par l'office intimé, respectivement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, médecine interne et psychiatrie). A l'appui de son recours, elle a produit un rapport du 27 janvier 2017 du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, lequel a posé les diagnostics de lombalgie sur spondylose, de discopathie dégénérative, de rétrécissement dégénératif du canal spinal lombaire, de douleur mécanique aux genoux, de cervicalgie de caractère musculaire, de douleur à l'épaule droite, de douleur poly-insertionnelle fibromyalgique avec un diagnostic différentiel de trouble

douloureux somatoforme persistant, d'hypertrophie nodulaire de la glande surrénalienne gauche stable, de tabagisme et d'obésité. Il a estimé que, sur le plan professionnel, les atteintes à la santé entraînaient des restrictions des capacités physiques et des limitations fonctionnelles pour les positions assise et debout statiques, en porte à faux du dos ainsi que pour les déplacements, la marche et les mouvements et les efforts pour soulever déplacer ou porter les charges.

Dans un certificat médical du 13 février 2017, le Dr M. \_\_\_\_\_ a rapporté ce qui suit :

« Je, soussigné, atteste avoir examiné ce jour et suivre régulièrement depuis 2 ans, la patiente susnommée, en étroite collaboration avec les Dr C. \_\_\_\_\_ et Dr E. \_\_\_\_\_ dont les rapports seront joints en annexe.

Pour les pathologies suivantes :

- Lombalgie sur spondylose, discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale et facettarthrose entraînant un rétrécissement dégénératif du canal spinal lombaire plus marqué en L4-L5.
- Douleurs mécanique[s] des genoux, plus marquée[s] du côté droit dans le contexte d'une chondropathie fémoro-tibiale interne et dans un[e] moindre mesure fémoro-patellaire.
- Cervicalgie de caractère musculaire et cervico discarthrose avec cervicobrachialgie.
- Douleurs de l'épaule droite sur conflit sous-acromial impactant le tendon sous-épineux.
- Douleurs poly-insertionnelles fibromyalgiques.
- Notion amnésique d'une hypertrophie nodulaire de la glande surrénalienne gauche stable.
- tabagisme actif.
- troubles de la personnalité avec état dépressif et anxio-dépressif sévère avec troubles des comportement[s] (addictions, troubles du comportement, troubles du comportement alimentaire, etc.).
- Obésité.

Dans le cadre de sa demande auprès de l'office AI du canton de Vaud, seule sa pathologie rachidienne lombaire a été examinée en faisant abstraction de l'impact de ses autres pathologies sur son état de santé et sa capacité réelle de travail.

[...]

Sur le plan médical, la patiente que j'ai à prendre en charge depuis 2 ans présente de manière quasi-continu[e] d'importantes douleurs cervicales, lombaires et des genoux, des épaules et des insertions, un déconditionnement musculaire majeur aggravé par des myalgies

et une obésité et un état anxio-dépressif avec angoisses sévères, anodynie, passivité, etc.

Sur le plan médico-social ce que j'observe c'est que non seulement la patiente ne me paraît pas en état d'assumer une quelconque activité professionnelle, comme elle a pu le faire de manière partielle en qualité de femme de ménage entre 2002 et 2004, mais en plus elle est dans l'incapacité d'assumer ses tâches privées et personnelles de ménagère et de femme au foyer, sa famille et notamment ses enfants assumant la quasi-totalité de ces tâches [sic] à sa place. »

Dans un avis médical du 9 mars 2017, le Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que le Dr M. \_\_\_\_\_ avait attesté le 13 février 2017 de diagnostics ostéoarticulaires et psychiatriques qui n'avaient pas été évoqués précédemment et que, au regard de ces éléments nouveaux, il y avait lieu de continuer l'instruction en invitant le Dr M. \_\_\_\_\_ à répondre à des questions complémentaires et en demandant un examen clinique ou une expertise rhumatologique afin de déterminer l'influence des nouveaux diagnostics sur l'exigibilité (examen portant également sur l'aspect « *syndrome fibromyalgique* ») puis, le cas échéant, en mettant en œuvre une expertise psychiatrique complémentaire en fonction des observations du Dr M. \_\_\_\_\_ et de l'expert rhumatologue.

Dans sa réponse du 14 mars 2017, l'OAI s'est référé à l'avis susmentionné du Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR.

Par arrêt du 3 mai 2017 (AI 27/17 - 132/2017), la Cour des assurances sociales a annulé la décision du 13 décembre 2016 et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical, à savoir l'interpellation du Dr M. \_\_\_\_\_ et la mise en œuvre d'un examen clinique ou d'une expertise rhumatologique suivi, le cas échéant, d'une expertise psychiatrique :

« que la décision du 13 décembre 2016 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical, à savoir l'interpellation du Dr ... et la mise en œuvre d'un examen clinique ou d'une expertise rhumatologique suivies, le cas échéant, d'une expertise psychiatrique,

qu'au surplus, les raisons invoquées par l'OAI pour ne pas se déterminer sur la question du statut de la recourante - soit

l'absence de préjudice économique, respectivement l'insuffisance des empêchements ménagers de l'intéressée (cf. fiche d'examen du dossier du 26 octobre 2016) - ne peuvent être maintenues au vu des carences exposées ci-avant, si bien que cette problématique devra elle aussi être revue à la lumière du résultat des investigations à intervenir sur le plan médical,

qu'il appartiendra ensuite à l'intimé, sur la base de l'ensemble des éléments récoltés, de rendre une nouvelle décision ; »

**E.** L'OAI a soumis le jugement précité à son service juridique. Dans un avis du 12 juin 2017, ce dernier a préconisé l'interpellation du Dr M.\_\_\_\_\_, la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, voire également psychiatrique, l'examen des éventuels empêchements ménagers et toutes autres mesures utiles.

L'OAI a recueilli des précisions auprès du médecin traitant de l'assurée. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a répondu au questionnaire le 19 octobre 2017. A la question des diagnostics psychiatriques, il indique que sa patiente souffre de troubles de la personnalité avec des épisodes dépressifs sévères, de troubles somatoformes, de fibromyalgie et de troubles neuropsychologiques avec des troubles de l'attention et des troubles cognitifs.

Reprenant le dossier le 22 novembre 2017, le Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR a demandé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire de rhumatologie et de psychiatrie.

L'OAI a conséquemment mis sur pied une expertise biridisciplinaire auprès du X.\_\_\_\_\_ (cf. communication du 5 novembre 2018).

L'assurée a été examinée le 15 janvier 2019 au X.\_\_\_\_\_ par la Dre X.Rhu.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et le Dr X.Psy.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport de mammographie bilatérale du 8 février 2019, le Dr F.\_\_\_\_\_ a conclu à la présence de petites

formations kystiques aux deux seins, sans léiodulaire solide suspecte, ni foyer de microcalcification suspecte.

Les experts du X. \_\_\_\_\_ ont remis leur rapport le 1<sup>er</sup> avril 2019. Il ressort ce qui suit de leur évaluation consensuelle du cas, notamment au sujet de la capacité de travail (CT) (pp. 13-19) :

### **« 3 ÉVALUATION CONSENSUELLE**

---

#### **3.1 Evaluation médicale interdisciplinaire avec**

##### **- un résumé de l'évolution de la maladie (sans anamnèse ni citations des expertises)**

###### Au plan somatique

Mme décrit des douleurs diffuses apparues depuis qu'elle a commencé à travailler à l'extérieur, en plus de l'entretien de son propre ménage, durant quelques mois à 30%, il y a 16 à 17 ans.

Les douleurs ont augmenté en intensité en étendue sur la surface corporelle, et sont devenues permanentes, irréductibles.

L'examen clinique montre une dame qui garde un bon état général, une mobilité spontanée qui reste fluide. L'examen radiologique montre une spondylodiscarthrose étagée, avec des hernies discales ne donnant pas lieu à des irradiations radiculaires typiques ni à des signes d'appel neurologique sous-lésionnels. Il s'associe une gonarthrose.

Cela n'explique pas l'étendue des douleurs dépassant largement le territoire anatomique des lésions.

Une allodynie est présente.

Elle intéresse les insertions douloureuses répondant aux critères de fibromyalgie et les tissus adipeux comme on le voit dans l'adiposité douloureuse dite de Dercum.

Mme aggrave un état d'obésité atteignant actuellement le stade d'une obésité morbide et elle présente un déconditionnement musculaire (sarcopénie) plus marqué que ce à quoi l'on peut s'attendre vu son âge, et ses lésions.

Elle décrit une vie sédentaire bien qu'elle ait suivi les conseils des médecins et physiothérapeutes.

Elle sort en principe tous les jours pour une promenade et effectue des exercices de tonification de quelques minutes tous les jours, ceci depuis qu'elle a consulté le Dr E. \_\_\_\_\_ en début d'année 2017 environ.

###### Au plan psychique

La plupart du temps, cette assurée se sent fatiguée et déprimée. Il apparaît que tout lui coûte et que rien ne lui est agréable. Elle est en proie à des ruminations et des plaintes. Elle dort mal, elle semble avoir perdu confiance en elle mais elle est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne.

Ce trouble a débuté chez une adulte jeune, en 1998-1999, date retenue par l'assurée de la guerre du L.\_\_\_\_\_, et a persisté jusqu'à nos jours.

Nous sommes très éloignés d'un épisode dépressif sévère avec ou sans manifestation psychotique.

**- une explication / motivation des diagnostics actuels**

Au plan somatique

**Syndrome métabolique avec obésité progressive, stéatose hépatique E88.9**

Mme présente un IMC de 35, ayant augmenté ces dernières années.

Une discrète hépatomégalie se confirme sur un scanner abdominal (22.06.2016) avec une image de stéatose.

Il existe du côté familial un risque de diabète et d'HTA.

Mme a présenté des épisodes d'HTA ne nécessitant pas pour l'instant de thérapie régulière et les examens sanguins du médecin traitant révèlent une légère dyslipidémie qui n'est pas non plus traitée médicalement.

**Spondylodiscarthrose étagée à prédominance cervico-lombaire M47.9**

Il existe un syndrome cervical discret à modéré, un très discret syndrome lombaire sans signe radiculaire ni médullaire à aucun des étages.

Les atteintes sont plus évoluées au niveau cervical que lombaire au plan radiologique. Elles sont stables, compatibles avec l'évolution du temps écoulé entre 2015 et 2018.

**Gonarthrose modérée à droite, et discrète à gauche M17.9**

Mme se plaignait enfin d'année 2016 de gonalgies. Les investigations radiologiques ont mis en évidence une gonarthrose modérée du genou droit prédominant au compartiment interne avec des éléments de souffrance fémoro-patellaire, et une gonarthrose gauche discrète.

Mme ne se plaint pas spécifiquement des genoux actuellement. Elle marche sans boiterie et peut s'agenouiller profond, et se relever sans difficulté évidente.

**Sarcopénie M62.5**

Le relief musculaire est peu marqué, cela se confirme sur les images des scanners et IRM montrant un volume musculaire diminué au plan axial. L'origine est multiple : la sédentarité, l'état ménopausique, l'âge et une certaine involution adipeuse.

**Syndrome fibromyalgique M79.0**

Une fibromyalgie est évoquée par le Dr M.\_\_\_\_\_ en 11.2016, dans le diagnostic différentiel étiologique [RM Dr M.\_\_\_\_\_ du

19.11.2016] de douleurs diffuses évoluant depuis les années 2002-2003.

Le bilan complet qu'il a réalisé, et fait compléter par le Dr E. \_\_\_\_\_ rhumatologue en janvier 2017 n'a pas montré d'étiologie primaire. Il a permis d'écarter un rhumatisme inflammatoire, une dysendocrinopathie, une maladie métabolique, une atteinte infiltrative.

Les lésions dégénératives rachidiennes et des genoux ne permettent pas d'expliquer l'ensemble des douleurs, dépassant le territoire anatomique. Le caractère d'intensité élevée en permanence depuis plusieurs années, sans nette évolution radio-clinique n'est pas non plus typique.

Les critères pour une fibromyalgie restent amplement positifs.

### **Tabagisme F17.2**

Mme présente une voix rauque, sur un tabagisme évalué à un paquet/j depuis 25 ans. Elle n'annonce pas de plainte d'ordre pneumologique et ORL y relatives.

### **Status après hystérectomie Z 70.9 c/ patient V geste IV pare, actuellement ménopausée**

Mme a subi l'hystérectomie par voie vaginale il y a 7 ans. Elle présente un syndrome ménopausique, la ménopause est confirmée par les dosages hormonaux sanguins.

Au plan psychique

### **F 34.1 : Dysthymie.**

Ce diagnostic est retenu sur la présence d'une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité n'est pas suffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. La plupart du temps, cette assurée se sent fatiguée et déprimée. Il apparaît que tout lui coûte et que rien ne lui est agréable. Elle est en proie à des ruminations et des plaintes. Elle dort mal, elle semble avoir perdu confiance en elle mais elle est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne.

Nous sommes très éloignés d'un épisode dépressif sévère avec ou sans manifestation psychotique.

Un **Trouble de la personnalité F 60** ne peut être retenu, l'assurée rapporte une famille d'origine harmonieuse, exempte de traumatisme ou de carence affective. L'assurée rapporte une belle-famille fonctionnelle où s'établissent des relations affectives de bonne qualité, avec laquelle elle s'articule aisément. Il n'y a pas de déviation sévère du caractère ou d'altération comportementale extrême chez une assurée qui ne nourrit pas de difficultés personnelles ou sociale considérables.

Un **Syndrome somatoforme douloureux persistant F45.4** ne saurait être retenu en l'absence d'état de détresse accompagné de douleur intense et persistante. De surcroît il existe un substratum somatique explicatif tel qu'une spondylodiscarthrose étagée à prédominance cervico-lombaire, une gonarthrose modérée à droite, et discrète à gauche et un syndrome fibromyalgique.

### **3.2 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail**

Au plan somatique

**Spondylodiscarthrose étagée à prédominance cervico-lombaire M47.9**

**Gonarthrose modérée à droite, et discrète à gauche M17.9**

**Sarcopénie M62.5**

**Obésité progressive E88.**

Les atteintes dégénératives (rachis, genoux) déterminent des limitations fonctionnelles se répercutant sur la CT comme femme de ménage. La sarcopénie et l'obésité sont responsables d'une baisse de l'endurance.

Au plan psychique

**F 34.1 : Dysthymie.**

### **3.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles**

Au plan somatique

**Spondylodiscarthrose étagée à prédominance cervico-lombaire M47.9**

**Gonarthrose modérée à droite, et discrète à gauche M17.9**

**Sarcopénie M62.5**

**Obésité progressive E88.**

Les atteintes dégénératives (rachis, genoux) déterminent des limitations fonctionnelles se répercutant sur la CT comme femme de ménage. La sarcopénie et l'obésité sont responsables d'une baisse de l'endurance.

Au plan psychique

Seuls une asthénie et un déconditionnement ont une incidence légère sur la CT.

### **3.4 Évaluation d'aspect liés à la personnalité pouvant avoir une incidence**

Au plan psychique

Cette assurée n'a quasiment jamais travaillé dans l'économie du premier marché de l'emploi ni sur son sol d'origine ni en Suisse.

### **3.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge**

Au plan somatique

Par rapport au descriptif de la vie quotidienne évoqué par le Dr E.\_\_\_\_\_, et le médecin traitant le Dr M.\_\_\_\_\_, Mme s'est accommodée à ses troubles douloureux. Elle a du plaisir dans sa vie sociale, ses retours au pays, les échanges multiples de sa vie familiale, avec ses enfants, petits-enfants.

Si elle a des difficultés à parler en français, elle comprend le français et répondait parfois plus vite que la traductrice n'avait le temps de traduire lors de l'examen rhumatologique.

Elle est devenue sédentaire, obèse, déconditionnée, et sarcopénique. Elle décrit être totalement déchargée des tâches ménagères par ses belles-filles. Elle ne m'a pas du tout parlé des soins qu'elle apporte à son mari malade mais m'a dit que son mari avait eu des ennuis de santé.

En dépit des douleurs et de l'asthénie évoquées, Mme se montre plutôt vive, réactive, et joviale en cours d'expertise, notamment avec la traductrice.

#### Au plan psychique

Les principaux troubles fonctionnels retrouvés concernent une asthénie et une appréhension négative de la réalité dans laquelle l'assurée est inscrite de longue date.

Cette assurée conserve cependant de nombreuses ressources, ainsi elle s'adapte aux règles et routines et sait honorer ses rendez-vous.

Elle sait structurer des tâches avec l'aide de ses belles-filles et de ses filles.

Elle fait preuve de capacité d'adaptation en pouvant se lever précocement le matin pour effectuer sa prière, aller chercher sa petite-fille à l'école ou s'occuper de son mari malade.

Elle ne fait pas usage de compétences spécifiques, non pas en raison d'une pathologie psychiatrique mais en raison de carences de scolarité et de formation professionnelle.

La capacité de jugement de cette assurée est entière.

La capacité d'endurance est amenuisée par les phénomènes asthéniques.

Cette assurée parvient correctement à s'affirmer, en famille, en groupe et auprès du voisinage.

Son aptitude à établir des relations avec les autres, à émettre de l'affection et à en recevoir ne fait pas défaut. Il en est de même quant à son attitude à évoluer au sein d'un groupe, prendre le café l'après-midi avec d'autres adultes ou nourrir des discussions tardives le soir.

A. \_\_\_\_\_ ne peine nullement à entretenir des relations proches.

Elle n'a effectivement pas d'activité spontanée telle qu'une activité artistique ou sportive.

Cette assurée n'est pas incurique et elle sait utiliser les transports en commun.

Les principales difficultés de cette assurée sont d'un registre extra-médical : une scolarité limitée, une absence de formation certifiante, le fait de ne jamais avoir quasiment travaillé sur le milieu du premier marché de l'emploi et un déconditionnement.

### **3.6 Contrôle de cohérence**

#### Au plan somatique

Mme décrit des douleurs qui s'intensifient au fil des ans, présentes en permanence à un niveau élevé d'intensité. Elle ne montre pas de comportement douloureux, ne prend pas systématiquement son antalgique. Son état général n'est pas altéré malgré les douleurs alléguées depuis 2002-2003.

Les callosités des genoux et des chevilles évoquent un appui prolongé, mais cela ne correspond pas à l'anamnèse, Mme disant ne pas se mettre à genoux pour le ménage ni les prières. Un avis dermatologique serait utile.

Mme décrit de très hautes douleurs, permanentes. Cela n'entrave pas sa vie sociale avec ses connaissances, ni avec sa famille et n'a jamais empêché ses voyages au L.\_\_\_\_\_, y compris un long séjour sur place après le décès de sa maman, sans soins particuliers.

#### Au plan psychique

Il n'existe pas de limitation uniforme ou des activités dans tous les domaines comparables de l'existence chez A.\_\_\_\_\_. Cette dernière apprécie particulièrement les relations avec le voisinage, avec ses copines ou les relations intrafamiliales.

Elle est certes limitée dans des activités physiques. Il n'en demeure pas moins que les compétences psychiatriques et psychologiques de cette assurée sont bonnes.

A l'heure actuelle, il n'y a pas eu de thérapie ad hoc qui corresponde aux symptômes exposés. Il n'existe en particulier pas de suivi spécialisé auprès d'un médecin-psychiatre et psychothérapeute FMH.

Actuellement cette assurée apparaît déconditionnée, incapable de pouvoir se projeter dans une quelconque sphère professionnelle.

Nous rappelons qu'elle n'a jamais exercé au sein du premier marché de l'emploi dans son pays d'origine et qu'elle n'a pas dépassé une activité de 20 à 30 % dans le nettoyage auprès de [...].

L'assurée s'estime incapable de pouvoir intégrer une réadaptation professionnelle. Nous ne retrouvons cependant pas de signe objectif psychiatrique qui puisse s'opposer à ce type de mesure.

Nous sommes plus en face de choix existentiels que de contraintes avec limitations objectives des fonctionnalités psychiques.

### **3.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

#### Au plan somatique

CT de 30 %(occupationnel) comme femme de ménage.

CT de 80 % dans son propre ménage comprenant deux adultes qu'elle peut faire à son rythme.

#### Au plan psychique

La CT est entière au motif psychiatrique depuis toujours.

### **3.8 Capacité de travail dans une activité adaptée**

#### Au plan somatique

CT de 80%.

#### Au plan psychique

La CT est entière au motif psychiatrique depuis toujours.

### **3.9 Motivation de l'incapacité de travail et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)**

#### Au plan somatique

Les atteintes dégénératives de l'appareil locomoteur (la spondylodiscarthrose et la gonarthrose) déterminent qu'elle ne puisse plus travailler comme femme de ménages sauf à titre occupationnel.

Dans son propre ménage, qu'elle peut mener à son rythme, et dans une activité adaptée au plan articulaire, l'obésité, la sarcopénie déterminent une diminution de la CT de 20 %.

#### Au plan psychique

La CT est entière au motif psychiatrique depuis toujours. Ne peuvent être présentes que des limitations ponctuelles comme en APG [assurance perte de gain maladie].

La dysthymie participe quelque peu à la diminution globale de la CT.

### **3.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail**

#### Au plan somatique

Mme est très régulièrement suivie par le Dr M. \_\_\_\_\_ qui a pratiqué les examens nécessaires pour établir l'étiologie des douleurs.

Mme a suivi les conseils de sa physiothérapeute et se mobilise plus que ce qu'elle relatait au Dr M. \_\_\_\_\_ et au Dr E. \_\_\_\_\_.

Sur le plan de l'obésité, les mesures thérapeutiques ne m'apparaissent pas épuisées et Mme devrait suivre un programme multidisciplinaire. Elle n'apparaît pas motivée à aborder une thérapie visant à un contrôle de sa diète, de ses apports caloriques, et de ses dépenses caloriques.

Il n'y a pas de contre-indication à ce qu'elle augmente ses activités physiques de marche et de renforcement musculaire, au contraire, cela lui est recommandé. Cela augmenterait son endurance et son seuil de la douleur.

Si Mme parvenait à diminuer d'au moins 10 % son poids corporel sur 12 à 18 mois cela serait favorable à son rachis, à ses genoux présentant des lésions dégénératives.

Etant donné un sommeil qu'elle décrit agité avec ronchopathie, étant donné le tabagisme, l'obésité, je suggère un bilan fonctionnel pulmonaire.

#### Au plan psychique

Une augmentation posologique avec monitoring de la duloxétine est proposée.

Il s'agit d'un traitement au long cours chez une personne algique.

Un résultat positif est attendu en 12 semaines. Le degré de succès n'est pas prévisible.

Aucune raison médicale ne plaide contre cette proposition.

(...)

### **4.1 Discussion consensuelle des experts concernant la capacité de travail**

Les atteintes dégénératives rachidiennes et des genoux déterminent des limitations fonctionnelles. L'obésité et la sarcopénie (déconditionnement) font inclure une diminution d'endurance et de rendement.

Les critères pour une fibromyalgie restent amplement positifs. Il existe une étendue plus grande d'allodynie au-delà des points d'insertion se traduisant par une adiposité douloureuse.

Mme nous est apparue plutôt vive, agile, elle décrit que ce sont désormais ses belles-filles qui s'occupent de la maison, Mme profitant de la compagnie de la famille, allant chercher régulièrement une petite fille à l'école, voyant des connaissances, et la famille élargie, se rendant annuellement dans son pays d'origine, supportant bien le voyage.

Un diagnostic de dysthymie sans valeur incapacitante en soi est posé par l'expert psychiatre.

La dysthymie associée à une fibromyalgie peut diminuer quelque peu les ressources de la patiente pour une réadaptation, mais Mme a fait preuve d'une certaine adhérence thérapeutique aux conseils de sa physiothérapeute, elle se promène au quotidien, elle se mobilise malgré tout au quotidien.

Cela ne contre-indique pas une activité adaptée au plan rhumatologique.

L'expert psychiatre retenait le déconditionnement comme ayant une incidence légère sur la capacité de travail. La rhumatologue retient aussi le contexte de la sarcopénie d'origine multifactorielle, associée à l'obésité comme cause d'une baisse d'endurance à l'effort soutenu.

Consensuellement un effet de renforcement des symptômes par ces diagnostics associés doit être pris en compte.

Dans les activités ménagères, et consensuellement, une IT globale de 25 % est retenue et dans une activité extérieure nécessitant plus de ressources adaptatives, et un plus important rendement, nous retenons de manière consensuelle une diminution de la CT de 40% dans une activité adaptée.

L'activité de femme ne ménage n'est plus exigible sauf à titre occupationnel pour des raisons somatiques.

Nous retenons cette exigibilité depuis 11.2016 moment où des investigations ont été reprises pour les genoux, la colonne lombaire et cervicale. En 2017 différentes infiltrations ont été réalisées au niveau cervical et lombaire, sans grande efficacité, mais l'indication à ces gestes infiltratifs chez le spécialiste évoquent que le médecin traitant avait des difficultés à contenir la situation algique à ce moment-là.

Mme dit que cela n'a servi à rien mais elle a suivi par la suite les propositions du Dr E. \_\_\_\_\_ pour se mobiliser plus.

Il est très difficile d'établir rétroactivement un point objectif d'inflexion dans l'évolution de l'état de santé de Mme depuis 2015.

L'aggravation de l'obésité depuis l'examen du Dr E. \_\_\_\_\_ en 01.2017 avec IMC de 34 et l'IMC actuel de 35 constitue aussi un palier d'aggravation mais Mme nous apparaît globalement fonctionnellement plus active qu'à l'époque où elle a vu le Dr E. \_\_\_\_\_, selon notre anamnèse. Il ne s'agit pas d'un palier suffisant pour évaluer un autre pourcentage d'exigibilité que ce qui vous est donné ci-dessus »

Par avis médical du 20 mai 2019, le Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR s'est déterminé sur l'expertise du X. \_\_\_\_\_, retenant une capacité de travail de 30 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le mois de septembre 2015 (« *Mme ne peut nettoyer la cuisine en zone haute ou basse, elle ne peut porter de charge de plus de 5 kg et devrait fractionner ses courses. Pas de mouvements répétitifs avec la nuque. Fatigabilité* »). Il a précisé que les conclusions des experts étaient cohérentes avec celles du Dr C. \_\_\_\_\_ du 2 février 2016.

Dans un rapport du 12 juin 2019 d'IRM de l'épaule droite pour douleurs chroniques, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence de signe de rupture tendineuse, à la présence de signe de tendinose du tendon supra-épineux et de signe d'arthrose acromioclaviculaire modéré avec bursite débutante. Une radiographie de la colonne lombaire, du bassin et des hanches a été effectuée le même jour. Analysant cette imagerie, le Dr G. \_\_\_\_\_ a constaté l'absence de fracture, de tassement vertébral significatif, la présence de signe de discarthrose en L4-L5 et d'arthrose inter-apophysaire postérieur L4-L5 et L5-S1, l'absence de lésion au bassin, l'absence de pincement significatif de l'interligne articulaire au niveau de la hanche droite et un pincement modéré traduisant une coxarthrose modérée au niveau de la hanche gauche.

Dans un rapport du 28 juin 2019 du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, a retenu les diagnostic de presbytie, d'hypermétropie, d'astigmatie, de blépharite postérieure et de sécheresse légère.

Le Dr M. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente le 30 juillet 2019, sur la base d'une IRM lombo-sacrée du Dr F. \_\_\_\_\_ 3 juillet 2019 dont les conclusions étaient les suivantes :

« Canal étroit dégénératif marqué à la hauteur de L4-L5 et qui peut être classé grade C, selon la classification de Lausanne, en relation avec une protrusion discale circonférentielle, associée à une arthrose postérieure et hypertrophie des ligaments jaunes, qui est plus marquée du côté droit.

La saillie discale intraforaminale droite est marquée et est plus responsable d'un rétrécissement du canal radiculaire droit, plus marqué que du côté gauche

Le rétrécissement du canal rachidien paraît en légère progression, en comparaison avec l'examen du 16.11.2016.

On retrouve toujours une dégénérescence et pincement discal L5-S1, avec saillie discale circonférentielle et discrète fissuration de l'anneau fibreux dans sa portion postérieure médiane, sans compression radiculaire.

Arthrose interfacettaire postérieure L4-L5, L5-S1 (...)

Discrètes modifications dégénératives au niveau des articulations sacro-iliaques. »

Invité à se prononcer sur l'IRM lombo-sacrée du 3 juillet 2019, le Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR, après confrontation des conclusions de l'IRM de juillet 2019 et du rapport d'expertise d'avril 2019, a confirmé une situation radiologique stable, superposable.

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée, qui s'est déroulée le 27 septembre 2019. Dans son rapport du 14 octobre 2019, l'enquêtrice a fixé un statut de personne active à 80 % et de ménagère à 20 %, et retenu une incapacité de 21 % dans l'exercice des tâches ménagères, ceci sur la base notamment des explications fournies par l'intéressée lors de l'entretien. Dans ses observations, l'enquêtrice a relevé de qui suit (p. 9) :

« (...)

L'assurée se présente souriante. Elle ne s'exprime pas en français, laissant son fils répondre aux questions. Elle suit néanmoins la

conversation et intervient spontanément afin de donner certaines précisions quand elle le juge nécessaire.

(...).

Le fils explique qu'il vit avec sa femme et ses deux enfants chez ses parents afin de les aider financièrement et pratiquement. La famille s'inquiète de l'évolution négative de la situation et souhaite permettre à l'assurée de ménager ses efforts, ce qui explique que toutes les tâches quotidiennes sont à la charge exclusive de la belle-fille.

Au vu de l'organisation familiale, il a été nécessaire de faire préciser à l'assurée les tâches qu'elle pourrait effectuer si son entourage ne vivait pas avec elle.

De plus, il a été tenu compte de l'[aide] exigible de l'entourage, et plus précisément de sa belle-fille ne travaillant qu'à 30%, puisque cette dernière vit avec l'assurée.

Les limitations retenues dans le calcul des empêchements reprennent celle du rapport SMR du 20.5.019. Il a aussi été pris en compte les limitations énoncées plus précisément en page 40 et 41 de l'expertise médicale (GED 2.4.2019). »

Une échographie de la face palmaire de la main gauche a été effectuée le 8 octobre 2019. Dans son rapport, le Dr F. \_\_\_\_\_ suspectait une fibrose palmaire (maladie de Dupuytren).

Dans un rapport du 7 novembre 2019, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a retenu le diagnostic de début de maladie de Dupuytren touchant la paume sans déficit fonctionnel, ni gêne.

**c)** Dans un rapport du 4 décembre 2019, la REA a calculé le préjudice économique de l'assurée de la manière suivante :

TA : 1 : Niveau de compétence : 1 - Année : 2016

1	Salaire OFS sur 40 heures hebdom.		Fr.	4 363.00	
2	Salaire OFS sur xx heures hebdom. (x12)	41.7	Fr.	4 548.43	Fr. 54 581.13
3	Indexation (année)			0.00%	Fr. 54 581.13
	Indexation (année)			0.00%	Fr. 54 581.13
	Indexation (année)			0.00%	Fr. 54 581.13
	Indexation (année)			0.00%	Fr. 54 581.13
4	Horaire en %			80%	Fr. 43 664.90
5	Diminution de rendement en %			0%	Fr. 43 664.90
6	Réduction(s) supplémentaire(s) au titre de désavantage salarial :			5%	
	<input checked="" type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles <input type="checkbox"/> Âge <input type="checkbox"/> Années de service <input type="checkbox"/> Nationalité et permis <input type="checkbox"/> Taux d'occupation 25 % au maximum				
7	Salaire exigible final (RI)				Fr. 41 481.66
8	Revenu sans l'atteinte à la santé (RS) :				Fr. 43 664.90
9	Préjudice économique :				Fr. 2 183.24
10	Préjudice économique en % :				5.00%

**Explication de la réduction :** limitations fonctionnelles (port de charges de plus de 5 kg et nécessité de faire plus de pauses).

Quant aux autres facteurs de réduction, ils n'entrent pas en ligne de compte car ils ont une influence identique sur le RI et le RS du moment que ces chiffres sont basés sur la même table statistique. Il n'y aurait de toutes manières pas de facteur de réduction à retenir.

**Source du RS :** ESS 2016 à 80%. En effet, avant l'atteinte, l'assurée a peu travaillé et uniquement dans des activités non qualifiées. Sans atteinte, elle aurait pu trouver un emploi dans un domaine non qualifié avec un salaire correspondant aux chiffres de l'ESS.

**Sources médicales :** avis médical SMR du 20.05.2019 + 02.09.2019

**Exemples d'activités adaptées :** activités simples et répétitives dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière dans le conditionnement

Dans un projet de décision du 5 décembre 2019, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'après complément d'instruction, il entendait lui refuser le droit à une rente ainsi qu'un reclassement pour les motifs suivants :

« Par votre demande du 22 décembre 2015, vous avez sollicité des prestations de l'assurance-invalidité.

Selon les renseignements en notre possession, avant votre atteinte à la santé vous effectuiez des remplacements en tant que nettoyeuse à raison de 3 heures par semaine.

Du point de vue médical, vous présentez une incapacité de travail sans interruption depuis le 5 mai 2015. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année.

Lorsqu'une personne exerce une activité lucrative à temps partiel et se consacre en outre à ses travaux habituels, il faut déterminer la part respective dans chaque domaine. Pour ce faire, nous avons demandé l'établissement d'une évaluation ménagère qui s'est déroulée le 27 septembre 2019 à votre domicile, et qui a permis de confirmer votre statut, à savoir active à 80 % et ménagère à 20 %.

### **Part active (80 %)**

Après consultation des éléments médicaux de votre dossier, nous constatons que vous présentez une capacité de travail de 30% dans votre activité habituelle dès septembre 2015.

En revanche, dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, votre capacité de travail est exigible à 80 % dès septembre 2015.

(...)

Nous attirons votre attention sur le fait que, selon la jurisprudence, il appartient à l'assuré de mettre à profit sa capacité de travail restante en exerçant une activité adaptée à son état de santé.

Les activités professionnelles suivantes – par exemple - vous permettraient de mettre en valeur votre capacité de travail résiduelle :

- activités industrielles légères telles que le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement

### **Part ménagère (20 %)**

Selon les conclusions du rapport de l'évaluation ménagère, vous présentez des empêchements dans la tenue de votre ménage de l'ordre de 21 %.

- A ce stade, il y a lieu de déterminer la perte économique que vous subissez dès **septembre 2015**. Dès lors que vous êtes sans travail, c'est par une approche théorique des revenus que nous avons calculé votre préjudice.

Jusqu'au 31 décembre 2017, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser à 80 % sans atteinte à la santé, avec le salaire de référence auquel peuvent

prétendre les femmes effectuant des activités simples dans le secteur privé (production et services) à 80 %, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

### **Comparaison des revenus**

sans invalidité à 80 %    CHF    43'664.90

avec invalidité à 80 %    CHF    41'481.65

La perte de gain s'élève à CHF 2'183.25 = un degré d'invalidité de 5 %

Le degré d'invalidité dans les deux domaines est le suivant :

<b>Activité partielle</b>	<b>Part</b>	<b>Empêchements</b>	<b>Degré d'invalidité</b>
active	80 %	5.00 %	4.00 %
ménagère	20 %	21.00 %	4.20 %
<b>Taux d'invalidité global :</b>			<b>8.20 %</b>

Ce taux, inférieur à 40 %, n'ouvre pas droit à une rente d'invalidité.

Nous vous informons que l'entrée en vigueur - au 1<sup>er</sup> janvier 2018 - d'une nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères (art. 27<sup>bis</sup> RAI) n'a pas d'influence dans votre cas ; le degré d'invalidité passant de 8.20 % à 23.40 %.

Enfin, des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être lorsque l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à votre portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. »

L'assurée a contesté le projet de décision le 8 janvier 2020, produisant un rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 7 janvier 2020. Elle a complété ses observations le 13 février 2020, produisant un rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du même jour, lequel retenait la présence d'une symptomatologie psychiatrique lourdement incapacitante en raison de la sévérité du retentissement de ces symptômes tant sur la capacité de travail de sa patiente que sur son activité ménagère, étant exposé qu'elle était, depuis plusieurs années, incapable d'effectuer ses courses, de préparer des repas, de cuisiner et d'entretenir sa maison. Le Dr M. \_\_\_\_\_ énumérait en outre les limitations fonctionnelles suivantes : incapacité de tenir une position fixe plus de 10 minutes ; impossibilité de se tenir debout plus de 5 minutes ; périmètre de marche limité à 100 m environ ; impossibilité de travailler les bras au-dessus de la tête ; impossibilité de se fléchir, de s'accroupir, de travailler à genoux ; impossibilité de soulever, porter des charges de plus de 4kg ; impossibilité de travailler sur machines dangereuses ou sur échelles ou échafaudages ; capacités

d'attention, de compréhension, de réactivité à des ordres simples, d'adaptation très limitées ; capacité de résistance très limitée.

Sollicité pour avis, le Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé, par avis médical du 26 février 2020, que ces données avaient déjà été prises en considération et ne modifiaient pas sa position. Sur les autres critiques du médecin traitant de l'assurée, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué que celles-ci n'étaient ni fondées ni convaincantes. Il était d'avis que la demande de réévaluation par une expertise psychiatrique et neuropsychiatrique n'était pas fondée sur des éléments objectifs factuels détaillés.

Par décision du 27 février 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision du 5 décembre 2019 et rejeté la demande de prestations. L'office a joint un courrier du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, dans lequel il a fait savoir à l'assurée qu'il convenait de confirmer une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. S'agissant de la question de l'employabilité de l'assurée, il était d'avis qu'une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger était compatible avec son état de santé.

**F.** Par acte du 26 mars 2020 (date du timbre postal), A.\_\_\_\_\_, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 27 février 2020.

Invitée à compléter son recours, A.\_\_\_\_\_ a procédé le 10 août 2020 (date du timbre postal), concluant implicitement à la réforme de la décision du 27 février 2020 dans le sens de l'octroi de prestations complètes de l'assurance-invalidité. Elle se réfère en substance à un rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 28 juillet 2020, lequel a retenu une capacité intellectuelle limitée, un état anxio-dépressif, des angoisses envahissantes, un état dépressif avec repli sur soi et perte de l'estime de soi, des signes neuro-psychologiques avec troubles cognitifs et troubles de l'orientation, un syndrome polyalgique et des douleurs des grosses articulations et insertions dans le cadre d'une fibromyalgie, des lombalgies chroniques avec canal dégénératif et arthrose, une discopathie pluri-

étagée, une maladie de Dupuytren, des problèmes de circulation sanguine, une hypothyroïdie substituée, des insomnies et troubles du sommeil avec hypersomnie diurne, des allergies, ainsi que des céphalées avec crises migraineuses régulières et de forte intensité. Il a estimé qu'une psychothérapie serait utile. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a en outre énuméré les limitations fonctionnelles de la manière suivante :

« Du fait de ces différentes pathologies, toutes s'appuyant sur des constatations d'imagerie ou des rapports de confrères spécialisés, les limitations de vos capacités sont incontestables et ont d'ailleurs été validées par des rapports émanant y compris de l'Office AI. Ainsi vous ne pouvez rester dans une position identique prolongée, vous ne pouvez marcher plus de 10 min et pas en terrain accidenté, vous ne pouvez vous pencher ou avoir des mouvements de rotation, vous ne pouvez travailler les bras au-dessus de la tête ou accroupie ou à genou, vous ne pouvez soulever ou porter des charges même légères. Par ailleurs vos capacités de résistance, et d'adaptation sont très limitées. Vos capacités de compréhension, y compris pour des ordres simples sont également très limitées. Vos capacités d'avoir des initiatives même limitées sont très faibles. »

Invité à déposer une réponse, l'OAI a soumis les nouveaux éléments médicaux au SMR. Dans un avis du 10 septembre 2020, le Dr D.\_\_\_\_\_ a conclu que le Dr M.\_\_\_\_\_ émettait un avis différent sur une situation médicale déjà connue au moment de l'expertise, notamment au niveau du status ostéo-articulaire axiale et des épaules.

Dans sa réponse du 18 septembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant à l'avis SMR du 10 septembre 2020.

Répliquant le 13 novembre 2020 (date du timbre postal), la recourante a maintenu ses conclusions du 10 août 2020 et produit un rapport du 13 octobre 2020 du Dr M.\_\_\_\_\_, lequel reprenait les éléments mentionnés dans ses précédents rapports. Il demandait une expertise neuropsychologique au motif que sa patiente ne parlait pas le français et n'avait pas pu acquérir des bases suffisantes durant sa scolarité afin d'entamer une formation professionnelle. Il relevait enfin des douleurs dans les mains et les membres inférieurs. La recourante a également produit un rapport du 28 juillet 2020, du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie lequel retenait une hypothyroïdie post-thyroïdite auto-

immune et un taux de LDL cholestérol trop élevé en raison d'une intoxication tabagique chronique.

Invité à se déterminer, l'OAI a soumis le cas au Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR, lequel a répondu, dans un avis du 25 novembre 2020, que les éléments invoqués par le Dr M. \_\_\_\_\_ au sujet des douleurs poly-intentionnelles diffuses de type fibromyalgique, associées à un trouble de la personnalité avec un état dépressif sévère avec des troubles du comportement, étaient déjà évoquées dans un rapport du même médecin du 10 octobre 2017, si bien que ces éléments ont été analysés et pris en compte dans l'expertise du X. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, les motifs pour lesquels le Dr M. \_\_\_\_\_ demandait une évaluation neuropsychologique relevaient du parcours psycho-social de la recourante, facteur extra-médical, qui n'était pas du ressort de l'assurance invalidité. En ce qui concernait enfin les douleurs des membres inférieurs et des mains, ainsi que des troubles circulatoires, le Dr K. \_\_\_\_\_ a rappelé que, dans le versant rhumatologique de l'expertise (pp. 25 et 29), il était clairement indiqué que l'assurée se plaint de douleur partout depuis plus d'une dizaine d'années et que l'experte rhumatologue avait observé un lipœdème diffus des membres inférieurs au niveau des cuisses qui s'étendait distalement jusqu'aux chevilles, et qui était sensible à la palpation. En définitive, pour le Dr K. \_\_\_\_\_, il n'y avait pas de nouveaux éléments sur le plan psychiatrique, et l'atteinte endocrinologique n'était pas durablement incapacitante.

Dupliquant en date du 8 décembre 2020, l'intimé a confirmé ses conclusions, se référant à l'avis du 25 novembre 2020 du Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR.

Le 25 janvier 2021, la recourante a transmis un rapport du 21 janvier 2021 du Dr M. \_\_\_\_\_, lequel contestait en substance la valeur probante de l'expertise réalisée par le X. \_\_\_\_\_. Le médecin traitant a reproché au volet psychiatrique de l'expertise d'être incomplet et d'arriver à des conclusions biaisées en raison de ses observations constantes de troubles somatoformes, d'une fibromyalgie sévère, d'un syndrome des

victimes de guerre et d'un état anxiodépressif chez une patiente aux capacités intellectuelles très limitées l'ayant notamment empêchée de maîtriser le français près de 25 ans après son arrivée en Suisse romande. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a aussi évoqué également des troubles du comportement avec des idées interprétatives constantes et des phases délirantes.

Le 16 février 2021, l'intimé s'est déterminé sur l'écriture du 25 janvier 2021 de la recourante et sur le rapport établi par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 21 janvier 2021. Il était d'avis que les éléments mentionnés par le Dr M. \_\_\_\_\_ étaient tous connus au stade de l'expertise. En outre, il a indiqué que les activités adaptées énumérées de façon exemplative par la REA n'exigeaient pas un niveau scolaire et de français plus conséquent que celui nécessaire pour l'exercice de l'ancienne activité, entre-temps devenue inadaptée, de femme de ménage.

La recourante a encore produit les 8 mars et 27 avril 2021 des rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ des 7 mars et 27 avril 2021 reprenant les mêmes arguments que ceux précédemment soulevés. Elle a confirmé ses conclusions.

L'office intimé s'est prononcé sur les rapports susmentionnés les 7 avril et 17 mai 2021, confirmant ses conclusions.

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

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

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c 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, compte tenu de l'évaluation de son degré d'invalidité.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 27 février 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**4. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de

l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**b)** Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable

sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 asséculo-logique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**d)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées ; pour un exemple d'application à des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, cf. TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8).

Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le

comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**e)** Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C\_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). Si nécessaire, ajouter à la suite : Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'OAI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et

expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), on admet que si la personne assurée n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, elle doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C\_568/2017 du 11 janvier 2018 consid. 5.4).

Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que la personne assurée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (TF 9C\_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2 et les références citées).

**6. a)** En l'espèce, il ressort de l'ensemble des documents médicaux produits en cours de procédure que la recourante présente des atteintes somatiques, singulièrement rhumatologiques (spondylodiscarthrose étagée, gonarthrose modérée à légère, sacropénie, obésité progressive, syndrome fibromyalique) avec des atteintes dégénératives du rachis et des genoux, déterminant des limitations fonctionnelles (expertise X.\_\_\_\_\_, pp. 15-16). Il est admis que ces

atteintes engendrent une incapacité de travail importante dans l'activité habituelle de femme de ménage. Au plan, psychique, le Dr X.Psy. \_\_\_\_\_ retient une asthénie et un déconditionnement avec une légère incidence sur la capacité de travail (ibid, p, 16).

La Dre X.Rhu. \_\_\_\_\_, experte rhumatologue, a décrit le status de la recourante en ces termes (pp. 28-31) :

#### « **Status rhumatologique**

Marche : réalisée avec un déroulement symétrique du pied, sans boiterie. Mme peut marcher sur les pointes, et les talons mais annonce que cela accentue ses douleurs de nuque et du dos. Mme marche 4 mètres en 4 secondes.

Mobilité spontanée : fluide, sans retenue ni signe d'épargne.

Bras tendus à l'horizontal tenus : 15 secondes

Mme peut se lever de sa chaise 5 fois de suite sans l'aide des bras.

Amyotrophie généralisée trop marquée /âge.

#### **Rachis**

Cyphose dorsale haute accentuée avec projection antérieure de la nuque et enroulement des épaules.

Douleurs à la percussion des épineuses dorso-lombaires, étagées.

Pas de nette contracture segmentaire, pas d'hypoesthésie localisée, rouler-plissé cellulitique tout au long des gouttières paravertébrales.

Mobilité cervicale diminuée à des rotations de 60-0-60°, inclinaisons de 10-0-10°, DMS 2-17cm.

Flexion du tronc à une DDS de 15 cm. Mme remonte sans s'aider des bras. Rotations 45-0-45°, inclinaisons à une distance doigts-creux poplités de 8 cm. Rétropulsion 10° provoquant une douleur lombosacrée.

Manœuvres de cisaillement des sacro-iliaques évoquées douloureuses, irradiant jusqu'à la nuque, à distance du point anatomique testé.

#### **Membres supérieurs (...)**

Pulpes marquées avec encore des traces de tannage, mais hypotrophie nette du théнар et induration Dupuytren stade I, des 3-4-5ème rayons. Pas de diminution de la force de serrage.

Pas de synovite, pas de dactylite, pas de signe d'épanchement ni de déformation.

Douleurs lors de la mise sous-tension des muscles de la coiffe ddc évoquées plus importantes du côté gauche, sans net lâchage [(...) Lors de l'examen du Dr E. \_\_\_\_\_ en 2017 c'était la mise sous tension du sus-épineux à droite qui était douloureuse.]

Douleurs à la mise sous tension des épicondyliens, et aussi des épitrochléens, à droite.

Amplitudes articulaires des petites, moyennes, grosses articulations normales aussi bien activement que passivement, sans douleur évoquée.

### **Membres inférieurs**

Au plan statique on relève des genua valga et un hallux valgus - quintus adductus bilatéral associé à un important affaissement plantaire avec effacement total de la voûte antérieure.

Callosités marquées, symétriques.

Sursauts lors de la mise sous tension des péri-hanches, mal systématisés. Mme dit que le côté droit est plus douloureux lors de la mise sous tension du pyramidal.

Lésions hyperkératosiques de la face antérieure des 2 genoux évoquant des points d'appui Hyperkératose de la face antéro-latérale des chevilles évoquant un appui récurrent, comme en position à genoux avec petite excoriation à droite. Mme n'a pas d'explication à la question posée quant à l'apparition de ses lésions.

Pas de signe d'épanchement. Petit tiroir antérieur bilatéral. Tests rotuliens + à droite. Tests méniscaux négatifs. Douleurs à la palpation des pattes d'oie, et de l'interligne interne ddc de façon plus nette à droite. Pas de flexum. DTF 15 cm à droite, 10 cm à gauche.

Lipoedème diffus des MI au niveau des cuisses et s'étendant distalement jusqu'aux chevilles, sensibles à la palpation.

### **Neurologique**

Mme est bien orientée sur le lieu, le temps, sa personne, les circonstances. Elle est adéquate, réactive, sans trouble cognitif évident.

ROT obtenus, symétriques. Pas de libération de réflexe pathologique. Pas de tremor ni autre mouvement anormal.

Force 5/5 sur les différents myotomes, parasitage avec quelques lâchages mais aussi des contre-pulsion survenant de manière mal systématisée, sur des groupes musculaires antagonistes. La force contre résistance est bien perçue distalement et proximale aux 4 membres.

Pas d'hypoesthésie. Pallesthésie 7/8 aux malléoles.

Lasèque négatif. Bragard négatif. Rétro-Lasèque négatif.

Epreuves cérébelleuses bien réalisées sur le plan statique et dynamique

Points de fibromyalgie (...)

18/18, points contrôles positifs, avec cellulalgie diffuse.

Sur le plan de l'étendue des douleurs, le score est 16/19.

Pour le « severity scale score » je relève la fatigue essentiellement. Pour les symptômes somatiques en général, Mme mentionne des troubles digestifs fonctionnels avec douleurs abdominales fréquentes et une constipation qu'elle rattache à son hystérectomie il y a 7 ans.

Notion de céphalées également. Je retiens un score de 6 actuellement.

Conclusion : aussi bien les anciens critères (1990) que les nouveaux critères (2010) de l'ACR [American College of Rheumatology] sont positifs.

### **Symptômes et signes de Waddell**

Symptômes 5/5.

Signes de Waddell à l'examen clinique 2/5.

### **Critères de majoration des symptômes selon Matheson**

Présents, en nombre.

(...)

Critères des rhumatismes inflammatoires (EULAR 2017)

Les caractéristiques des douleurs, permanentes, ne sont pas typiques des douleurs inflammatoires. L'exercice ne les améliore pas. Pas de notion d'arthrite ni actuelle, ni passée. Pas d'enthésite. Pas d'uvéite. Pas de dactylite. Psoriasis ? en absence d'explication mécanique aux lésions kératosiques des genoux, je ne peux écarter formellement un psoriasis. Pas d'entérocolopathie inflammatoire. Réponse aux AINS mitigée. Pas d'élévation significative de la CRP et de la VS. L'HLA B 27 n'a jamais été cherché, mais il n'y a pas d'indication. -3 pas d'élément suffisant pour un diagnostic de spondylarthropathie axiale.

Pas de notion de crises de goutte ni personnelle, ni familiale.

Pas d'antécédent de vasculite.

Pas d'aphtose ni de pathologie micro-vasculaire, d'uvéite, pas d'érythème noueux, pas de pathergie évoquée.

Pas d'intolérance au soleil, pas de phénomène de Raynaud au froid. Pas de purpura.

### **Score de Beighton**

4/9, Mme dit avoir été plus souple jeune avec une DDS à 0 cm.

### **Observation de l'assurée durant l'examen**

Mme est attentive, vive. Je n'ai pas mis en évidence de signe extérieur de fatigue, ni de trouble cognitif évident. Elle s'est organisée, a montré ses papiers, radiographies, documents divers en temps opportun et s'est avisée que l'experte en prenait compte.

Elle est autonome pour ses déplacements. S'il le faut comme lorsque sa mère avait eu un accident elle peut prendre l'avion pour le L. \_\_\_\_\_ sans aide.

Mme est autonome pour les gestes du déshabillage qu'elle effectue de manière ample et sans épargne.

Le parasitage lors des tests rhumatologiques est discret à modéré selon sa distractibilité.

Elle a coopéré pour l'évaluation de manière générale. »

Quant au Dr X.Psy.\_\_\_\_\_, expert psychiatre, il a notamment décrit ce qui suit au niveau du status psychique (expertise X.\_\_\_\_\_, pp. 55-57) :

#### « Fonctions cognitives

- Orientation (temps, espace) : l'assurée est correctement orientée dans le temps, l'espace et quant à sa situation personnelle.
- Mémoire des faits récents : pas d'anomalie objectivable (récit de la vie quotidienne actuelle précise et plausible) : il n'y a pas d'anomalie particulière objectivable. L'assurée concède des oublis au quotidien. Cela ne préterite en rien la qualité du recueil anamnestique de ce jour.
- Mémoire des faits anciens : même appréciation (biographie et histoire médicale présentées de manière précise et plausible également) : il en est de même pour les faits anciens qui se remémorent aisément, comme les premiers temps de l'examen expertal de ce jour.
- Attention (mémoire immédiate) et concentration : l'attention en terme de focus ne fera pas défaut durant les deux heures de notre examen. La concentration n'est pas altérée.
- Raisonnement, intelligence : ils se situent dans la normale chez une assurée qui a faiblement été scolarisée et qui n'a pas de formation professionnelle.

#### Humeur

- Tristesse visible et pleurs : il existe des allégations de tristesse et des pleurs sporadiques en début d'entretien.
- Motricité (démarche, vivacité, mouvements spontanés, mobilité visage) : cette assurée émet des mouvements d'épargne algique. Il n'existe cependant pas d'hypomimie.
- Fatigue perceptible (mentale, physique) : l'assurée ne peine pas à suivre l'entretien traduit pendant plus de deux heures de temps.  
Elle répond correctement aux questions posées.  
Elle est particulièrement précise dans la description des activités ménagères qui ont été les siennes dès son mariage.
- Voix (volume, intonation), rapidité débit verbal : le volume de la voix est normal, ni affaibli, ni exalté. Le débit verbal est lui aussi normal.
- Fluidité idéique (variété thèmes abordés) : de nombreux thèmes peuvent être abordés tels que la religion ou la libido, la fluidité idéique ne fait pas défaut.
- Culpabilité irrationnelle : nihil.
- Excitation : nihil.
- Euphorie inadéquate : nihil.
- Intolérance à la frustration, agressivité : nihil

(...) »

Pour le surplus, le Dr X.Psy.\_\_\_\_\_ n'a rien décrit de particulier au niveau de la personnalité de la recourante, de l'attitude par rapport à la réalité ou des angoisses, ni identifié d'indices en faveur d'une consommation de substances psychoactives.

**b)** Se fondant sur l'expertise bidisciplinaire confiée à la Dre X.Rhu.\_\_\_\_\_ et au Dr X.Psy.\_\_\_\_\_ du X.\_\_\_\_\_, sur l'enquête économique sur le ménage (rapport du 14 octobre 2019), ainsi que sur les avis SMR des 20 mai et 2 septembre 2019 et 26 février 2020 du Dr D.\_\_\_\_\_, l'intimé a retenu que, pour la part active représentant 80 %, la recourante disposait d'une capacité de travail résiduelle de 80 %, dans une activité adaptée à son état de santé, dès le mois de septembre 2015 et, pour la part ménagère de 20 %, qu'elle présentait un empêchement de 21 %. Il en résultait un empêchement de 8,2 % du mois de septembre 2015 au 31 décembre 2017. En raison de l'entrée en vigueur - au 1<sup>er</sup> janvier 2018 - d'une nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères (art. 27<sup>bis</sup> RAI), le degré d'invalidité passait ensuite à 23,4 %. Quelle que soit la période considérée, le droit à la rente n'était pas ouvert.

**7.** La recourante a opposé aux conclusions de l'OAI, largement fondées sur le rapport d'expertise du X.\_\_\_\_\_, une sous-évaluation de son degré d'invalidité, tant pour sa part active que pour la partie ménagère, dont elle ne remet au demeurant pas en question la répartition à concurrence de 80 % active et de 20 % ménagère. Elle fait valoir que l'intimé a violé son devoir d'instruction (art. 43 al. 1 LPGA), en statuant sur la base des constatations incomplètes. En particulier, elle reproche à l'autorité intimée de ne pas avoir diligenté une expertise neuropsychiatrique.

**a)** La recourante se plaint d'abord de la non-prise en considération de sa non-maîtrise du français alors qu'elle est en Suisse depuis une vingtaine d'années et du fait qu'elle n'a pas suivi une scolarité

complète au L.\_\_\_\_\_, éléments propres à retenir qu'une reconversion professionnelle - même dans une tâche simple - s'avère impossible, partant qu'aucune activité lucrative adaptée ne saurait être reconnue.

Il ressort du rapport d'expertise que la recourante, qui bénéficiait d'un interprète, a régulièrement répondu avant la traduction, sorte qu'elle a une compréhension de base du français (voir p. 27 rapport d'expertise X.\_\_\_\_\_). L'absence de formation a en outre été retenue pour déterminer l'activité adaptée dès lors que la décision attaquée du 27 février 2020 ne retient pour exigible que des activités industrielles légères (activités industrielles légères telles que le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement). On rappelle à cet égard que, de jurisprudence constante, le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). La recourante n'apporte du reste aucun élément permettant de s'écarter de ce constat. Au demeurant, ainsi que l'a rappelé l'intimé, ces difficultés ressortent d'un registre extra-médical. Sur le plan juridique, de tels facteurs sont étrangers à l'invalidité et ne doivent pas être pris en considération lors de l'examen du droit à la rente (TF 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.1.1 ; 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1) si bien qu'il n'y a pas lieu de les intégrer à l'évaluation médicale de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles.

**b)** La recourante soutient que le rapport d'expertise du X.\_\_\_\_\_, pour la partie rhumatologique, sous la responsabilité de la Dre X.Rhu.\_\_\_\_\_, est lacunaire, en ce sens qu'il ne fait pas mention des pathologies rhumatologiques des mains dont elle souffre et qui entraîneraient une limitation des mouvements de préhension et des gestes fins.

D'une part, le rapport d'expertise consacre une analyse concernant les membres supérieurs (pp. 28-29 du rapport X.\_\_\_\_\_). Le status y est bien décrit. L'experte rhumatologue a pris en compte l'avis médical du médecin traitant à ce sujet (p. 36). Les experts retiennent, dans la partie consensuelle, que l'obésité et la sarcopénie (diminution de la masse musculaire, y compris dans les membres supérieurs, faute de mention d'exclusion, cf. p. 13, ch. 3.1) comme facteur de baisse d'endurance (p. 15, ch. 3.2). Pour leur part, les rapports médicaux produits par la recourante n'attestent pas d'atteintes incapacitantes aux mains. Le rapport d'échographie palmaire du 8 octobre 2019 du Dr F.\_\_\_\_\_ évoque certes une suspicion de fibrose palmaire, mais ne précise rien quant à un éventuel empêchement en résultant. Quant au rapport du Dr I.\_\_\_\_\_ du 7 novembre 2019, il confirme le début d'une maladie de Dupuytren, mais relève précisément l'absence d'indication opératoire, de déficit fonctionnel ou de gêne. Seul le médecin traitant de l'assurée fait valoir une maladie de Dupuytren invalidante, sans toutefois l'argumenter. Vu le rapport de confiance qui unit l'assurée à son médecin traitant (cf. consid. 5c ci-dessus) appelé à répondre aux plaintes de douleurs de sa patiente, en contradiction avec les autres rapports médicaux de spécialistes (Expertise X.\_\_\_\_\_, pp. 15, 28-29 et 36 ; rapport du 7 novembre 2019 I.\_\_\_\_\_ ; rapport du 8 octobre 2019 du Dr F.\_\_\_\_\_), il y a lieu de s'en tenir aux constatations objectivées de l'experte rhumatologue et du plasticien consulté par la recourante. L'avis médical du Dr M.\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à remettre en cause ces appréciations. Aussi, l'OAI était fondé à ne pas retenir de limitations fonctionnelles supplémentaires en raison d'atteintes aux mains.

**c)** La recourante estime que le rapport d'expertise du X.\_\_\_\_\_ ne fait pas état de ses symptômes algiques et inflammatoires des membres inférieurs et des articulations.

En l'occurrence, il ressort du rapport d'expertise contesté que ces problématiques ont fait l'objet d'une discussion (expertise X.\_\_\_\_\_, pp. 13, 16), mais qu'un rhumatisme inflammatoire n'a pas pu être objectivé (expertise X.\_\_\_\_\_, p. 30 ; cf. aussi le rapport du

27 janvier 2017 du Dr E.\_\_\_\_\_), que les douleurs ne peuvent pas être expliquées par les lésions dégénératives constatées au niveau du rachis et des membres inférieurs et que le caractère intense et durable de ces douleurs dépassent le territoire anatomique (expertise X.\_\_\_\_\_, p. 14).

Dans le cadre de l'expertise rhumatologique, la Dre X.Rhu.\_\_\_\_\_ a exposé que les caractéristiques des douleurs permanentes ne sont pas typiques de celles d'un rhumatisme inflammatoire, une entérocolopathie inflammatoire étant exclue (expertise X.\_\_\_\_\_, p. 30). L'allodynie au-delà des points d'insertion a été retenue par l'experte rhumatologue du X.\_\_\_\_\_ (p. 42), c'est-à-dire dans une zone qui ne cause habituellement pas de douleur. Il convient de noter que le Dr M.\_\_\_\_\_, en sa qualité de médecin traitant, est amené à rechercher des solutions pour apaiser les douleurs de sa patiente (cf. consid. 5c ci-dessus). Dans le contexte médico-assurantiel, l'analyse est cependant différente. Si le Dr M.\_\_\_\_\_ a rapporté des mécanismes algiques, il appartenait en revanche aux experts d'en rechercher l'origine, ce qui a été fait. L'intensité des douleurs n'est pas médicalement objectivable et ne repose pas sur un substrat organique. Dans un contexte algique tel que rapporté par le Dr M.\_\_\_\_\_, il convient de rappeler que, compte tenu des difficultés en matière de preuve pour établir l'existence de douleurs ou leur intensité, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. L'allégation de douleurs ainsi que leur intensité doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Or, le Dr M.\_\_\_\_\_ ne décrit pas d'atteinte objective permettant une appréciation différente de la capacité de travail de celle retenue par les experts du X.\_\_\_\_\_. Le Dr M.\_\_\_\_\_ n'indique pas pour quels motifs la recourante serait incapable de travailler même dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il n'explique pas davantage pour quel motif il faudrait écarter les opinions des experts du X.\_\_\_\_\_, se fondant au final sur le même status que celui rapporté lors de l'expertise. En conclusion, il y a lieu de retenir que, dans ses rapports, le Dr M.\_\_\_\_\_

n'explique pas, pour quel motif sa patiente ne peut plus exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en sorte que ses rapports médicaux ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions de l'expertise rhumatologique.

Enfin, le Dr E. \_\_\_\_\_ n'a pas posé d'autres diagnostics sur le plan rhumatologique que ceux retenus par le X. \_\_\_\_\_. Quant aux limitations fonctionnelles retenues par ce médecin, elles concordent également avec les conclusions des experts (rapport du 27 janvier 2017). Si son rapport permettait, dans un premier temps, de mettre en doute les conclusions de l'intimé fondant la décision du 13 décembre 2016, il ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise et singulièrement de son volet rhumatologique. Il en va de même du rapport du 2 février 2016 du Dr C. \_\_\_\_\_ dont les conclusions sont similaires à celles retenues par l'experte rhumatologue.

Pour le reste, les rapports du 8 février 2019 du Dr F. \_\_\_\_\_ (mammographie) et du 28 juin 2019 du Dr H. \_\_\_\_\_ (ophtalmologie) ne permettent pas de conclure à de plus amples limitations fonctionnelles somatiques.

On constate ainsi que les experts, en arrêtant la capacité de travail dans une activité adaptée et dans la tenue du ménage à 80 % ont tenu compte des atteintes ostéo-articulaires, de l'obésité et de la sarcopénie, admettant également que la dysthymie participait « *quelque peu* » à la diminution globale de la capacité de travail (Expertise X. \_\_\_\_\_, p. 27, ch. 3.9).

**d)** La recourante conteste aussi le volet psychiatrique du rapport du X. \_\_\_\_\_, en tant qu'il serait lacunaire, dès lors qu'il ne contient pas de constatations de ses troubles de la personnalité avec idées délirantes et épisodes dépressifs sévères et état anxiodépressif, dans un contexte de syndrome post-traumatique de victime de guerre, bien que l'anamnèse fasse état du contexte dans lequel l'assurée a grandi

au L. \_\_\_\_\_ et expose les motifs pour lesquels elle est venue s'établir en Suisse.

Dans la partie psychiatrique de l'expertise, le Dr X.Psy. \_\_\_\_\_ retient que l'activité adaptée doit tenir compte des limitations algiques (expertise X. \_\_\_\_\_, p. 61). Les problématiques d'asthénie et de déconditionnement ne présentent quant à elles que des répercussions ponctuelles et non durable (Ibid.). L'expert psychiatre a examiné la personnalité de la recourante excluant tout trouble à ce niveau, en présence d'une vie familiale harmonieuse, exempte de traumatisme ou de carence affective. Au status, il n'a pas observé de déviation sévère du caractère ou d'altération comportementale extrême chez une assurée qui ne nourrit pas de difficultés personnelles ou sociales considérables (expertise X. \_\_\_\_\_, p. 15 et 56). Le Dr X.Psy. \_\_\_\_\_ a passé en revue les divers troubles psychiques excluant la présence d'idées délirantes ou l'existence de traumatismes durant l'enfance et ou l'adolescence (Ibid.). L'expert psychiatre a examiné avec soin chaque trouble et motivé de manière circonstanciée pourquoi il a retenu une dysthymie (F34.1) et exclu un trouble de la personnalité (F.60) ou un trouble somatoforme douloureux (F45.4) (pp. 57-58).

En l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, il n'y a pas lieu de procéder à une analyse probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 5d ci-dessus)

**e)** Dans le même contexte de l'analyse psychiatrique de ses capacités, la recourante reproche aux experts l'absence de prise en considération de ses troubles somatoformes et de la fibromyalgie dont elle souffre.

Les troubles somatoformes et la fibromyalgie font partie des atteintes psychosomatiques soumises à la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281. La mission de l'expert psychiatre comprend le devoir de motiver le diagnostic médical de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les

critères de classification (par ex. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10, 10<sup>e</sup> révision]) sont effectivement remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 p. 285 s.), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 p. 286 s.).

En l'occurrence s'agissant de la fibromyalgie, la discussion sur l'obtention du consensus des experts du X.\_\_\_\_\_ est univoque : les experts retiennent que « *les critères pour une fibromyalgie restent amplement positifs* » (p. 14 et 19, voir aussi p. 42). Au plan rhumatologique, la Dre X.Rhu.\_\_\_\_\_ a motivé sa position sur la question de la fibromyalgie (pp. 41 s.). Selon l'experte rhumatologue, la fibromyalgie associée à la dysthymie peut diminuer les ressources de l'assurée, mais n'atteint pas le seuil d'une incapacité durable dans une activité adaptée (p. 42). La rhumatologue a ainsi pris en compte la fibromyalgie, mais ne la juge pas en l'espèce invalidante dans une activité adaptée dont on rappelle et souligne ici qu'il s'agit d'activités industrielles légères du point de vue du profil d'effort. Or, une atteinte légère ne justifie pas une incapacité de travail à la lumière de la jurisprudence qui ne retient une invalidité que lorsque les troubles sont graves (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2).

Quant à l'existence de troubles somatoformes, l'expertise, dans sa partie psychiatrique (pp. 48 ss) réalisée par le Dr X.Psy.\_\_\_\_\_, contient une anamnèse générale, une anamnèse psychiatrique spécifique, et des constatations objectives. L'expert a posé des diagnostics classés selon la classification CIM-10, et il détaille pourquoi un diagnostic est soit discuté et non retenu, soit qu'il est retenu. Il se prononce sur la capacité de travail, les recommandations thérapeutiques et présente une évaluation médicale et médico-assurantielle. D'un point de vue psychiatrique, le Dr X.Psy.\_\_\_\_\_ n'a ainsi pas retenu de syndrome douloureux somatoforme (p. 57) et expose les raisons de ce diagnostic non retenu, à savoir, « *[l']absence d'état de détresse accompagné de douleurs intenses et persistantes* ». A cet égard, il convient aussi de

rappeler que selon la définition du syndrome douloureux somatoforme persistant, ce diagnostic ne peut être posé que lorsque la douleur reste entièrement non expliquée par un processus physiologique ou un trouble physique (CIM 10, F45.4 consultable sur <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F45.4>). En l'occurrence, le trouble somatoforme douloureux est incompatible avec les atteintes somatiques retenues par l'experte rhumatologue (expertise X.\_\_\_\_\_, pp. 15-16). Faute de diagnostic, aucune limitation fonctionnelle ne peut être retenue. Dès lors qu'en l'espèce l'expert s'est conformé aux réquisits jurisprudentiels, ses conclusions peuvent être suivies et aucune pièce au dossier n'est propre à faire naître un doute sur la valeur probante de ces conclusions.

Aussi, contrairement à ce que soutient la recourante appuyée par son médecin traitant, les questions de la fibromyalgie et du trouble somatoforme douloureux ont été investiguées et discutées, le diagnostic de fibromyalgie effectivement retenu, mais ne constitue pas un facteur limitant la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, dans l'industrie légère et qui ne demande guère d'interactions sociales.

**f)** Au demeurant, la dysthymie ne saurait constituer une pathologie psychiatrique grave et invalidante au sens de la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). De plus, le contexte social décrit par le Dr X.Psy.\_\_\_\_\_ est plutôt favorable, la recourante conservant des ressources auprès de sa famille. Au niveau de la cohérence, force est de constater que le Dr M.\_\_\_\_\_ recommande à sa patiente de suivre une psychothérapie (rapport du 28 juillet 2020). Or, la recourante n'a jamais consulté de psychiatre, ce qui indique que la limitation invoquée peut être due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). Aussi, même à considérer les indicateurs jurisprudentiels, l'on voit mal quel élément montrerait une invalidité. A ce propos, l'expert psychiatre relève que les « *principales difficultés de [l']assurée sont d'un registre extra-médical* » (p. 17) et ne ressortent en conséquences pas du champ d'application de la LAI

(TF 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.1.1 ; 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1).

**g)** D'un point de vue formel finalement, en dépit de l'absence de critique particulière de cet aspect, on relève en tout état de cause que les experts ont pris des conclusions motivées, reposant sur une anamnèse circonstanciée, tenant compte des plaintes de l'assurée et après avoir effectué des examens complémentaires, pris des renseignements auprès du médecin traitant et compilé les documents médicaux au dossier, puis avoir clairement décrit le contexte médical, de sorte que le rapport d'expertise remplit tous les critères posés par la jurisprudence (ATF 141 V 281) pour qu'une pleine valeur probante lui soit attribuée. Chaque expert a fait ses propres constatations et un consensus a été trouvé pour les conclusions finales.

**h)** En définitive, l'expertise est bien construite, convaincante, respecte les exigences de forme, tient compte des propos des médecins traitants et analyse de manière objective l'ensemble des documents médicaux du dossier. La critique toute générale d'une expertise lacunaire, contradictoire ou défailante doit ainsi être écartée.

**8.** A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise neuropsychiatrique. A cet égard, et comme expliqué plus avant (consid. 7), les éléments au dossier, concordants, sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque, comme en l'espèce, les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées).

**9.** Dans la part ménagère de l'évaluation de son degré d'incapacité, la recourante fait valoir que l'évaluation qui a eu lieu à son domicile le 27 septembre 2019 est incomplète. Subsidiairement, elle estime que ce rapport a été mal compris ou évalué par l'intimé.

A cet égard, la recourante conteste l'évaluation ménagère par sa propre appréciation de sa capacité à tenir son ménage, notamment au regard de l'aide effective apportée par ses deux belles-filles dont l'une vit avec l'assurée et l'autre dans le même immeuble. Il résulte de l'expertise (rhumatologique et psychiatrique) que l'assurée peut néanmoins assumer 80 % de ses tâches ménagères (expertise X.\_\_\_\_\_, p. 18, ch. 3.7). L'évaluation ménagère retient un empêchement de 21 % (pp. 6-8). Dans ces circonstances, vu la capacité ménagère globalement préservée, l'aide de la famille résulte davantage d'un choix d'organisation familiale au sens large, plus que d'une véritable nécessité médicale (enquête ménagère, p. 9 ; expertise X.\_\_\_\_\_, pp. 47 et 62). Au surplus, la recourante ne met pas en lumière d'élément médical qui réduirait sa capacité à effectuer ses travaux ménagers dans une mesure plus importante que les limitations fonctionnelles résultant du volet rhumatologique de l'expertise du X.\_\_\_\_\_. L'enquête à domicile est par ailleurs cohérente avec l'ensemble du dossier de la cause.

**10.** Pour le surplus, vérifiés d'office, les calculs opérés par l'intimé concernant le revenu statistique associé à une activité adaptée à un taux de 80 % et la perte de gain consécutive peuvent être confirmés, étant souligné que la recourante ne soulève pas de grief à leur encontre. Compte tenu de ce qui précède, le degré d'invalidité, correctement établi par l'intimé à 8,2 % (23,40 % selon la révision de 2018, art. 27<sup>bis</sup> RAI), est insuffisant pour ouvrir à la recourante le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

**11.** La recourante ne discute pas le refus de toute mesure de réinsertion professionnelle, même sous l'angle de ses connaissances scolaires et linguistiques limitées (cf. consid. 7a/aa ci-dessus). Il apparaît

en tout état de cause qu'au vu de l'activité adaptée retenue par l'intimé (cf. rapport du 4 décembre 2019 de la REA), de telles mesures ne paraissent pas pertinentes en l'espèce du fait qu'un large éventail d'activités industrielles légères demeure accessible à la recourante sans aucune formation particulière (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). Aussi, le refus ne prête pas le flanc à la critique.

**12. a)** En définitive, le recours de A.\_\_\_\_\_ doit être rejeté et la décision litigieuse rendue le 27 février 2020 par l'office intimé confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- A. \_\_\_\_\_ (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 :