

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 février 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par CAP Protection juridique, à Etoy,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], est mariée et mère de cinq enfants (nés en [...], [...], [...], [...] et [...]). Sans formation professionnelle, elle a travaillé, de janvier 2001 à janvier 2016, comme concierge de son immeuble à temps partiel (28h55 par semaine sur 42h05, soit 69 %) pour le compte de N._____. Dans cette activité, elle réalisait un revenu mensuel brut de 2'285 fr. (servi treize fois l'an) depuis le 1^{er} janvier 2016 (rapport de l'employeur du 10 novembre 2017).

b) Inscrite au chômage de février 2016 à décembre 2017, V._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) le 4 septembre 2017. Cette démarche était motivée par diverses atteintes à la santé (hépatite virale en 2016, rhumatisme, fibromyalgie, ostéoporose ainsi qu'une intervention prévue aux deux pieds chez un orthopédiste) existant depuis 1997, avec signalement de limitations fonctionnelles provisoires (positions statiques prolongées et alternance des positions).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a notamment recueilli les éléments suivants :

- un rapport du 30 mars 2017 relatif à un examen du jour précédent, dans lequel le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, constatait notamment que « les points de fibromyalgie sont indolores » ;

- un questionnaire 531bis du 13 novembre 2017, dans lequel l'assurée a indiqué en bonne santé vouloir travailler à 100 % depuis toujours comme concierge (technicienne de surface) par nécessité financière ;

- un extrait du compte individuel (CI) AVS de l'assurée du 14 novembre 2017 dont il ressort des revenus annoncés par l'employeur N._____ de

29'348 fr. (2013), 28'804 fr. (2014), 27'820 fr. (2015) et 4'435 fr. (janvier 2016) ;

- divers rapports des médecins consultés par l'assurée attestant d'une incapacité de travail à 50 % depuis décembre 2015 (rapport du 14 mars 2018 du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie) alors que, de son côté, le Dr X._____, médecin traitant, a certifié une incapacité totale de travail depuis le 30 avril 2016 (rapport du 20 mars 2018). Quant au Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, chef de clinique à la Consultation de médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital orthopédique du CHUV, il trouvait des scores diagnostiques de fibromyalgie positifs dans un contexte psychosocial complexe et avait expliqué à l'assurée qu'il n'existait pas de marqueur positif du diagnostic de fibromyalgie et que celui-ci restait un diagnostic d'exclusion (rapport du 19 février 2018). Dans un rapport du 13 juillet 2018, ce médecin ne mentionnait toutefois pas ce diagnostic.

Le 16 février 2018, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation (intervention précoce) n'étaient pas envisageables pour l'instant dès lors que celle-ci y avait renoncé, et l'a avisée de la poursuite de l'instruction de sa demande de prestations.

Dans un avis médical du 6 février 2019, la Dre A.A._____, du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a fait le point de situation suivant sur les renseignements obtenus auprès des médecins consultés par l'assurée :

“Assurée de 52 ans, née au [...], naturalisée en [...], mariée, 5 enfants, concierge du 2001 au 2016, au chômage du 1.02.2016.

Nous n'avons pas d'explications pour une IT [incapacité de travail] prolongée : IT à 50 % depuis décembre 2015 attesté[e] par gastroentérologue Dr P._____ (GED 14.03.2018), et 100 % du 30.04.2016 par le médecin-traitant Dr X._____ (GED 20.03.2018).

Axe gastroentérologique : Antécédents : By-pass gastrique en 2002 compliqué d'une torsion intestinale en 2004, cure d'éventration sous ombilicale en 2010, cure de hernie ombilicale et résection

d'adhérence en 2012, cure d'hernie inguinale bilatérale en juillet 2015, hépatite aiguë sur cholangite biliaire et épisode de rectorragie en mai 2016, ainsi qu'une prolapsus utérin, cytocèle, rectocèle ne sont pas durablement incapacitants. Nous n'acceptons pas le point [de] vu[e] d[u] gastroentérologue (GED 14.03.2018) qui atteste une CT [capacité de travail] à 50 % dans l'AH [activité habituelle], tenant compte [de] tous ces antécédents, les douleurs abdominale[s] et le transit irrégulier (alternance constipation/diarrhée).

Axe rhumatologique : A travers tous les rapports nous sommes face à une symptomatologie douloureuse. Selon le RM [rapport médical] du 30.03.2017 d[u] rhumatologue Dr C. _____ il s'agit des dorsalgie[s] intermittentes d'origine indéterminée, pas de piste pour une polyarthrite rhumatoïde. Ostéoporose diagnostiquée en 2017 n'est pas incapacitant en absence des fractures. L'aspect assécurologique n'est pas précis. Dans le RM du 19.02.2018 (GED 27.03.2018) Dr G. _____ (médecin physique du CHUV) n'exclut pas des fibromyalgies. Le 5.06.2018 l'assurée a été vu en consultation rhumatologique au CHUV (rapport absent).

Conclusion : Nous sommes face à une symptomatologie douloureuse chronique, nous ne comprenons pas pourquoi, au vu des atteintes et le peu de LF [limitations fonctionnelles], la CT serait tellement réduite. Nous avons donc besoin de clarifier la situation, en particulier en tenant compte de la nouvelle jurisprudence et vous proposons une expertise multidisciplinaire : rhumatologique, psychiatrique et gastro-entérologie ou médecine interne.

Merci également au gestionnaire de récupérer au CHUV le rapport de la consultation rhumatologique Dr [...] et Dre [...] du 5.06.2018."

L'OAI a, via la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire au Centre médical d'expertises T. _____ SA, à [...]. Les Drs M. _____, spécialiste en rhumatologie, L. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, R. _____, spécialiste en gastroentérologie, et J. _____, spécialiste en médecine interne générale, ont établi leur rapport le 30 août 2019. Sur la base de leurs examens cliniques des 14 juin et 5 juillet 2019 ainsi que l'étude du dossier médical mis à leur disposition, ces experts ont posé les diagnostics suivants :

"Diagnostics avec impact sur la capacité de travail

- Tendinite du fascia lata gauche.M76.9
- Tendinite du supra-épineux bilatérale.M75.1
- Morton 2° et 3° espaces du pied gauche.G57.6
- Douleur lombaire sur discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1.M51.9
- Connectivite non spécifique.M35.9
- F32.2 Episode dépressif moyen, sans symptômes psychotiques.

En tenant compte des données anamnestiques, Madame V. _____ présente, selon les critères de la CIM 10, une symptomatologie compatible avec un épisode dépressif moyen de nature adaptative, liée à des douleurs chroniques de longue date, ainsi qu'à une situation familiale et socio-économique précaire. Madame V. _____ se trouve dans un conflit émotionnel actuellement insoluble pour elle, d'une part se sentant impuissante à aller travailler et subvenir aux besoins de sa fille et de sa famille, avec forte culpabilité et blessure narcissique de ne pas pouvoir y arriver. D'un autre côté, le départ à la retraite de son mari, avec des projets de construction au [...], l'oblige mentalement à faire un choix entre les besoins de sa fille adolescente et née en Suisse et celui du couple, d'un mari qui aspire à une vie différente. Le fait de ne pas pouvoir prescrire un traitement médicamenteux, la plupart des antidépresseurs étant contre-indiqué[s] en raison de leur hépato toxicité, freine le processus de guérison.

Diagnostics sans impact sur la capacité de travail

- Chirurgie du Morton à droite.
- Ostéoporose trabéculaire et corticale.
- Cholangite biliaire primitive, diagnostic 2016 (K74.3)
- Dyschésie sur rectocèle (K62.9)
- Surpoids avec BMI [Body Mass Index] à 29,5 kg/m² sur status après bypass gastrique en 2002
- Status après plusieurs traitements chirurgicaux pour hernies abdominales, inguinales et adhérences (2004-2015)
- Insuffisance veineuse chronique sévère avec plusieurs interventions chirurgicales de varices et phlébectomie.
- Prolapsus utérin connu."

Les experts du T. _____ ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

Limitations fonctionnelles du point de vue rhumatologique: pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kilos, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 10 kilos proche du corps. Pas d'effort des bras au-delà de 90° d'abduction. Pas de marche prolongée ou de piétinement (Morton et tendinite du fascia lata). Eviter les escaliers ou les travaux en hauteur (tendinite du fascia lata).

Limitations du point de vue psychique: sentiments d'impuissance, de culpabilité, elle dépend de sa fille et future belle-fille qui viendra habiter au domicile pour les tâches ménagères, ce qui provoque une blessure narcissique."

En guise de conclusions, ces experts ont estimé que si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle depuis février 2016, elle était de 60 % (sur le plan psychique) mais pouvait être de 80 % (100 % avec diminution de rendement de 20 %) dans une activité

adaptée dans un délai de six à huit mois, comme sur le plan rhumatologique.

Dans un rapport médical du 6 septembre 2019, la Dre A.A. _____, du SMR, a retenu, comme atteinte principale à la santé, un trouble d'adaptation évoluant vers un épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques (F32.2) et, comme pathologies associées du ressort de l'AI, une connectivité non-spécifique, des lombalgies sur discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1, une tendinite du fascia lata gauche, une tendinite du supra-épineux bilatérale ainsi qu'un Morton 2° et 3° espaces du pied gauche. Les facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI étaient une ostéoporose, une cholangite biliaire primitive (2016), une dyschésie sur rectocèle, une chirurgie du Morton à droite, un surpoids, un bypass gastrique en 2002, un status après plusieurs chirurgies pour hernies abdominales, inguinale et adhérences (2004-2015), une insuffisance veineuse chronique sévère avec plusieurs chirurgies ainsi qu'un prolapsus utérin. Le médecin du SMR a estimé, sur la base du rapport d'expertise pluridisciplinaire précité, que si l'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle depuis février 2016, il existait une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiques (« sentiment d'impuissance, de culpabilité et fatigue ») et de 80 % dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles rhumatologiques (« pas de port de charge ni soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, pas d'effort des bras au-delà de 90° d'abduction, pas de marche prolongée ou de piétinement, éviter les travaux en hauteur et les escaliers »).

Après avoir soumis le cas à sa division réadaptation (« REA - Rapport final » du 13 septembre 2019), l'OAI a, par projet de décision du 11 octobre 2019, fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Ses constatations étaient les suivantes :

“Vous exercez le métier de concierge.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis février 2016. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par

l'art. 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

A l'échéance du délai en question, soit en février 2017, et après un examen complet de votre dossier, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans votre activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 60 % peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (*pas de port de charge ni soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, pas d'effort des bras au-delà de 90° d'abduction, pas de marche prolongée ou de piétinement, éviter les travaux en hauteur et les escaliers*) et ceci depuis le début de vos problèmes de santé.

Pour déterminer votre degré d'invalidité, nous devons évaluer le préjudice économique que vous subissez.

Pour ce faire, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 43'050.75 (*selon les données obtenues par votre ancien employeur*) avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée à votre atteinte.

Dans votre situation, étant donné que vous n'avez pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire annuel que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 54'799.45 à 100 %, en 2017.

Dans votre situation, seule une capacité de travail de 60 % est exigible. Dès lors, ce montant doit être porté à CHF 32'879.67 par année.

Par ailleurs, vos limitations fonctionnelles justifient d'appliquer un abattement de 10 % sur le salaire statistique précité. Votre revenu d'invalidité est donc de CHF 29'591.71.

Votre degré d'invalidité au terme du délai d'attente d'une année se calcule alors de la manière suivante :

Comparaison des revenus :	
Revenu sans atteinte à la santé	CHF 43'050.75
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 29'591.71
Perte de revenu	CHF 13'459.04

Degré d'invalidité 31.26 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Par ailleurs, aucune mesure d'ordre professionnel ne saurait réduire le préjudice économique précité."

Dans le cadre des objections de l'assurée, assistée par CAP Protection juridique, sur ce préavis de refus de prestations, l'OAI s'est vu remettre :

- un certificat médical du 5 novembre 2019 dans lequel le Dr P._____ a fait part d'une importante altération de l'état de santé général depuis son précédent rapport du 14 mars 2018, avec également d'importantes douleurs du rachis ayant nécessité une récente hospitalisation dans le Service de rhumatologie du CHUV. De l'avis de ce médecin, l'incapacité de travail était totale ;

- un rapport du 7 novembre 2019 du Prof. S._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, chef du Service de rhumatologie au CHUV, consécutif à un séjour de l'assurée dans le cadre du programme Multimodal, du 21 octobre au 1^{er} novembre 2019, dont il ressort les diagnostics suivants :

- “• Syndrome douloureux chronique DD dans le cadre d'une connectivité indifférencie
 - enthésite, syndrome inflammatoire VS 63 mm/h, ANA 1 :2560, phosphatase alcaline 187 U/l
 - Overlap avec cholangite biliaire primitive DD hépatite auto-immune, anti-M2 positive, hyper-IgM
- Syndrome lumbo-vertébral
 - IRM du 02.12.2018 : discopathies L4/L5 et L5/S1, arthropathie facettaire lombaire basse
 - S/p infiltrations facettaires L3/L4/L5 des deux côtés en juin 2019 sans nette amélioration des douleurs
- Rupture de la coiffe des rotateurs avec rétraction du sus-épineux, tendinopathie du sub-scapulaire haut et du long biceps, tendinopathie de l'infra-épineux.”

Au terme de son analyse, le Prof. S._____ a conclu à l'existence de douleurs mixtes *a priori* en partie en lien avec une connectivite et pour lesquelles il proposait un traitement par Imurek®, à valider par ses confrères gastroentérologues, ainsi qu'un traitement de physiothérapie en raison du déconditionnement musculaire et de la rupture de la coiffe des rotateurs. Selon ce rhumatologue, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité compte tenu de la

connectivite active, de tendinopathies multiples (avec rupture de la coiffe) et de la discopathie ;

- un certificat médical rédigé le 11 novembre 2019 par le Dr X. _____ dont le libellé est le suivant :

“CERTIFICAT MEDICAL

Madame V. _____, née le [...]

Je suis la patiente susnommée depuis de nombreuses années en tant que médecin de famille.

Depuis le mois d'avril 2016, elle m'a consulté pour une hépatite auto-immune aigue sur cholangite biliaire primitive (anticorps antinucléaire positifs 1/2560).

La patiente présente une importante dégradation de son état général. Elle a d'importantes douleurs rachidiennes, associées à des polyalgies / polyarthralgies intéressant les quatre membres.

Elle présente également une discopathie dégénérative L4/L5 et L5/S1.

Cette situation entraîne pour ma patiente une incapacité totale de travailler. Avec son hépatite auto-immune, et ses douleurs quotidiennes importantes, elle est déjà extrêmement limitée dans sa vie privée : une activité professionnelle lui est dès lors impossible, à quelque niveau que ce soit. [...]” ;

- un rapport du 22 novembre 2019 de la Dre E. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, adressé en réponse à un courrier du 7 novembre 2019 de la protection juridique de l'assurée, dont on extrait ce qui suit :

“- Depuis quand Madame V. _____ est-elle votre patiente ?
30.04.2018

- Quelle était la date du dernier rendez-vous médical ?
14.11.[2]019

- Quel est votre diagnostic sur son état de santé ?
Le diagnostic de syndrome douloureux chronique DD dans le cadre d'une connectivite indifférenciée ainsi que les comorbidités sur le plan psychiatrique tenu également par le psychiatre de liaison, diagnostiquant un trouble de l'adaptation et une réaction dépressive prolongée, ont été retenus.
La patiente est sortie de l'hôpital avec la proposition de « poursuite des consultations chez sa psychiatre d'une manière plus rapprochée si possible ; de faire la transmission de la

consultation auprès de sa psychiatre si nécessaire (la patiente est d'accord) ; pas de traitements médicamenteux proposés ».

Les comorbidités comme :

le syndrome lumbo-vertébral,

le s/p infiltrations facettaires L3/L4/L5 des deux côtés en juin 2019 sans nette amélioration des douleurs,

la rupture de la coiffe des rotateurs,

l'hépatite aiguë sur cholangite biliaire primitive déterminée en 2016,

le s/p cure de hernie inguinale bilatérale en 2015,

le s/p cure d'éventration sous-ombilicale avec filet en 2010,

le s/p by-pass gastrique en 2002,

le s/p arthroplastie du genou en 1999,

et le s/p cure de varice en 1997,

sont vécus par la patiente de manière très envahissante et traduits par une diminution de l'état général.

Dans ce contexte, le syndrome douloureux chronique avec réactions anxiodépressives prolongées est retenu, en tenant compte aussi de tous les facteurs psychosociaux qui ont favorisé la chronification. En l'occurrence, la souffrance psychique de la patiente, influencée par les composantes psycho-sociales comme le vieillissement et l'incapacité de pouvoir se projeter dans l'avenir sur un plan professionnel, chez cette patiente qui se voit dans le devoir de pouvoir s'occuper de sa fille de 12 ans, rend sa situation très complexe. La patiente ressent un sentiment d'échec et de culpabilité car la douleur chronique l'empêcherait d'avoir une vie familiale et socio-professionnelle, ce qui influence négativement le bien-être des autres membres de la famille. C'est dans ce contexte que j'ai revu la patiente le 14 novembre 2019, laquelle présente un abaissement de l'humeur avec une diminution de l'énergie vitale, des idées noires qui la font se projeter dans une vision très négative pour l'avenir et qui ne lui permettent pas de voir le sens de son existence, du fait qu'elle se sente incapable de s'occuper d'elle-même et par conséquent de sa fille cadette. Des idées de culpabilité et de dévalorisation l'envahissent actuellement du fait d'avoir reçu une réponse négative de la part de l'Assurance Invalidité. La patiente me dit ne pas se sentir reconnue et légitimée en tant que personne souffrante, chose qui a réactivé des sentiments d'incompréhension et d'injustice, vécus préalablement dans le passé au travers des relations de violence psychologique intrafamilial.

Face à cette situation, l'intervention par une approche pharmacologique avec antidépresseurs semble difficile, par le simple fait que la patiente est devenue phobique de « toutes substances qu'elle doit avaler, de peur d'intoxiquer encore plus son foie ».

En revanche la psychothérapie, pour la résolution de conflits intrapsychiques non résolus, offre une opportunité de pouvoir s'adapter au fur et à mesure et voir le stade de vie où la patiente doit, par force des choses, s'occuper plus d'elle-même. Néanmoins la pression qu'elle ressent par le contexte socio-économique avec « l'obligation » de s'intégrer à une activité professionnelle va à l'encontre de cette hypothèse de travail.

En conclusion la patiente est actuellement inapte à travailler à 100% sur le plan psychique et cette incapacité reste directement liée à son état physique.

- *Les limitations fonctionnelles susmentionnées sont-elles représentatives de l'état de santé de votre patiente ? Dans le cas contraire, quelles limitations devraient être ajoutées ?*
Oui.
- *Les limitations fonctionnelles retenues, respectivement celles que vous considérez devoir ajouter, sont-elles de nature à permettre l'exercice d'une activité adaptée ? Le cas échéant, à quel pourcentage ?*
Non.
- *Madame V. _____ peut-elle se déplacer ?*
Oui, avec des cannes.
- *Madame V. _____ peut-elle effectuer ses tâches ménagères ?*
La patiente arrive à peine à faire les repas et pour le reste, elle est souvent assistée par ses proches.
- *Une amélioration de son état de santé est-elle envisageable ?*
Sur le plan psychologique, la situation est cristallisée, du fait que son époux est déjà retraité. Ainsi la patiente se retrouve confrontée à une responsabilité qu'elle n'arrive pas à assumer." ;

- des réponses du 13 décembre 2019 du Dr X. _____ à un questionnaire adressé dans l'intervalle par le conseil de l'assurée, estimant que l'incapacité de travail était totale sans amélioration de l'état de santé envisageable, que l'intéressée qui se déplaçait difficilement avec une canne anglaise n'était plus en mesure d'effectuer ses travaux ménagers, et retenant les limitations fonctionnelles suivantes : « Séjour en position verticale max 30 minutes : à l'aide d'1 canne. Position assise prolongée impossible. Position couchée max 2-3 heures. Alternance des positions donc requise. Port de charges > 5 kg non recommandées. Travail avec les bras au-dessus du corps, ou penché en avant impossible. Rotation du tronc très douloureuse, donc à éviter » ;

- un rapport du 23 décembre 2019 dans lequel le Dr G. _____ a répondu comme suit aux questions adressées par le conseil de l'assurée :

"Depuis quand Madame V. _____ est-elle votre patiente ?

J'ai été amené à voir Madame V. _____ en consultation à partir du 25.01.2018. Je l'ai vue en consultation les 25.01.2018, 24.05.2018, 04.10.2018, 07.02.2019, 10.05.2019 et 06.09.2019.

Quelle était la date du dernier rendez-vous médical ?

Le 06.09.2019.

Quel est votre diagnostic sur son état de santé ?

Sur le plan ostéo-articulaire, les diagnostics retenus sont les suivants :

- Lombalgies chroniques non déficitaires avec à l'IRM de février 2018 :
 - Discopathies L4-L5 et L5-S1, arthrose facettaire lombaire basse.
 - Connectivite non spécifique.
 - Tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.
 - Ostéoporose.
 - Surpoids avec status post by-pass gastrique en 2002.
 - Status post chirurgie de Morton à droite.
 - Gonalgies droites avec status post arthroscopie du genou droit en 1999.

Diagnostic non rhumatologique :

- Cholangite biliaire primitive.
- Status post multiples opérations abdominales dans les suites d'un by-pass gastrique avec cholécystéctomie par voie laparoscopique en 2002.

Les limitations fonctionnelles susmentionnées sont-elles représentatives de l'état de santé de votre patiente ? Dans le cas contraire, quelles limitations devraient être ajoutées ?

Sur le plan strictement ostéoarticulaire, les limitations fonctionnelles du point de vue rhumatologique décrites dans l'expertise me semblent adaptées. Il me semblerait utile d'ajouter également une limitation fonctionnelle concernant la position statique assise ou debout prolongée au-delà de 60 minutes, sans possibilité de changement de position.

Les limitations fonctionnelles retenues, respectivement celle que vous considérez devoir ajouter, sont-elles de nature à permettre l'exercice d'une activité adaptée ? Le cas échéant, à quel pourcentage ?

Oui, sur le plan rhumatologique, je pense qu'il persiste une capacité de travail de l'ordre de 50%.

Madame V. _____ peut-elle se déplacer ?

Oui.

Madame peut-elle effectuer ses tâches ménagères ?

Oui.

Une amélioration de son état de santé est-elle envisageable ?

Concernant les diagnostics rhumatologiques, il existe d'une part les diagnostics d'origine dégénérative pour lesquels nous pouvons

considérer la situation comme actuellement stabilisée et pour lesquels une amélioration notable n'est pas attendue.

Concernant les diagnostics inflammatoires à type de connectivité non spécifique et pour lesquels Madame V. _____ bénéficie d'un suivi au sein du service de rhumatologie du CHUV, un traitement par Imurek a été proposé par mes confrères de rhumatologie qui l'ont suivie du 21.10.2019 au 01.11.2019, lors de son séjour au sein du programme multimodal.

Note :

Les réponses concernent les consultations dans le cadre de ma spécialité médicale de médecine physique et réhabilitation.”

L'OAI a requis le point de vue du SMR sur les derniers éléments médicaux recueillis au dossier qui, par la voix de la Dre A.A. _____, a estimé qu'il se justifiait de modifier le rapport médical du 6 septembre 2019 en proposant l'ajout d'une limitation pour un changement de la position debout/assis chaque soixante minutes ; cette nouvelle restriction fonctionnelle ne modifiait toutefois pas la capacité de travail dans une activité adaptée à 80 % dans l'axe rhumatologique (avis médical « Audition » du 10 février 2020).

Après avoir une nouvelle fois soumis le cas à sa division réadaptation qui a confirmé le calcul du revenu sans invalidité et celui du revenu d'invalidité après un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles (communication interne à l'OAI du 12 février 2020), l'OAI a, par décision du 30 mars 2020, confirmé la teneur de son projet de décision du 11 octobre 2019, sous réserve d'une aide au placement ouverte. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, il s'est exprimé sur la contestation de l'intéressée notamment en ces termes :

“Par projet de décision du 11 octobre 2019, nous avons dénié le droit à la rente en faveur de votre mandante citée en titre au motif que son taux d'invalidité était inférieur à 40%.

Dans vos courriers des 7 novembre 2019 et 13 janvier 2020, vous contestez notre position notamment sur les points suivants :

- La capacité de travail dans une activité adaptée retenue, à savoir 60 %
- Le montant du revenu sans invalidité pris en considération

- Le pourcentage d'abattement pris en compte lors de la détermination du revenu avec invalidité.
- La mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration recueille des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré et, si nécessaire, fait procéder à des expertises médicales. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quels types d'activités elle est capable de travailler.

Nous avons mandaté le T. _____ à [...] afin de réaliser une expertise pluridisciplinaire.

Dans leur rapport d'expertise du 30 août 2019, les Dr M. _____ (Rhumatologie), Dr L. _____ (Psychiatrie), Dr R. _____ (Gastroentérologue) et Dr J. _____ (Médecine interne générale) indiquent que son atteinte à la santé contre-indique l'exercice de son activité habituelle de concierge.

Par contre, dans une activité adaptée à son atteinte, elle conserve une capacité de travail de 60 %.

[...]

L'expertise du T. _____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette [expertise] a dès lors pleine valeur probante.

S'agissant de la capacité de travail retenue, différents rapports médicaux postérieurs à ladite expertise nous ont été adressés.

Le rapport du 11 novembre 2019 établi par le Dr S. _____ (service de rhumatologie, CHUV) n'amène aucun élément objectif pour valider une aggravation de l'état de la santé physique.

Le certificat médical du 5 novembre 2019 établi par le Dr X. _____ (médecin généraliste) n'apporte aucun nouvel élément qui n'aurait pas été pris en considération par les experts.

Le certificat médical du 5 novembre 2019 établi par le Dr P. _____ (gastroentérologue) rappelle des diagnostics déjà pris en considération.

Enfin les rapports établis respectivement par les Dr G. _____ (service de réhabilitation, CHUV, 23 décembre 2019) et Dr E. _____ (psychiatre, 22 novembre 2019) n'amènent aucun élément médical nouveau. Il s'agit dans le cas d'espèce d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Au vu de ce qui précède, il y a dès lors lieu de retenir les conclusions des experts du T. _____, à savoir la prise en considération d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 60 %.

Nous validons uniquement l'ajout d'une limitation fonctionnelle supplémentaire, soit la possibilité de changer de position debout/assis chaque 60 minutes.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'ancien employeur de votre mandante nous indique un revenu de CHF 2'285.00 pour un total de 28h55 heures par semaine (semaine de travail usuelle de l'entreprise de 42h05) versé 13 fois. Pour définir le taux d'activité nous réalisons le calcul suivant : $28,91 / 42,0833 \times 100$, soit un taux d'activité réel de 68,7 % que nous arrondissons à 69 %.

Au vu de ce qui précède et étant donné que votre mandante est considérée comme active à plein temps, son revenu sans invalidité se détermine alors de la manière suivante :

$$\text{CHF } 2'285 / 69 \times 100 \times 13 = \text{CHF } 43'050.75 \text{ à } 100 \%$$

Il est à relever, également, que la moyenne des revenus inscrits aux comptes individuels durant la période de 2013 à 2015 se monte à CHF 29'279,65 à 69 %, qui ramené à 100 % s'élèverait à CHF 42'434,30 ($29'279,65 / 69 \times 100$).

Au vu de ce qui précède, vos arguments relatifs à la prise en compte d'un revenu sans invalidité d'un montant de CHF 54'840.00 ne peuvent être admis.

S'agissant des abattements pris [en] considération pour déterminer le revenu avec invalidité, vous estimez que le taux d'abattement qui doit être adapté en fonction de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles de l'assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, taux d'occupation) n'est pas assez élevé. En effet, dans le cas de Madame V. _____ au vu de son âge ainsi que de son taux d'occupation, un taux d'abattement de 25 % serait parfaitement adéquat.

[...]

Il ressort dans le cas d'espèce que les limitations fonctionnelles de votre mandante sont les suivantes :

Limitations psychiques : sentiments d'impuissance, de culpabilité, fatigue.

Limitations rhumatologiques : pas de port de charge ni soulèvement de plus de 10kg, pas de porte-à-faux du buste, pas d'effort des bras au-delà de 90° d'abduction, pas de marche prolongée ou de piétinement, éviter les travaux en hauteur et les escaliers, auxquelles s'ajoute le changement de la position debout/assis chaque 60 minutes selon les nouvelles pièces médicales apportées au dossier.

[...]

Dans le cas d'espèce, nous avons estimé, au vu de l'ensemble des critères que le désavantage salarial s'élevait à 10 % en raison des limitations fonctionnelles précitées (malgré le fait que lesdites limitations ont également été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail) ramenant le revenu d'invalidité à CHF 29'591,71.

Nous n'avons pas retenu d'autre réduction après examen des autres facteurs (âge, année de service, nationalité et permis et le taux d'occupation) car ceux-ci n'engendrent aucun désavantage salarial supplémentaire dans la présente situation.

Enfin, s'agissant de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, aucune mesure d'ordre professionnel ne saurait réduire le préjudice économique que votre mandante subit.

Toutefois, comme elle est actuellement sans emploi et dans le but de la soutenir dans ses recherches d'emploi, elle peut bénéficie[r] des conseils de notre service d'aide au placement.

Vous trouverez, en annexe, une communication relative à cette prestation. Votre mandante recevra prochainement par pli séparé une convocation formelle la conviant à une séance d'information organisée par ledit service.

Au vu de tout ce qui précède, votre contestation ne nous apporte pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de notre position. Notre projet repose sur une instruction complète sur le plan médical et économique et est conforme en tous points aux dispositions légales. Il doit donc être entièrement confirmé. [...]"

La mesure d'aide au placement a finalement été close par l'OAI le 30 avril 2020 en raison de l'absence de nouvelles de la part de l'assurée dans le délai imparti.

B. V._____, représentée par CAP Protection juridique, a déféré la décision du 30 mars 2020 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 14 mai 2020 en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente lui est allouée « à dire de justice ». Subsidiairement, elle a conclu à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à des mesures professionnelles ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire neutre et à la production des données salariales de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sur lesquelles se fonde l'OAI dans sa décision ; plus subsidiairement encore, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction « dans le sens que la Cour jugera utile ». La recourante a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise T._____ en se plaignant de la non-prise en compte des avis divergents des médecins consultés. Elle plaidait que les différents rapports postérieurs à l'expertise précitée attestaient d'une évolution de son état de santé justifiant la réalisation d'une expertise judiciaire. Ce faisant, elle a contesté la capacité

de travail de 60 % retenue dans des activités adaptées. S'agissant du calcul du préjudice économique, doutant du bien-fondé des deux termes retenus pour la comparaison des revenus, elle sollicitait la production par l'intimé des données salariales de l'OFS sur lesquels il se fondait dans sa décision. S'agissant du revenu d'invalidé, elle estimait qu'au vu de son âge, de son taux d'occupation ainsi qu'en fonction de l'importance des limitations fonctionnelles, un taux d'abattement de 25 % (et non 10 %) se justifiait. Elle se plaignait en outre de l'absence d'instruction sur les perspectives d'embauche sur le marché de l'emploi, en raison des limitations fonctionnelles. Enfin, compte tenu d'un degré d'invalidité de 31,26 % qu'elle estimait être supérieur sur la base des rapports médicaux produits, la recourante a déploré le refus de mesures professionnelles en sa faveur. Sous le bordereau de pièces figurant en annexe à son mémoire de recours, la recourante a notamment produit un rapport du 27 avril 2020 dans lequel le Prof. S._____ a répondu comme suit aux questions du représentant de celle-ci :

“- Depuis quand Madame V._____ est[-]elle votre patiente ?
Madame V._____ est ma patiente depuis 2019.

- Quelle était la date du dernier rendez-vous médical ?
La dernière consultation date du 24.03.2020.

- Quel est votre diagnostic ?
Connectivite indifférenciée avec inflammation systémique. VS à 60mm/h. CRP 15 mg/l.
Cholangite primaire biliaire anti-M2 positif. Traitement actuel par Léflunomide.

- Dans l'expertise du T._____, le Dr M._____ Rhumatologue, considère à la p. 14, que Madame V._____ bénéficie d'une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limites à 80%, soit 100% mais avec une baisse de rendement de 20 % pour tenir compte de l'asthénie secondaire à la connectivité non spécifique depuis février 2016.

Dans l'expertise du T._____, le Dr M._____, Rhumatologue, met le diagnostic de connectivite non spécifique comme diagnostic n°5 parmi les autres diagnostics avec impact sur la capacité de travail. Cela montre déjà que ce collègue considère cette maladie moins importante par rapport aux autres diagnostics, comme les tendinites ou douleurs lombaires.

Selon l'expertise les valeurs inflammatoires avec une vitesse de sédimentation à 60mm/h montre une activité inflammatoire, mais n'est pas considérée.

Il existe un chevauchement avec la cholangite biliaire primitive anti-M2 positif comme on voit souvent avec des symptômes musculo-

squelettiques. Le collègue discute d'un possible Sjörger, polyarthrite rhumatoïde ou lupus qu'il ne peut pas diagnostiquer. Il conclu[t] à une connectivite inclassée associée à une cholangite biliaire primitive, mais ne met pas en contexte les différents symptômes et valeurs inflammatoires. A noter, que les auto-anticorps anti-nucléaires à 1/5120 sont hautement positifs en faveur de cette connectivite.

- Les limitations fonctionnelles mentionnées dans la décision de l'AI sont-elles représentatives de l'état de santé de votre patiente ? Dans le cas contraire, quelles limitations devraient être ajoutées ?

Je répète que les tendinites examinées chez cette patiente vues sur les échographies sont un des signes classiques dans la connectivite indifférenciée, les limitations fonctionnelles sont donc une partie des téno-synovites actives a priori dans le cadre de la connectivite indifférenciée, ainsi qu'une fatigue importante probablement induite par l'auto-immunité et la cholangite biliaire primitive.

Elle a également des comorbidités, comme la discarthrose, qui pour moi, ne permet effectivement pas une activité adaptée.

- Les limitations fonctionnelles retenues, respectivement celles que vous considérez devoir ajouter, sont-elles de nature à permettre l'exercice d'une activité adaptée ? Le cas échéant, à quel pourcentage ?

Les limitations fonctionnelles touchent presque tout le corps, notamment la ceinture scapulaire et les hanches avec des tendinites décrites. Des mouvements du rachis lombaire par les discopathies dégénératives. Cela touche donc tous les mouvements, en position assise et debout. Les valeurs inflammatoires avec une VS à 60mm/h ont certainement également un effet systémique et central qui provoque une forte diminution de ses ressources physiques.

- Madame V. _____ peut-elle effectuer ses tâches ménagères ?

Madame V. _____ ne peut à mon avis pas effectuer des tâches ménagères.

- Une amélioration de son état de santé est-elle envisageable ?

Une amélioration est envisageable avec une immuno-suppression que nous venons d'instaurer avec Léflunomide."

Dans sa réponse du 7 juillet 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise du T. _____. S'agissant du calcul du préjudice économique, l'office intimé, renvoyant au rapport effectué par le service de la réadaptation du 13 septembre 2019 ainsi qu'à la note du 12 février 2020, précisait en particulier que l'abattement sur le revenu d'invalidité avait été calculé de manière large et que les 10 % retenus étaient suffisants. Enfin, de nombreuses activités adaptées à l'état de santé défaillant demeuraient accessibles à la recourante dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un

processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ou dans le conditionnement, scannage de documents, ou encore vente simple, et sans nécessiter aucune formation préalable particulière.

Le 17 août 2020, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions en insistant sur la requête d'une expertise judiciaire, la recourante, a produit, sous bordereau complémentaire, notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 20 mars 2018 du Dr Z._____, angiologue, dont il ressort que lors du dernier bilan veineux des membres inférieurs du même jour, la situation était identique à celle datant de septembre 2014 ;
- un rapport d'IRM du 14 mars 2019 du Dr F._____, spécialiste en radiologie, montrant un volumineux névrome de Morton au 2° espace de l'avant-pied gauche ;
- un rapport de physiothérapie du 26 juin 2020 établi par la physiothérapeute B.A._____ qui, à la suite d'une prise en charge du 17 au 25 juin 2020, décrivait une légère amélioration de la mobilité de l'épaule droite, mais sans réelle amélioration de la situation globale de la recourante. Cette intervenante a recommandé malgré tout une reprise du suivi en physiothérapie ambulatoire ;
- un rapport du 15 juillet 2020 du Dr B._____, spécialiste en neurologie, consécutif à un examen du même jour, qui se termine comme suit :

"Conclusion :

- Persistance d'une atteinte polyneuropathique plus axonale que myélinique, à prédominance sensitive, plus prononcée qu'en 2018.
- Dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur droit, malgré une apparente faiblesse globale, le bilan myographique révèle des tracés normalement riches mais à basse fréquence évoquant plus des phénomènes de lâchages qu'un déficit moteur neurogène ou myogène.

RESUME DU CAS ET APPRECIATION :

Mme V._____ rapporte donc une aggravation de son atteinte polyneuropathique depuis l'examen de 2018.

A l'examen clinique, on note effectivement une marche spontanée plus difficile que préalablement, une apparente impossibilité à tenir sur la pointe des pieds et sur les talons et une instabilité au Romberg. L'examen des membres supérieurs est essentiellement caractérisé par un ralentissement des mouvements rapides et des phénomènes de lâchages/faiblesse globaux bilatéraux. Au niveau des membres inférieurs, on note maintenant une hypoaréflexie achilléenne, une altération en chaussette de la sensibilité superficielle et profonde et des phénomènes de faiblesse/lâchages de l'ensemble des groupes musculaires.

Lorsqu'on compare le présent à celui de 2018, il y a effectivement une aggravation sur le plan de la motricité, des réflexes et de la sensibilité.

L'examen clinique a été complété par un ENMG [électroneuromyogramme] qui montre une petite aggravation des paramètres neurographiques alors que l'étude myographique du membre inférieur droit ne révèle pas d'atteinte neurogène périphérique et/ou myogène susceptible d'expliquer les déficits moteurs constatés cliniquement.

Pour répondre à votre demande de prise en charge d'un test par Xeljanz, je dois malheureusement vous dire que je n'ai pas l'habitude de cette substance et que je ne me sens pas apte à en monitorer le traitement et l'efficacité." ;

- un rapport du 24 juillet 2020 consécutif à une densitométrie osseuse par DXA du 16 juillet 2020 réalisée au Centre interdisciplinaire des maladies osseuses du CHUV, mettant en évidence une ostéoporose en péjoration depuis l'examen initial de 2017 (avec une perte significative sur la colonne lombaire et sur le fémur total) ;

- un rapport du 11 août 2020 du Prof. S._____ ne posant pas de nouveau diagnostic et décrivant l'introduction d'un traitement par Lyrica® (2x/200 mg) en parallèle à la poursuite de la physiothérapie (notamment l'aquagym). Indiquant que « Madame V._____ présente toujours de[s] douleurs généralisées sur la base de plusieurs pathologies dégénératives avancées ainsi qu'une inflammation chronique, diagnostic différentiel dans le cadre d'une maladie de Sjögren avec une cholangite primitive », ce praticien estimait la capacité de travail à « 0 % pour toutes les activités, y compris les activités adaptées compte tenu des faibles ressources de la

patiente qui souffre également d'un syndrome douloureux chronique secondaire ».

Dans sa duplique du 8 septembre 2020, produisant un avis du 25 août précédent de la Dre A.A. _____, du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a relevé que les pièces médicales transmises n'apportaient aucun élément nouveau et ne faisaient état d'aucune aggravation de l'état de santé de la recourante, excepté le rapport d'imagerie du 24 juillet 2020 mais qui était postérieur à la décision attaquée. Ce faisant, l'intimé a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

Dans ses déterminations du 1^{er} octobre 2020, la recourante a de nouveau insisté sur la nécessité d'une instruction complémentaire compte tenu de l'évolution de son état de santé telle qu'attestée dans les rapports médicaux produits par ses soins.

Le 5 novembre 2020, la recourante a produit un ultime rapport du 16 octobre 2020 du Prof. S. _____, dont on extrait ce qui suit :

“Diagnostic :

- Connectivite avec hépatite auto-immune
 - ANA 1/2560 anti-mitochondrial positif
 - Syndrome inflammatoire avec VS de 50 à 60mm/h
- Infection urinaire
- Déchirure complète du tendon supra-épineux épaule droite
 - IRM de l'épaule droite de juin 2020 : avec rétraction à l'apex de la tête humérale. Rupture non transfixiante du tendon intra-épineux. Tendinopathie focale du biceps brachial. Bursite sous acromio-déltôidienne.
- Polyarthrose avec chondrocalcinose
 - IRM lombaire du 18.012.2018 : Discopathie dégénérative L3 à S1 avec MODIC 1 L5-S1 latéralisée à droite. Arthrose zygapophysaire lombaire importante avec développement d'un kyste extra-canalair L4-L5 à gauche. Discopathie dégénérative T8 à L1 avec calcification discale dans l'anneau fibreux antérieur.
 - Radiographie des genoux : réduction importante de l'espace articulaire médial D>G. Chondrocalcinose du genou droit.
 - Échographie du poignet du 09.10.2020 : synovite grade 1. Doppler négatif.
 - Scanner du 20.06.2017 : Arthrose antérieure avec signe de vacuum bilatéral, coxarthrose postérieure

- Syndrome douloureux chronique / fibromyalgie secondaire
 - Douleurs généralisées, troubles du sommeil et dépression
- S/p post by pass gastrique en 2002
- Ostéoporose
 - Ostéo-densitométrie du 16.07.2020 : T-score-3.8. Colonne vertébrale -2.6. Col du fémur
 - Traitement par Bonviva depuis 5 ans

Anamnèse :

Situation douloureuse persistante. Une grande partie des symptômes est de type central avec douleurs généralisées et signes de Waddell positifs. Le traitement par Prednisone 10mg/jour a initialement aidé la patiente. Elle est actuellement traitée par Lyrica 200 mg/j. Après l'échec d'Arava, actuellement pas d'immunosuppresseur par anti-JAK, Imurek ou Cellcept car la symptomatologie semble fortement influencée par des douleurs centrales.

A l'examen clinique, je ne note pas de synovite périphérique.

A l'échographie, synovite modéré du poignet gauche. Doppler négatif.

Au niveau du laboratoire : persistance d'un syndrome inflammatoire avec une VS de 48mm/h. Je note une infection urinaire avec des nitrites positives et une leucocyturie.

Appréciation et discussion :

Il existe une polyopathie chez Madame V. _____ avec une situation douloureuse importante. Je note plusieurs maladies y compris une connectivite active, ainsi qu'une chondrocalcinose, polyarthrose et un syndrome douloureux chronique. Indépendamment de cela, il y a une infection des voies urinaires avec un traitement antibiotique prévu.

Les différentes pathologies dégénératives et inflammatoires (actives avec une VS très élevée aussi en dehors de l'infection urinaire) ne permettent pas un travail adapté. La capacité de travail est à mon avis clairement à 0%. Je note qu'il y a plusieurs pathologies qui s'ajoutent aux ressources physiques et psychiques de cette patiente qui sont clairement basses et non suffisantes pour un quelconque métier.

Sur le plan fonctionnel, presque tous les organes sont atteints en plus d'une inflammation systémique."

Le 1^{er} décembre 2020, produisant un avis du 27 novembre précédent de la Dre A.A. _____, du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a constaté que les atteintes à la santé de la recourante avaient déjà été prises en compte dans le cadre de l'instruction du cas sans que les derniers rapports médicaux versés en cause ne changeaient quelque chose. L'intimé a dès lors confirmé ses précédentes conclusions dans le sens du rejet du recours et du maintien de la décision querellée.

De son côté, le 4 janvier 2021, la recourante a indiqué maintenir sa position conformément à ses déterminations précédentes.

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, vu la situation extraordinaire en lien avec le coronavirus, le Conseil fédéral a fait usage de sa compétence pour prolonger les fêtes judiciaires pascales telles que prévues par l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, et les a fixées du 21 mars au 19 avril 2020 (ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RS 173.110.4). Le recours a ainsi été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte que le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit à une rente ou à des mesures professionnelles en faveur de la recourante.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 30 mars 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).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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

bb) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, 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).

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

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

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

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

c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF

9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

4. **a)** L'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures professionnelles, au motif que si la recourante présente une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis février 2016 pour des raisons de santé, sa capacité de travail est de 60 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (*pas de port de charge ni soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, pas d'effort des bras au-delà de 90° d'abduction, pas de marche prolongée ou de piétinement, éviter les travaux en hauteur et les escaliers*) depuis le début de ses problèmes de santé ; après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, le degré d'invalidité est de 31.26 %. Aucune mesure d'ordre professionnel ne saurait réduire le préjudice économique. Cette décision s'appuie sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du T. _____ du 30 août 2019 (cf. rapport médical du 6 septembre 2019 de la Dre A.A. _____, du SMR).

Dans un premier moyen, la recourante conteste l'évaluation faite par l'expertise précitée et se prévaut d'une évolution de son état de santé (péjoration) depuis l'expertise, en se fondant sur divers rapports médicaux.

b) L'expertise pluridisciplinaire (de médecine interne générale, psychiatrie, rhumatologie et gastroentérologie) confiée au T. _____ par

l'OAI dans le premier semestre 2019 a retenu des diagnostics incapacitants ; sur le plan rhumatologique, il a été constaté une tendinite du fascia lata gauche (M76.9), une tendinite du supra-épineux bilatérale (M75.1), un Morton 2° et 3° espaces du pied gauche (G57.6), une douleur lombaire sur discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1 (M51.9) et une connectivite non spécifique (M35.9), justifiant des limitations fonctionnelles (*pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kilos, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 10 kilos proche du corps. Pas d'effort des bras au-delà de 90° d'abduction. Pas de marche prolongée ou de piétinement [Morton et tendinite du fascia lata]. Eviter les escaliers ou les travaux en hauteur [tendinite du fascia lata]*) ; sur le plan psychique, il a été constaté un épisode dépressif moyen, sans symptômes psychotiques (F32.2) justifiant des limitations fonctionnelles (*sentiments d'impuissance, de culpabilité, elle dépend de sa fille et future belle-fille qui viendra habiter au domicile pour les tâches ménagères, ce qui provoque une blessure narcissique*). Compte tenu d'atteintes à la santé physique et psychique avec influence sur la capacité de travail, les experts (à savoir, les Drs M._____, spécialiste en rhumatologie, L._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, R._____, spécialiste en gastroentérologie, et J._____, spécialiste en médecine interne générale) ont unanimement estimé la capacité de travail de l'assurée comme suit :

"4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Pour l'hépatogastro-entérologie et la médecine interne il n'y a pas de limitation à la capacité de travail qui est de 100%, depuis toujours.

Du point de vue psychique, la capacité de travail dans son activité habituelle est estimée à 60% (100% avec diminution de rendement de 40%) depuis décembre 2017, date de sa sortie du chômage. L'état dépressif est secondaire à une conjoncture de vie difficile et aux douleurs chroniques et ne constitue pas une invalidité au long cours, l'expertisée ne souffrant pas d'une maladie psychiatrique pérenne. Des mesures de réinsertion avec reprise progressive sont envisageables initialement à 60% (100% avec diminution de rendement de 40%) à augmenter progressivement jusqu'à une capacité de 80% (100% avec diminution de rendement de 20%) dès que son état psychique le permet, dans un délai de 6-8 mois.

Du point de vue rhumatologique la capacité est de 0% depuis février 2016 (fin d'activité de conciergerie suivie d'une période de chômage).

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

Pour l'hépatogastro-entérologie, l'interniste la capacité de travail est de 100%.

Pour l'expert psychiatre, la capacité de travail dans une activité adaptée est la même que pour l'activité exercée jusqu'ici soit 60 % (cf point 4.7 ci-dessus).

Pour l'expert rhumatologue 80%, soit 100% avec baisse de rendement de 20% pour tenir compte de l'asthénie secondaire à la connectivite non spécifique, depuis février 2016.

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

L'incapacité est de nature rhumatologique pour l'activité antérieure, depuis février 2016, elle est limitée par le contexte extérieur et les douleurs chroniques du point de vue psychiatrique.

Dans une activité adaptée, la capacité est diminuée à 60% du point de vue psychique, mais pourra être de 80 % (100% avec diminution de rendement de 20%) dans un délai de 6 à 8 mois, comme la capacité d'ordre rhumatologique."

Les experts du T._____ ont justifié leurs diagnostics et l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail. Ainsi, au moment d'apprécier la situation, sur le plan rhumatologique, l'expert a émis les considérations suivantes (rapport d'expertise, pp. 13 - 14) :

"7. Evaluation médicale et médico-assurantielle

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Madame V._____, d'origine [...], souffre d'une douleur lombaire depuis plusieurs années lorsqu'elle travaillait dans la conciergerie. En fait il s'agit d'une douleur rachidienne chronique sans irradiation ni aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs. La dernière IRM lombaire pratiquée le 18.12.2018 ne montre qu'une discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1 avec une réaction Modic I et II sur les plateaux adjacents du disque L5-S1. Il n'y a aucun signe compressif. Par ailleurs Madame V._____ a souffert d'une cholangite biliaire primitive diagnostiquée en 2016. Dans les suites elle a présenté des douleurs articulaires diffuses qui ont été explorées et qui n'ont jamais montré l'existence d'une synovite ce qui n'est pas compatible avec une pathologie inflammatoire du type polyarthrite rhumatoïde. Les radiographies des pieds et des mains, d'ailleurs, ne montraient pas d'arthropathie inflammatoire. Il s'y associe une xérostomie extrêmement variable dont l'examen ORL n'a pas

montré d'élément évocateur de syndrome de Sjörge et dont la biopsie des glandes salivaires en décembre 2018 ne montrait qu'une sialadénite lymphocytaire avec un focus score inférieur à 1 ce qui ne permet pas de retenir un syndrome de Sjörge. Par ailleurs, un examen ophtalmologique n'a pas montré de carence lacrymale. Le bilan inflammatoire montre depuis des années, en particulier depuis 2016, des anticorps antinucléaires à 1/5120 (puis 1/2560 en mars 2017), un syndrome inflammatoire extrêmement variable avec une VS à 73 et une CRP à 25 en septembre 2018 mais cette CRP est à 7 en mai 2019 et à 14 en février 2019. Le bilan hépatique est plutôt rassurant montrant des enzymes hépatiques dans la normale. Enfin il existe une discrète poly neuropathie sensitive axonale des membres inférieurs sur un électrogramme d'avril 2018. Cet état s'accompagne d'une fatigue importante mais on ne retrouve pas d'autres signes généraux. Il n'y a pas de syndrome de Raynaud, pas d'aphtose, pas de pathologie digestive, urinaire, cutanée ni ophtalmologique.

Une échographie des épaules en décembre 2018 confirme l'existence d'une tendinopathie chronique du sus épineux et du tendon bicipital. Madame V. _____ présente un syndrome de Morton des 2^{ème} (10 mm) et 3^{ème} espaces (5 mm) du pied gauche sur l'IRM du 14 mars 2019. Elle a été opérée en 2017 d'un névrome de Morton du 2^{ème} espace à droite.

En conclusion, dans le cadre d'une cholangite biliaire primitive le diagnostic d'association le plus probable serait un syndrome de Sjörge avec poly arthralgies, asthénie et poly neuropathie diffuse des membres inférieurs. Néanmoins ni le bilan biologique, ni le bilan histologique de biopsie des glandes salivaires, ni le reste du bilan ne confirment ce diagnostic. Par ailleurs tous les autres diagnostics ont été éliminés, en particulier un syndrome lupique ou une polyarthrite rhumatoïde, ainsi que toutes les autres spondylarthropathies.

Il s'agit donc d'une connectivite inclassée associée à une cholangite biliaire primitive.

7.2 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

L'expertisée a été justement traitée par Plaquenil qui constitue le traitement de choix des connectivites non spécifiques. Il faut souvent attendre 4 à 6 mois pour en apprécier l'efficacité.

Par ailleurs, les tendinites des épaules et du fascia lata à gauche peuvent être traitées par infiltrations, avec une bonne chance de succès. Il en est de même pour les névromes de Morton à gauche, bien que celui intéressant le 2^{ème} espace soit très volumineux et doit certainement nécessiter son ablation chirurgicale.

Bien que le diagnostic d'ostéoporose n'ait pas de conséquence sur la capacité de travail, il faudrait probablement poursuivre son traitement par Bonviva tous les 3 mois, car une connectivite peut nécessiter un traitement par une corticothérapie qui augmente l'ostéoporose.

7.3 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité

L'expertisée présente des diagnostics incontestables, néanmoins sa manière d'exprimer sa douleur et le caractère très démonstratif de l'examen clinique de ce jour sont, également, notables.

Elle n'a pas d'éléments cliniques évoquant une fibromyalgie, son asthénie est un signe habituel rencontré dans les connectivites avec syndrome inflammatoire.

Elle ne prend pas d'antalgique et une marche avec canne ne me paraît pas adéquate avec les constatations objectives.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Elle n'a pas de formation professionnelle, elle n'exprime pas le désir de travailler. Dans le passé, elle était néanmoins heureuse au travail et a appris le français rapidement et le parle bien.

Limitations fonctionnelles : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kilos, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 10 kilos proche du corps. Pas d'effort des bras au-delà de 90° d'abduction. Pas de marche prolongée ou de piétinement (Morton et tendinite du fascia lata). Eviter les escaliers ou les travaux en hauteur (tendinite du fascia lata).

8. Réponses aux questions du mandant

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici
0% depuis Février 2016 (fin d'activité de conciergerie suivie d'une période de chômage).

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré
80%, soit 100% avec baisse de rendement de 20% pour tenir compte de l'asthénie secondaire à la connectivite non spécifique, depuis février 2016.

Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail
Poursuite du Plaquenil, infiltrations et chirurgie du pied gauche.

Questions se rapportant au cas précis
Aucune."

S'agissant de la question de la fibromyalgie, dans un rapport du 30 mars 2017, le Dr C._____ constatait que les points de fibromyalgie étaient indolores. Le Dr G._____, en février 2018, trouvait des scores positifs dans un contexte psycho-social complexe, mais a dit à l'assurée qu'il n'existait pas de marqueur positif de ce diagnostic mais que celui-ci restait un diagnostic d'exclusion (rapport du 19 février 2018) ; en juillet 2018, ce médecin n'évoquait toutefois pas ce diagnostic (rapport du 13

juillet 2018). De leur côté, les experts ont examiné cette possibilité et l'ont exclue ; à l'examen clinique rhumatologique, il n'a été retrouvé aucun point de fibromyalgie ni aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs, l'expertisée montrant un caractère très démonstratif en disant par exemple « pitié, arrêtez ».

Afin de conférer pleine valeur probante au rapport d'expertise du 30 août 2019 de T. _____ SA, il convient de s'assurer que l'experte psychiatre L. _____ a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail de la recourante à la lumière des indicateurs déterminants selon la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 141 V 281 et ATF 143 V 418).

Tout d'abord le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans symptômes psychotiques (F32.2) a été posé en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) et au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR), à la lumière des éléments cliniques constatés.

Pour déterminer les ressources, l'experte psychiatre a procédé à l'analyse globale suivante (rapport d'expertise, pp. 20-21) :

“7. Evaluation médicale et médico-assurantielle

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Madame V. _____ est une femme de 53 ans, d'origine [...], mariée et mère de cinq enfants dont deux habitent encore à domicile, dont une fille mineure. Elle a fait la scolarité obligatoire dans son pays, n'a pas fait d'apprentissage et a émigré en Suisse en [...] pour rejoindre son mari saisonnier depuis [...]. La famille est actuellement naturalisée. Elle s'est bien intégrée à sa vie en Suisse, et a pu débuter une activité professionnelle dès 1996, initialement elle a travaillé 4 ans en tant que femme de ménage, puis depuis 2000 dans la conciergerie, métier qu'elle a arrêté en 2016 suite à un licenciement, en raison de nombreux arrêts de travail.

Du point de vue physique, l'expertisée a subi de nombreuses interventions chirurgicales depuis 1997 avec des cures de varices, d'arthroscopies, un bypass en 2004 pour obésité morbide, un volvulus jéjuno-iléal, des cures d'hernies ombilicales et diverses

interventions orthopédiques aux pieds depuis 3 ans avec ablation d'un névrome de Morton prévue prochainement. Une hépatite virale a été diagnostiquée en 2016, ainsi qu'une hernie discale lombaire et un rhumatisme pluri-articulaire dont l'étiologie n'est actuellement pas claire.

Depuis 2016, suite aux nombreux problèmes physiques et la perte de son emploi, Madame V._____ a développé un trouble de l'adaptation anxio-dépressif qui s'est peu à peu transformé dans un état dépressif actuellement encore en cours et lié à ses douleurs chroniques ainsi qu'à une situation familiale et socio-économique difficile depuis le départ à la retraite de son mari. Elle a spontanément initié, depuis avril 2018, un suivi chez la Dre E._____, psychiatre, qu'elle voit encore actuellement tous les 15 jours. Un traitement médicamenteux n'a pas pu être introduit en raison de l'hépatotoxicité potentielle de ces molécules psychotropes.

En raison des facteurs socio-économiques, familiaux et somatiques, qui influencent son état psychique, le pronostic à plus long terme est actuellement défavorable. Cependant, le diagnostic psychiatrique en lui-même ne constitue pas une invalidité pérenne, et une reprise d'activité est potentiellement envisageable dans le futur.

7.2 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Du point de vue psychique, Madame V._____ est suivie le 30.04.2018 par la Dre E._____, avec des entretiens à la quinzaine et sans traitement antidépresseur qui est actuellement contre-indiqué. Son état psychique fluctue légèrement selon les circonstances extérieures, notamment les douleurs et la constellation familiale. Des mesures de réadaptation sont difficilement envisageables ce jour, mais peuvent être entreprises dès stabilisation de son état.

7.3 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il n'y a pas d'incohérence entre l'examen clinique, l'anamnèse et le dossier mis à disposition par vos soins. La Dre E._____, psychiatre depuis avril 2018, témoigne d'une détresse importante en raison de la situation familiale actuellement difficile qui se surajoute aux douleurs. L'expertisée a peu parlé des difficultés comportementales de sa fille cadette et dont témoigne la psychiatre traitante, ayant suivi la famille dans une approche plus systémique.

7.4 Appréciations des capacités, des ressources et des difficultés

Madame V._____ a de bonnes capacités de communication, et parle couramment le français. Elle reste volontaire et mobilisable si les circonstances extérieures le permettent. Ses ressources actuelles constituent essentiellement son réseau soignant, ainsi que le milieu familial qui reste soutenant et aidant, notamment pour une partie des tâches ménagères. Les difficultés résident essentiellement dans les problématiques physiques.

8. Réponse aux questions du mandant

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Du point de vue psychique, la capacité de travail dans son activité habituelle est estimée à 60% (100% avec diminution de rendement de 40%) depuis décembre 2017, date de sa sortie du chômage. L'état dépressif est secondaire à une conjoncture de vie difficile et aux douleurs chroniques et ne constitue pas une invalidité au long cours, l'expertisée ne souffrant pas d'une maladie psychiatrique pérenne. Des mesures de réinsertion avec reprise progressive sont envisageables initialement à 60% (100% avec diminution de rendement de 40%) à augmenter progressivement jusqu'à une capacité de 80% (100% avec diminution de rendement de 20%) dès que son état psychique le permet, dans un délai de 6-8 mois.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Idem.

Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

L'introduction de Vortioxétine (Brintellix®) pourrait s'avérer efficace sur la symptomatologie anxiodépressive actuellement présente. Une amélioration de son état psychique est attendue dans les 3 mois après l'introduction de doses thérapeutiques du traitement.

Questions se rapportant au cas précis

Aucune."

Selon la jurisprudence, il s'agit d'évaluer les capacités fonctionnelles de la personne concernée à la lumière des indicateurs pertinents, dans une analyse axée sur les ressources et les déficits fonctionnels découlant d'une atteinte à la santé. Dans le cadre de cette analyse, les indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel permettent de faire certaines constatations qui doivent être confrontées aux indicateurs relatifs à la cohérence.

Concernant le degré de gravité fonctionnel du trouble, l'experte psychiatre n'a pas constaté la présence de manifestations concrètes de l'atteinte à la santé sur les activités de l'assurée, laquelle pouvait assumer toutes les tâches ménagères, mais en faisant des pauses régulières ; pour les tâches dures, elle bénéficiait de l'aide de son mari. Elle a toutefois tenu des propos contradictoires à l'expert de médecine interne, de sorte que l'évaluation de ses capacités fonctionnelles ne

saurait être déduite de ses seules déclarations. Dans les relations sociales, malgré une diminution du cercle d'amis depuis qu'elle ne pouvait plus préparer de nombreux repas, elle avait des amies fidèles qu'elle voyait de temps en temps. D'autre part, elle entretenait de bonnes relations avec sa famille restée au [...], qu'elle contactait régulièrement, avec un dernier voyage en 2018 en avion. Les loisirs (écouter la musique et se promener dehors) étaient intacts. Cela est corroboré par les observations relatives au comportement de l'expertisée qui s'exprimait spontanément, sans méfiance, avec un bon contact visuel. Il n'y avait pas de familiarité ni de bizarrerie, pas de comportement histrionique, mais une bonne collaboration avec des réponses aux questions ciblées. L'experte a relevé l'intensité moyenne de l'atteinte à la santé, précisant qu'en tenant compte des données anamnestiques, l'assurée présentait, selon les critères de la CIM-10, une symptomatologie compatible avec un épisode dépressif de nature adaptative, liée à des douleurs chroniques de longue date ainsi qu'à une situation familiale et socio-économique précaire ; elle vivait un conflit émotionnel actuellement insoluble, étant affectée d'un sentiment d'impuissance à aller travailler et subvenir aux besoins de sa fille avec, d'un autre côté, le départ à la retraite de son mari avec des projets de construction au [...], l'obligeant à choisir entre les besoins de sa fille adolescente et née en Suisse et celui du couple, d'un mari qui aspirait à une vie différente. Les limitations fonctionnelles étaient peu nombreuses, étant entendu que l'assurée ne souffrait pas de trouble de personnalité avéré mais présentait des traits narcissiques qu'elle ne parvenait actuellement que difficilement à mobiliser pour obtenir un équilibre à minima.

S'agissant du traitement ou de la résistance au traitement, la recourante est suivie depuis le 30 avril 2018, avec une fréquence régulière tous les quinze jours, mais aucun traitement médicamenteux n'a pu être introduit en raison des craintes d'hépatotoxicité. Dans ces conditions, l'examen de ce critère ne s'avère guère significatif puisque le traitement ne peut pas être une source de succès éventuel en termes de ressources.

Pour l'examen des ressources personnelles à disposition de la recourante la lecture de son parcours professionnel, dans le cas d'une

assurée qui présente de bonnes capacités de communication, et parle couramment le français, est qualifiée de volontaire et mobilisable dans la mesure où les conditions extérieures le permettent, laisse supposer des ressources. Elle puise ses ressources essentiellement auprès du corps médical mais peut aussi compter sur les membres de sa famille pour une partie des tâches ménagères. Les difficultés sont décrites comme essentiellement dans les problématiques physiques. Aussi, les ressources personnelles de la recourante ne paraissent ainsi pas totalement diminuées.

Pour ce qui concerne le contexte social, l'experte a retenu qu'à côté de ses médecins et les membres de sa famille, l'assurée entretenait des contacts avec quelques amies fidèles qu'elle voit de temps et temps. Elle conserve aussi de bonnes relations avec sa famille restée au [...] qu'elle a visité en 2018.

S'agissant de la cohérence, l'experte n'a pas noté d'incohérence entre l'examen clinique, l'anamnèse et le dossier mis à sa disposition. Elle a toutefois relevé que la Dr E. _____ rapportait une détresse importante au vu de la situation familiale actuellement difficile qui se rajoutait aux douleurs.

A l'aune de l'analyse de ces critères, la capacité de travail résiduelle de la recourante a été évaluée par l'experte psychiatre de manière conforme aux exigences de la jurisprudence (cf. consid. 3b supra).

Pour le reste, les experts ont tenu compte des plaintes de l'assurée au regard de leurs propres constatations cliniques. Les experts ont en effet fait une anamnèse complète et rapporté, puis apprécié chaque élément du dossier. Ils ont expliqué les motifs médicaux qui les ont conduits à retenir certains diagnostics et à en écarter d'autres, puis à les considérer comme non incapacitants. Ainsi, l'expert rhumatologue a constaté que la chirurgie en 2017 d'un névrome de Morton du 2^{ème} espace à droite demeurait sans répercussion comme cela était le cas de

l'ostéoporose trabéculaire et corticale pour laquelle il convenait probablement de poursuivre le traitement par Bonviva tous les trois mois dès lors qu'une connectivite pouvait nécessiter un traitement par une corticothérapie augmentant l'ostéoporose. Dans le cadre d'une cholangite biliaire primitive, le diagnostic d'un syndrome de Sjörge n avec polyarthralgies, asthénie et polyneuropathie diffuse des membres inférieurs a été exclu sur la base des examens. L'expert rhumatologue a en outre exclu les autres diagnostics possibles, soit un syndrome lupique ou une polyarthrite rhumatoïde ainsi que toutes les autres spondylarthropathies. Comme déjà dit, à l'examen clinique, l'expert n'a retrouvé aucun signe de fibromyalgie ni aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs. Dans ces conditions, il a conclu à une connectivite inclassée associée à une cholangite biliaire primitive.

Sur le plan gastroentérologique, les diagnostics de cholangite biliaire primitive, diagnostic 2016 (K74.3), dyschésie sur rectocèle (K62.9), surpoids avec BMI à 29,5 kg/m² sur status après bypass gastrique en 2002, status après plusieurs traitements chirurgicaux pour hernies abdominales, inguinales et adhérences (2004-2015) n'intervenaient pas de manière durable sur la capacité de travail. S'agissant de la cholangite biliaire primitive, il n'y avait pas d'évolution depuis la reconnaissance du diagnostic, pas d'insuffisance hépatique et des valeurs de phosphatase alcaline stables sous traitement ; la surveillance était régulière. Le cadre gastroentérologique paraissait adéquat. Un bilan global avec endoscopie haute et basse avait été fait en 2016. La pathologie rectale avec la dyschésie et les troubles du transit avaient également été investigués mais n'étaient pas documentés dans le dossier. Au jour de l'expertise (le 5 juillet 2019), les problèmes étaient réglés de manière conservatrice. Le bypass de 2002 ne posait pas de problème avec le poids qui était en augmentation.

Pour leur évaluation de la capacité de travail, les experts ont examiné les ressources ; ainsi, l'assurée qui parlait parfaitement le français, avait été concierge de plusieurs immeubles, et avait travaillé durablement sans avoir de perte de fonctionnalité. Depuis plusieurs

années, elle avait subi des interventions chirurgicales avec installation de douleurs tant au niveau abdominal qu'articulaire et musculaire qui l'avaient fragilisée. Elle n'avait pas de formation professionnelle et n'exprimait pas le désir de travailler. Néanmoins, elle avait de bonnes capacités de communication, restait volontaire et mobilisable si les circonstances extérieures le permettaient. Ses ressources actuelles constituaient essentiellement son réseau soignant, ainsi que le milieu familial qui restait soutenant et aidant, notamment pour une partie des tâches ménagères. Le pronostic demeurait défavorable à long terme, car étroitement lié à l'état physique et la situation familiale dépendant essentiellement d'événements externes.

Les experts ont également apprécié la cohérence des troubles en fonction du mini CIF-APP. S'il n'y avait pas d'incohérence pour la gastroentérologie et la médecine interne, l'expert rhumatologue a pour sa part estimé que si les diagnostics étaient incontestables, la manière d'exprimer sa douleur et le caractère très démonstratif de son examen clinique étaient également notables. De son côté, l'experte psychiatre notait que la psychiatre traitante depuis 2017 témoignait d'une détresse importante en raison de la situation familiale actuellement difficile qui se surajoutait aux douleurs.

Les experts ont dûment motivé leurs conclusions et, s'en tenant à leur rôle d'experts, ont distingué les éléments subjectifs, basés sur les plaintes exprimées, et leurs propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail. Concluant d'une seule voix à l'existence d'atteintes significatives à la santé physique et psychique entraînant des limitations fonctionnelles et interférant avec la capacité de travail, les experts retiennent une capacité de travail de 100 %, avec une diminution de 20 %, même sur le plan psychique dans un délai de six à huit mois, l'atteinte psychique n'étant pas une maladie pérenne en ne causant pas une invalidité au long cours. Ils ont ainsi listé des limitations fonctionnelles peu nombreuses sur ce plan. L'expertise ne souffre pas de contradictions ni de défauts manifestes.

c) Les pièces médicales établies postérieurement à l'expertise du T._____ ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de celle-ci.

Le Prof. S._____ a posé des diagnostics légèrement différents dans son rapport du 7 novembre 2019 pour un contexte qui paraît toutefois similaire. En tout cas, il n'y a pas d'argument objectif permettant de retenir une situation nouvelle par rapport à ce qui a été constaté quelques mois auparavant par les experts (d'ailleurs le Dr G._____ retient des tendinopathies dans son rapport du 23 décembre 2019) ; notamment la rupture de la coiffe n'est pas objectivée et de toute façon il n'y a pas d'indication qu'une rupture de la coiffe engendrerait d'autres limitations fonctionnelles. Au terme de l'hospitalisation durant dix jours dans le cadre du programme Multimodal, le Prof. S._____ a fait état d'un important déconditionnement et des douleurs associées à des tensions musculaires en proposant un traitement de physiothérapie, ce qui ne peut être retenu dans l'appréciation du caractère invalidant des atteintes de la recourante. Le Prof. S._____ évalue la capacité de travail en fonction de la connectivité active, des tendinopathies multiples (avec rupture de la coiffe) et de la discopathie, soit les mêmes atteintes que celles retenues avec effet sur la capacité de travail par les experts. En outre, les limitations fonctionnelles ne sont pas précisées par le Prof. S._____. Le Dr G._____ en revanche ajoute une limitation fonctionnelle, soit la position statique assise ou debout prolongée au-delà de soixante minutes, sans possibilité de changement de position, estimant qu'une capacité de travail de l'ordre de 50 % persistait et que la recourante pouvait effectuer ses tâches ménagères (rapport du 23 décembre 2019 p. 2).

Le certificat médical du Dr X._____ de novembre 2019 est trop sommaire pour remettre en question les conclusions de l'expertise. Il en est de même pour le certificat du 5 novembre 2019 du Dr P._____. Le Dr X._____ a répondu à des questions posées par l'assurée le 13 décembre 2019, estimant que l'incapacité de travail était totale et que l'assurée ne pouvait pas faire son ménage (ceci de manière contradictoire

avec ce qui a été noté par le Dr G._____), et qui a augmenté les limitations fonctionnelles ; cet avis médical n'est pas davantage objectivé par des arguments nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte par les experts.

La Dre E._____, en novembre 2019, ne pose pas de nouveaux diagnostics et retrace un contexte déjà connu et identifié par les experts. Elle en fait une appréciation différente.

Ces rapports médicaux ont été soumis au SMR en février 2020, lequel a considéré qu'il n'y avait pas de nouvel argument, mais a ajouté la limitation fonctionnelle suggérée par le Dr G._____, en précisant que cela ne modifiait pas la capacité de travail dans une activité adaptée à 80 % dans l'axe rhumatologique. Il y a lieu de valider les conclusions du SMR retenant comme atteinte principale à la santé un trouble d'adaptation évoluant vers un épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques (F32.2), avec comme pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, une connectivité non-spécifique, des lombalgies sur discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1, une tendinite du fascia lata gauche, une tendinite du supra-épineux bilatérale ainsi qu'un Morton 2° et 3° espaces du pied gauche. Sur la base de l'expertise pluridisciplinaire, si l'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle depuis février 2016, une capacité de travail de 60 % existait dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiques (« sentiment d'impuissance, de culpabilité et fatigue ») et de 80 % dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles rhumatologiques (« pas de port de charge ni soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, pas d'effort des bras au-delà de 90° d'abduction, pas de marche prolongée ou de piétinement, éviter les travaux en hauteur et les escaliers »).

Les rapports postérieurs dont se prévaut la recourante ne permettent pas de s'écarter des constatations des experts ou de justifier un complément d'instruction.

Le Prof. S._____ a répondu à des questions posées par l'assurée le 27 avril 2020, indiquant qu'il existait des valeurs avec une vitesse de sédimentation à 60mm/h montrant une activité inflammatoire mais qui n'avait pas été considérée par l'expert rhumatologue. Le Prof. S._____ relève des auto-anticorps anti-nucléaires à 1/5120 hautement positifs en faveur du diagnostic de connectivite non spécifique retenu par l'expert. Il note que les limitations fonctionnelles « touchent presque tout le corps », avec la précision que les valeurs de sédimentation relevées ont certainement un effet systémique et central provoquant à son avis une nette diminution des ressources chez l'assurée incapable d'effectuer les travaux ménagers. Il fait toutefois part d'une possible amélioration compte tenu de l'instauration d'une immunosuppression avec Léflunomide®. Dans son rapport du 11 août 2020, le Prof. S._____ ne pose aucun nouveau diagnostic. Avant l'essai d'une nouvelle immunosuppression (par Cellcept® ou Xelzanz®), un traitement par Lyrica® (2x/200 mg) a été introduit en parallèle à la poursuite de la physiothérapie. Il fait part d'une situation sans évolution indiquant que l'assurée présentait toujours des douleurs généralisées sur la base de plusieurs pathologies dégénératives avancées ainsi qu'une inflammation chronique, diagnostic différentiel dans le cadre d'une maladie de Sjörge avec une cholangite primitive. La capacité de travail est estimée nulle dans toute activité « y compris les activités adaptées compte tenu des faibles ressources de la patiente qui souffre également d'un syndrome douloureux chronique secondaire ». Le 16 octobre 2020, le Prof. S._____ décrit une situation douloureuse persistante de type central avec douleurs généralisées et signes de Waddell positifs. Le traitement par Lyrica® se poursuit alors qu'après l'échec d'Arava®, il n'y a pas d'immunosuppresseur par anti-JAK®, Imurek® ou Cellcept® car la symptomatologie semblait fortement influencée par des douleurs centrales. Dans ces conditions, et indépendamment d'une infection urinaire avec un traitement antibiotique prévu, notant la persistance d'un syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation à 48 mm/h, le spécialiste consulté par la recourante a maintenu son évaluation d'une capacité de travail nulle dans toute activité en raison de différentes pathologies (dégénératives et inflammatoires) qui s'ajoutaient aux ressources « clairement basses et non

suffisantes pour un quelconque métier » mais sans toutefois préciser quelles sont ces ressources. Sur le plan somatique, les experts ont toutefois retenu des limitations fonctionnelles en lien avec les épaules, le rachis, les membres inférieurs dans le cadre d'une atteinte dégénérative et inflammatoire. Ainsi, en l'absence d'élément médical nouveau dont les experts n'auraient pas déjà tenu compte, l'appréciation de la capacité de travail effectuée par le Prof. S. _____ dans ses rapports successifs n'est que l'expression de sa propre interprétation divergente du cas d'un état de fait clairement posé sur le plan médical en juin-juillet 2019. Elle n'est pas susceptible de mettre en doute les constatations et les conclusions des experts sur la capacité de travail résiduelle, ou de justifier un complément d'instruction. Il convient d'ajouter que les résultats d'une IRM de l'épaule droite de juin 2020 comme l'échographie du poignet droit du 9 octobre 2020 sont sans incidence pour l'appréciation de l'état de santé de la recourante au moment de la décision attaquée datant de mars 2020.

Le rapport du 20 mars 2018 du Dr Z. _____, angiologue, mentionne une stabilité des problèmes veineux sans un caractère invalidant comme l'ont retenu les experts.

Le rapport d'IRM de l'avant-pied gauche du 14 mars 2019 montrant un volumineux névrome de Morton au 2^{ème} espace, fortement inflammatoire, mesurant environ dix millimètres n'est pas un élément nouveau. En effet, les experts ont notamment posé le diagnostic de Morton 2° et 3° espaces du pied gauche (G57.6). A l'examen clinique des orteils, il a été évoqué un Morton du pied gauche sur les deuxième et troisième espaces intermétatarsiens avec un Lasègue des orteils positifs et une hypoesthésie sur la pulpe des deuxième et troisième orteils à gauche, avec la précision que l'assurée avait été opérée d'un névrome de Morton du deuxième espace à droite. Elle ne présentait pas de douleurs des talons au cours de cet examen clinique. Il n'a également été retrouvé aucun signe de fibromyalgie ni aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs.

Le rapport médical du 15 juillet 2020 du Dr B._____ fait part d'une aggravation d'une polyneuropathie plus axonale que myélinique, à prédominance sensitive, des membres inférieurs depuis un précédent examen en avril 2018, avec une marche spontanée plus difficile, une apparente impossibilité à tenir sur la pointe de pieds et sur les talons, ainsi qu'une instabilité au Romberg. A l'examen clinique, il était noté une hypoaréflexie achilléenne, une altération en chaussette de la sensibilité superficielle et profonde ainsi que des phénomènes de faiblesse/lâchages de l'ensemble des groupes musculaires. L'examen des membres supérieurs était quant à lui essentiellement caractérisé par un ralentissement des mouvements rapides et des phénomènes de lâchages/faiblesse globaux bilatéraux. L'électroneuromyogramme réalisé en plus de l'examen clinique montrait une petite aggravation des paramètres neurographiques alors que l'étude myographique du membre inférieur droit ne révélait pas d'atteinte neurogène périphérique et/ou myogène susceptibles d'expliquer les déficits moteurs constatés cliniquement. Dans la mesure où des limitations fonctionnelles ont déjà été retenues pour les membres inférieurs (pour rappel, *pas de marche prolongée ou de piétinement et éviter les escaliers*), l'aggravation sur le plan de la motricité des réflexes et de la sensibilité décrite n'a donc pas de répercussion sur la capacité de travail résiduelle telle qu'estimée par les experts. Ce d'autant plus que, de son côté, le Dr B._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Finalement, un rapport du 24 juillet 2020 de densité minérale osseuse (DMO) du 16 juillet réalisée au CHUV montre une ostéoporose en pénétration comparé à des valeurs relevées en 2017 et 2018. Etant rappelé que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références ; TF 8C_590/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.1), il convient de considérer que le rapport dont se prévaut la recourante pour alléguer une possible aggravation doit être écarté et n'est pas pertinent pour le sort du présent litige.

De manière générale et s'agissant des divers rapports versés en cause, il convient notamment de relever que le contexte psycho-social a une influence sur le pronostic de réinsertion ; or ces facteurs psychosociaux et le caractère très démonstratif de l'assurée (expertise, pp. 6, 12, 14 et 20) ne sont pas pris en compte par les médecins traitants dans leurs évaluations de la capacité de travail qui ne sont d'ailleurs pas convergentes. En outre, c'est le lieu de rappeler qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5).

d) Dans un rapport médical du 6 septembre 2019, la Dre B.A. _____, du SMR, suggérait de réévaluer l'état de santé psychique dans un an. Finalement, l'OAI a pris en compte une baisse de rendement de 40 % dans l'exercice d'une activité adaptée aux handicaps physiques et psychiques de l'assurée. Il y a lieu de relever qu'au final l'intimé a retenu une capacité de travail avec baisse de rendement de 40 % alors que l'expert psychiatre avait indiqué que cette capacité de travail pouvait être améliorée jusqu'à une baisse de 20 %. L'intimé a donc retenu une solution favorable à l'assurée.

e) Dans sa décision de refus de prestations du 30 mars 2020, l'OAI n'a pas listé la limitation fonctionnelle supplémentaire qu'il a pourtant accordée dans le courrier d'accompagnement du même jour. Il convient dès lors d'y remédier en réformant d'office la décision attaquée pour intégrer cette limitation fonctionnelle dans la décision qui s'avère sans autre incidence.

Les moyens de la recourante doivent être rejetés.

5. Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

A titre préalable, la recourante sollicite la production des données salariales de l'ESS. Or celles-ci sont facilement accessibles

(www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/enquetes/ess.html). La production du tableau de l'ESS n'est dès lors pas utile.

a) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Ainsi pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

b) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus

(RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

c) aa) En l'occurrence, l'office intimé a comparé un revenu sans invalidité de 43'050 fr. 75 avec un revenu d'invalidité de 29'591 fr. 71 fondé sur les données statistiques résultant de l'ESS (montant qui intégrait une capacité de travail de 60 % exigible et un abattement de 10 % afin de tenir compte des restrictions fonctionnelles restreignant les perspectives salariales de la recourante) pour aboutir à un degré d'invalidité de 31.26 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

La recourante doute du bien-fondé des deux termes pris en compte pour la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé. S'agissant du revenu d'invalidité, elle est d'avis qu'un abattement de 25 % se justifie au vu de l'âge, du taux d'occupation ainsi que des limitations fonctionnelles.

bb) En bonne santé, elle a déclaré qu'elle aurait travaillé à 100 % depuis toujours par nécessité financière. La recourante est mère de

cinq enfants, dont la dernière née le [...] est encore mineure. L'OAI a admis un statu de femme active à plein temps sans qu'il n'existe de motif de s'en écarter.

cc) En ce qui concerne le revenu hypothétique sans invalidité auquel la recourante aurait pu prétendre, avant l'atteinte à la santé, celle-ci se trouvait au chômage ; auparavant, elle travaillait comme concierge non professionnelle à raison de 28h55 par semaine (sur 42h05), soit à un taux de 68,7 % ($[(28,91 / 42,0833) \times 100]$ arrondi à 69 %, pour un salaire de 2'285 fr. par mois (servi treize fois par an) depuis le 1^{er} janvier 2016 (rapport de l'employeur du 10 novembre 2017). Ainsi pour un emploi exercé à plein temps, le revenu sans invalidité est de 43'050 fr. 75 ($[(2'285 \text{ fr.} \times 13) \times 100] / 69$). Indexé à 2017 (+ 0,4 % ; cf. T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2020), le revenu sans invalidité s'élève à 43'222 fr. 95.

dd) Concernant le revenu d'invalidé, la recourante plaide que c'est un abattement de 25 % qui aurait dû être opéré sur le revenu d'invalidé. Un abattement de 10 % est justifié pour tenir compte des limitations fonctionnelles, comme l'a relevé l'intimé, étant rappelé qu'il a déjà été largement tenu compte des restrictions fonctionnelles dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail.

La recourante soutient qu'une reprise du travail ne peut plus être exigée d'elle compte tenu de son âge. Elle se réfère sur ce point, implicitement, à différents arrêts du Tribunal fédéral d'après lesquels il n'est plus exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il retrouve une activité adaptée à son état de santé, sur un marché du travail équilibré. Le point de savoir si l'assurée est proche de la retraite au sens de la jurisprudence dépend de l'âge de celle-ci lorsque l'état de fait a pu être établi, sur le plan médical, par exemple au moment où l'expertise déterminante a été rendue (ATF 138 V 457).

En l'occurrence, lorsque l'état de fait a pu être établi, sur le plan médical, soit à la date de l'avis « audition » du 10 février 2020, la

recourante était âgée de cinquante-trois ans. Elle n'a pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (cf. ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; TF 9C_505/2016 du 6 juillet 2017 consid. 4.1 ; TF 9C_168/2015 du 13 avril 2016 consid. 7.3 et les références). Elle est encore éloignée du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.2 et les références).

En ce qui concerne le taux d'occupation, la recourante ne rend pas vraisemblable qu'elle serait désavantagée sur le plan salarial pour les postes envisagés ; selon la jurisprudence, ce dernier critère peut être pris en compte pour déterminer l'étendue de l'abattement à opérer sur le salaire statistique d'invalidé lorsque le travail à temps partiel se révèle proportionnellement moins rémunéré que le travail à plein temps. Toutefois, le travail à plein temps n'est pas nécessairement proportionnellement mieux rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc ; cf. TF 9C_10/2019 du 29 avril 2019 consid. 5.2.1; TF 8C_49/2018 du 8 novembre 2018 consid. 6.2.2.2). En particulier, selon les statistiques de l'Enquête suisse sur les salaires, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (cf. TF 9C_629/2017 du 28 novembre 2017 consid. 2 ; TF 8C_503/2012 du 3 août 2012 consid. 7 ; TF 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2). Dans le cas présent, il n'y a aucun élément qui justifierait de s'écarter de la jurisprudence selon laquelle le critère du taux d'occupation partiel n'a en règle générale pas d'influence sur le salaire des femmes.

En conséquence de ce qui précède, en prenant en considération le taux d'occupation réduit en plus des limitations fonctionnelles de l'assurée le taux d'abattement de 10 % n'est pas

critiquable, l'intimé n'ayant pas fait usage d'un critère inapproprié ni excédé son pouvoir d'appréciation.

Dans le cas présent, le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2016, de 4'363 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, TA 1, niveau de qualification 1). Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2016, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'548 fr. 40, et pour 2017 à 4'566 fr. 60 (+ 0,4 % ; cf. T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2020). Compte tenu de la diminution de rendement de 40 % retenue par les experts et d'un abattement de 10 % au vu des limitations fonctionnelles restreignant les perspectives salariales de la recourante, le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 2'466 fr. 10 ($[4'566 \text{ fr. } 60 - 40\%] - 10\%$) ce qui correspond à un revenu annuel de 29'593 fr. 20 (2'466 fr. 10 x 12).

d) En comparant un revenu sans invalidité de 43'222 fr. 95 avec un revenu d'invalidé de 29'593 fr. 20, il en résulte un degré d'invalidité de 31,53 % ($[(43'222 \text{ fr. } 95 - 29'593 \text{ fr. } 20) / 43'222 \text{ fr. } 95] \times 100$), arrondi à 32 % (cf. ATF 130 V 121). Ce taux s'avère donc insuffisant pour ouvrir le droit à la rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI) comme l'a retenu à juste titre l'OAI dans sa décision.

6. a) Pour le surplus, la recourante déplore l'absence de mesures d'ordre professionnel en sa faveur.

b) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI (dans sa

teneur en vigueur au 31 décembre 2021) dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

c) En l'occurrence, la recourante présente un degré d'invalidité supérieur à 20 %, de sorte qu'il convient d'examiner son droit à des mesures de réadaptation. La reprise de l'activité habituelle n'étant pas exigible selon les experts, une aide au placement a été octroyée (communication du 30 mars 2020 de l'OAI) et refusée par la recourante (document « PLA - Rapport final du 30 avril 2020). S'agissant de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, on ne voit pas quelle autre mesure aurait pu être proposée à la recourante qui ne dispose d'une capacité de travail résiduelle que dans une activité simple et légère, qui ne nécessite pas de formation particulière, pour permettre de réduire le préjudice économique de celle-ci.

d) aa) Aux termes de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 s. LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent. L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé.

bb) Il est exigible de la recourante de limiter le préjudice en adaptant son activité à ses limitations fonctionnelles, voire à changer son activité dans ce but. Toutefois, la recourante n'a pas besoin d'être guidée vers l'activité dans laquelle elle aura le plus de chance de succès, son état de santé défailant imposant l'exercice d'une activité simple et légère.

e) aa) Selon l'art. 16 al. 1 LAI, l'assuré qui n'a pas encore eu d'activité lucrative et à qui sa formation professionnelle initiale occasionne, du fait de son invalidité, des frais beaucoup plus élevés qu'à un non-invalide a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes.

bb) La recourante dispose d'une longue expérience professionnelle dans le domaine de la conciergerie, et donc de connaissances qu'elle pourrait aisément mettre à profit dans une nouvelle profession, sans qu'une nouvelle formation initiale ne s'avère nécessaire. Le marché du travail offre en effet 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.

f) aa) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

bb) Comme on l'a vu, la recourante, en raison de son état de santé déficient, conserve une capacité de travail partielle (60 %) dans une

activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans ces conditions, conservant une capacité de gain dont on ne voit pas en quoi, et la recourante ne l'expose du reste pas, elle pourrait encore être améliorée de sorte que celle-ci ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement de l'assurance-invalidité. C'est le lieu de rappeler qu'une mesure de reclassement ne peut pas être considérée comme adéquate lorsqu'elle est selon toute vraisemblance vouée à l'échec eu égard aux capacités d'apprentissage limitées de l'assuré constatées par les experts (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1701 p. 457). Or les experts ont constaté que l'intéressée présentait des traits narcissiques qu'elle n'arrivait que difficilement à mobiliser pour maintenir un équilibre à minima et qu'elle n'exprimait pas le désir de travailler (expertise, p. 6). Des mesures de réadaptation étaient difficilement envisageables au jour de l'expertise (le 5 juillet 2019) mais pouvaient être entreprises dès la stabilisation de l'état de santé (expertise, p. 20). On déduit du refus d'une aide au placement au printemps 2020 qu'un reclassement dans une nouvelle profession n'a pas plus de chance d'aboutir chez cette assurée.

g) aa) Conformément à l'art. 18d LAI, une aide en capital peut être allouée à l'assuré invalide susceptible d'être réadapté, afin de lui permettre d'entreprendre ou de développer une activité en tant qu'indépendant, et afin de financer les aménagements nécessaires à cette activité en raison de son invalidité. Le Conseil fédéral règle les modalités et fixe les formes de cette prestation. L'octroi de l'aide en capital ne dépend pas d'un degré d'invalidité minimum déterminé (ATF 97 V 162 consid. 1 ; TF 9C_290/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.2 et les références citées).

Une aide en capital peut être allouée à l'assuré invalide domicilié en Suisse qui est susceptible d'être réadapté, s'il a les connaissances professionnelles et les qualités personnelles qu'exige l'exercice d'une activité indépendante, si les conditions économiques de

l'affaire à entreprendre paraissent garantir de manière durable l'existence de l'assuré et si les bases financières sont saines (art. 7 al. 1 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]). L'aide en capital peut être accordée sans obligation de rembourser ou sous forme de prêt à titre gratuit ou onéreux. Elle peut aussi être accordée sous forme d'installations ou de garanties (art. 7 al. 2 RAI).

bb) En l'espèce, la recourante qui a déclaré aux experts ne pas vouloir travailler n'a logiquement émis aucun souhait d'entreprendre ou de développer une activité en tant qu'indépendante. Dès lors une mesure sous la forme d'aide au capital n'est pas requise dans le cas présent.

h) Au final, à côté d'une aide au placement refusée par la recourante aucune mesure de réadaptation n'est à envisager dans le cas présent.

7. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante dans ses écritures - à savoir, la réalisation d'une expertise judiciaire neutre - doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque 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 conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 130 II 425 consid. 2.1).

8. a) En définitive, le recours doit être rejeté. La décision attaquée doit cependant être réformée en ce sens que la limitation fonctionnelle manquante, à savoir « le changement de position debout/assis chaque 60 minutes » doit être ajoutée.

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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à

400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 30 mars 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée d'office en ce sens que la limitation fonctionnelle manquante, à savoir « le changement de position debout/assis chaque 60 minutes », doit être ajoutée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de V._____.

- 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 :

- CAP Protection juridique (pour V. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :