

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 avril 2021

Composition : M. NEU, président
Mmes Dormond Béguelin et Silva, assesseurs
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI ; 43 al. 1 et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. a) R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé pour le compte de l'entreprise N._____ SA en qualité d'hôtesse d'accueil (téléphone et réception), à un taux de 50 %, dès le 1^{er} avril 2001. Elle a perçu un salaire mensuel brut, versé treize fois, à concurrence de 2'766 fr. dès le 1^{er} avril 2011.

Le 15 septembre 2011, l'employeur a adressé un formulaire de communication de détection précoce concernant l'assurée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'une incapacité de travail complète dès le 14 juin 2011.

Le 17 novembre 2011, l'assurée a, elle-même, déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, indiquant des problèmes de dos existant depuis environ deux ans.

Dans un rapport du 6 décembre 2011, la Dre W._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des lombosciatalgies droites dans un contexte de lombalgies chroniques invalidantes depuis 2009, ainsi qu'un état dépressif réactionnel important depuis 2011. Le pronostic était défavorable, compte tenu de l'état dépressif réactionnel, lequel s'était développé en raison de la chronicisation de la symptomatologie. Selon cette médecin, l'activité habituelle restait exigible, au taux contractuel de 40 % exercé précédemment, à condition que l'assurée puisse alterner la position assise / debout, qu'elle évite le port de charge de plus de 5 kg et que la surcharge de travail et de stress soit diminuée.

Le 12 décembre 2011, l'assurance perte de gain de l'intéressée a transmis son dossier médical à l'OAI, lequel contenait un rapport du 7 novembre 2011 du Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil. Celui-ci avait indiqué qu'en sus des lombalgies basses irradiant de la fesse droite jusqu'à la moitié de la cuisse droite, l'assurée se plaignait d'une baisse de l'humeur, d'une perte de

poids, d'un état de tristesse et de troubles du sommeil, symptômes qu'elle mettait en relation avec ses douleurs chroniques. Selon ce médecin, dans une activité légère permettant l'alternance des positions assis / debout, l'intéressée devrait être apte à reprendre une activité à un taux d'au moins 50 % ; une reconversion professionnelle n'entraîne pas en ligne de compte. Il a toutefois ajouté qu'un avis psychiatrique serait utile si l'état dépressif persistait, celui-ci contribuant certainement à aggraver l'état actuel et, en particulier, douloureux.

Aux termes d'un rapport du 31 janvier 2012, la Dre U._____, spécialiste en médecine interne générale et nouvelle médecin-traitante, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgie droite associée à des lombalgies chroniques invalidantes (existant depuis 2009), et d'état dépressif (existant depuis le mois de mai 2011). S'agissant des limitations psychiques, elle a relevé que l'état dépressif important semblait être une restriction à l'activité habituelle, laquelle restait vraisemblablement exigible pour un taux variant entre 20 % et 40 %, selon l'adaptation du poste de travail. De même, l'assurée était actuellement victime d'une période d'acutisation des douleurs et d'augmentation de l'état dépressif, en réaction à l'ouverture d'une procédure de divorce. Enfin, la Dre U._____ a indiqué qu'un suivi psychiatrique allait être débuté.

Aux termes d'un rapport du 4 novembre 2012, le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-traitant, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (CIM-10 [ci-après : Classification internationale des maladies] F 32.1). Il a décrit un épisode anxio-dépressif en amélioration, dans le contexte de douleurs chroniques du dos et d'une séparation avec un époux infidèle. Toutefois, l'assurée ne parvenait à dormir que sous fortes doses de médicaments et connaissait un état d'épuisement et de fatigue journalière, ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration, faisant beaucoup d'erreurs dans le cadre de son travail.

Par courrier du 27 mars 2013, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée, avec effet au 30 juin 2013.

Dans son rapport du 7 mai 2013, le Dr H. _____ a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif oscillant entre léger et moyen depuis 2011 (CIM-10 F 32), ainsi que de lombosciatalgies. Il a indiqué suivre l'assurée depuis le 24 février 2012, à raison de deux à quatre séances par mois, et que depuis bientôt trois ans, celle-ci souffrait de douleurs dorsales, lesquelles étaient devenues invalidantes, ce qui avait eu pour effet qu'elle ne pouvait plus ni sortir, ni passer du temps en vacances avec sa famille. Ces circonstances avaient favorisé l'éloignement avec son époux, et, finalement, conduit à une séparation. En réaction, l'intéressée avait développé un état dépressif accompagné d'insomnie, d'un manque d'élan vital, d'une perte d'intérêts, de sentiments d'indifférence et de troubles cognitifs (capacités limitées de concentration / d'attention, mnésiques, d'organisation / de planification et d'adaptation aux changements). L'état de santé variait actuellement en fonction de l'évolution du conflit conjugal. Ce médecin a conclu son rapport, en indiquant que l'amélioration avec les antidépresseurs était nette, mais demeurait toutefois partielle, avec toujours des péjorations en fonction des tensions existant avec le mari.

Du 7 octobre au 25 octobre 2013, l'assurée a été hospitalisée auprès de l'unité de réhabilitation du département de l'appareil locomoteur du Centre V. _____ (ci-après : le V. _____). Par rapport médical du 7 novembre 2013, la Dre G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics principaux de lombalgie chronique avec pseudosciatalgies droites dans un contexte de troubles statiques étagés (discopathie L4-L5, L5-S1 et arthrose postérieure aux mêmes niveaux) et d'hypoextensibilité musculaire, ainsi que d'omalgie droite chronique sur tendinopathie calcifiante. Au titre de diagnostic secondaire, elle a relevé un probable trouble de la personnalité non spécifié avec état anxiodépressif moyen. La capacité de travail du point de vue purement musculo-squelettique pourrait être totale dans un poste de travail adapté aux limitations fonctionnelles. L'état psychique, ainsi que

probablement les circonstances contextuelles, correspondaient cependant à des facteurs défavorables à la réinsertion professionnelle.

Dans son rapport du 15 mai 2014, le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et nouveau médecin-traitant de l'assurée à partir du 6 novembre 2013 – celle-ci étant insatisfaite de son traitement psychiatrique précédent –, a diagnostiqué un trouble dépressif. Il a décrit que sur le plan psychique, sa patiente avait expliqué avoir développé des manifestations anxieuses (crises de larmes durant lesquelles elle se sentait angoissée, en perte de contrôle de ses pensées, et éprouvait des palpitations et des tremblements), ainsi qu'un état d'abattement correspondant à un tableau dépressif. Elle ressentait notamment une perte de ses envies et de ses intérêts, beaucoup de fatigue, une hypersomnie (avec cependant un sommeil perturbé), de l'agressivité et du découragement. De plus, dans l'ensemble de ses relations, l'assurée vivait des sentiments négatifs et se sentait mal traitée. D'après ce psychiatre, le pronostic était cependant favorable si l'assurée pouvait bénéficier d'un traitement d'antidépresseur et de psychothérapie conduit sur une durée et une intensité suffisantes. Pour ce médecin, à terme, il n'existait pas de contre-indication à la reprise progressive de l'activité habituelle, laquelle devrait mener à la récupération de la pleine capacité de travail, moyennant certaines restrictions et selon l'évolution somatique.

b) Dans un rapport d'examens cliniques rhumatologique et psychiatrique réalisés les 10 juillet et 25 août 2014 auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), établi le 29 août 2014, la Dre A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr EE._____, spécialiste en rhumatologie, ont indiqué ce qui suit (sic) :

« **DIAGNOSTICS**

- *avec répercussion durable sur la capacité de travail*
 - LOMBOSCIATALGIES D DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS AVEC MINIME HERNIE DISCALE **L5-S1 G**, DISCRET RÉTROLISTHÉSIS **L5/S1** ET STATUS APRÈS ANCIENNE FRACTURE VERTÉBRALE DE L4. **M 54.4**
 - CERVICOBRACHIALGIES D DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS AVEC STATUS APRÈS TENDINOPATHIE CALCIFIANTE DE L'ÉPAULE. **M 54.2, M 75**

- AUCUN DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE
- *sans répercussion sur la capacité de travail*
[...]
- TROUBLE DE L'ADAPTATION AVEC PRÉDOMINANCE DE LA PERTURBATION D'AUTRES ÉMOTIONS. **F43.23** [...]

APPRECIATION DU CAS

[...] l'assurée présente donc des symptômes de la lignée dépressive, mais ces symptômes n'atteignent pas l'intensité d'un épisode dépressif majeur. L'assurée présente donc un trouble de l'adaptation survenu dans le cadre de la séparation. [...] Donc, l'assurée ne présente pas de diagnostics psychiatriques avec répercussion durable sur la capacité de travail. [...]

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE :

50 % COMME HÔTESSE D'ACCUEIL ET RÉCEPTIONNISTE TRAVAILLANT EN POSITION ASSISE SANS POSSIBILITÉ D'ALTERNER LES POSITIONS.

70 % COMME HÔTESSE D'ACCUEIL ET RÉCEPTIONNISTE TRAVAILLANT EN POSITION ASSISE AVEC POSSIBILITÉ D'ALTERNER LES POSITIONS.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE :

70 % DEPUIS LE 13 6 2011. »

c) A teneur d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 4 décembre 2014, l'enquêtrice a retenu que le statut de l'assurée était de 100 % active, dès le mois de novembre 2011, en raison de sa séparation avec son époux et pour des raisons financières évidentes. Avant cette date, elle devait être considérée comme 50 % active et 50 % ménagère.

Dans un rapport du 23 février 2015, le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, a notamment diagnostiqué avec un effet sur la capacité de travail un anévrisme carotidien droit - non symptomatique, de découverte fortuite -, des céphalées migraineuses prolongées - avec / sans aura et accompagnées de cervicalgies à prédominance droite, d'hémisyndrome sensitivo-moteur facio-brachio-crural droit sur aura migraineuse prolongée très probable (depuis janvier 2015) et de composante de céphalées tensionnelles -, une fibromyalgie et un trouble de la personnalité non spécifié avec antécédent de dépression.

Dans un courrier du 19 avril 2015, l'assurée, sous la plume de son conseil, a fait part de ses griefs à l'encontre de l'examen clinique psychiatrique mené en date du 10 juillet 2014 par la Dre A._____. Elle a repris en détails son historique médical, familial, professionnel et social, ainsi qu'exposé les difficultés que ses limitations fonctionnelles représentaient dans la recherche d'un nouvel emploi. Elle a requis qu'une nouvelle expertise soit réalisée, dans la mesure où la capacité de travail exigible de 70 %, retenue par le SMR, allait à l'encontre des différents rapports médicaux versés au dossier et de ses capacités actuelles.

Dans un rapport du 28 avril 2015, le Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, a diagnostiqué, avec un effet sur la capacité de travail, des troubles douloureux associés à des facteurs psychologiques et affections médicales générales, ainsi qu'un hémisyndrome sensitivo-moteur droit intermittent facio — brachio — crural droit dans un contexte d'anévrisme sacculaire cérébral (depuis 2015), des lombosciatalgies chroniques droites et des cervicobrachialgies gauches et céphalées tensionnelle. Il a estimé que la capacité de travail était nulle que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, qu'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, et que l'état de santé s'était aggravé depuis l'accident vasculaire cérébral, surtout s'agissant du contexte psychologique. Il a en particulier indiqué ce qui suit (sic) :

« Pronostic : Réserve »

[...] Malgré ces facteurs de risque, on ne peut réellement expliquer l'importance du handicap fonctionnel, sans aborder une souffrance d'ordre psychologique. Bien que durant tout l'entretien, la patiente n'ait pas démontré de signe de simulation, on reste surpris par la discordance existant entre la pauvreté de l'examen palpatoire et le résultat des épreuves fonctionnelles. Cette discordance, chez un individu démontrant beaucoup de difficultés à exprimer son monde émotionnel, me laisse entrevoir un très grand désarroi [...]. Dans ce contexte intriqué, elle ne dispose pas actuellement de la maturité nécessaire pour procéder à un sevrage médicamenteux, ni ne détient l'énergie nécessaire pour envisager une réinsertion professionnelle. Elle devrait disposer toujours d'approches combinées de recadrage psychologique et d'écoute. [...]

Compte tenu des difficultés à apprécier l'exigibilité professionnelle, une appréciation psychiatrique s'impose, allée par ailleurs à une appréciation dans un centre d'intégration professionnelle pour bien déterminer la capacité et la résistance psychologique à assumer une telle démarche de réinsertion au long terme. Durant toute cette démarche, un suivi psychologique s'avère indispensable. [...] »

Aux termes de son rapport du 17 juin 2015, le Dr T._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que les limitations fonctionnelles actuelles étaient essentiellement liées à des céphalées épisodiques, parfois invalidantes, de type « cluster headache ». Par ailleurs, sur le plan purement neurologique, il a considéré qu'une capacité de travail dans l'activité habituelle de réceptionniste, ainsi que dans une activité adaptée à l'état de santé, était tout à fait possible, avec toutefois une diminution du rendement entre 30 % et 50 %, selon la survenue des céphalées (lesquelles apparaissaient de manière assez épisodique). Il a finalement précisé ne pas connaître suffisamment l'assurée, ne l'ayant vue que de manière circonstanciée, pour se prononcer sur l'existence d'une comorbidité psychiatrique associée.

d) Dans un rapport du 26 mai 2016, la Dre P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil auprès du SMR, a considéré qu'il convenait d'ordonner une expertise psychiatrique et rhumatologique, au vu des rapports médicaux des Drs Q._____ et T._____, de l'absence de documents médicaux récents attestant l'état de santé sur le plan rhumatologique et psychiatrique depuis l'évaluation bidisciplinaire du mois d'août 2014, et de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes.

Par décision du 9 juin 2017, l'OAI a communiqué à l'assurée mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire, comportant des volets de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique.

Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 13 octobre 2017, la Dre FF._____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr AA._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le

Dr GG._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, tous experts auprès du X._____, ont indiqué ce qui suit (sic) :

« [...] **Plaintes actuelles** [...]

Sur le plan psychique [...]

[...] elle [l'expertisée] pratique des activités qui lui apportent de l'intérêt. L'expertisée prend plaisir à lire. Elle fait régulièrement de la méditation, de la sophrologie, du Qi Gong, des techniques de relaxation de type Jacobson. [...]

Symptômes somatiques de la dépression

L'expertisée présente une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables. Cependant elle continue à rechercher, à pratiquer les activités qui lui procurent de l'intérêt et du plaisir. L'expertisée n'a pas un manque de réactivité émotionnelle aux événements et aux circonstances habituellement agréables. Elle n'a pas un réveil matinal précoce typique de la dépression sévère. L'expertisée n'a pas une dépression plus marquée le matin de manière systématique. Il n'y pas d'éléments objectifs en faveur d'un ralentissement psychomoteur, d'une agitation psychomotrice marquée. Il n'y a pas de perte de poids depuis plus d'un an. La libido est très diminuée. A l'échelle Montgomery and Asberg de la dépression (MADRS), le score est de 21.

Nous pouvons exclure une dépression sévère. Il s'agit d'un épisode dépressif moyen. [...]

Le trouble panique a complètement disparu depuis plus d'un an. [...]

L'expertisée n'a pas d'anxiété flottante, autrement dit une anxiété non fixée. Elle n'a pas des sentiments permanents de nervosité, des tremblements, des tensions musculaires. L'expertisée n'a pas de sensation de tête vide. Nous pouvons exclure l'anxiété généralisée, F41.1.

L'expertisée n'a pas de troubles anxieux et dépressifs mixtes, F41.2 car l'épisode dépressif est suffisamment intense pour porter ce diagnostic.

G. SYNTHÈSE ET DISCUSSION [...]

Situation actuelle et conclusions [...]

Sur le plan psychique

Du point de vue psychiatrique, l'expertisée présente un épisode dépressif moyen.

Dès le 06.07.2011, il est mentionné un « état dépressif réactionnel » par la doctoresse W._____, spécialiste en rhumatologie. Ce n'est pas un diagnostic reconnu dans la CIM 10, et les symptômes ne sont pas décrits. De plus l'intensité de l'épisode dépressif n'est pas mentionnée. Egalement il n'est pas mentionné la part d'incapacité de travail qui relève du diagnostic psychiatrique. Dans les suites, il est mentionné des douleurs traitées par physiothérapie suite à l'inefficacité des infiltrations.

Le 07.11.2011 Le rapport médical du Dr F._____, médecin-conseil, pour [...] mentionne une baisse de l'humeur, perte de poids, état de tristesse et troubles du sommeil qu'elle met en relation avec ses douleurs chroniques. Ici aussi le diagnostic des troubles psychiques n'est pas clair et la description symptomatique insuffisante pour porter un diagnostic et qualifier l'intensité d'un éventuel épisode dépressif. Il est fait mention que le trouble psychique est secondaire aux troubles physiques et non l'inverse. De plus le médecin souhaite un avis spécialisé, ce qui démontre que les troubles psychiques ne sont ni francs, ni intenses pour permettre à tout médecin de qualifier l'intensité de l'épisode dépressif.

Le 06.12.2011 le rapport médical de la Dre W._____, rhumatologue, pour l'OAI du canton de Vaud à Vevey mentionne :

« Au niveau des restrictions psychiques : il faut noter un état dépressif important qui s'est instauré depuis le printemps 2011, réactionnel à la chronicisation de sa problématique lombaire ». De nouveau les troubles psychiques ne sont pas antérieurs aux troubles somatiques.

Il est fait mention le 31.01.2012 dans le **rapport médical de la Dre U._____, médecine interne, pour l'OAI du canton de Vaud, Vevey** : une « acutisation des douleurs dues à une augmentation de cet état dépressif suite à une mise en route d'une procédure de divorce ». Il s'agit d'une aggravation de l'épisode dépressif suite à la procédure de divorce. Le processus de majoration des douleurs au cours de la dépression est classique. Mais là, la perception douloureuse est aggravée par le trouble psychique et non l'inverse. [...]

Le 07.05.2013, le rapport médical du Dr H._____, psychiatre, pour l'OAI du canton de Vaud, Vevey mentionne : « épisode dépressif oscillant entre léger et moyen F32, depuis 2011 ».

Le 07.11.2013, le rapport médical de la Dre G._____, unité du rachis, V._____, pour la Dre U._____, [...], mentionne : « La poursuite du traitement par Cipralext et somnifères est également proposé par notre collègue psychiatre, posant le diagnostic d'un probable état dépressif moyen ainsi que de possibles troubles de la personnalité non spécifiés ».

Le 15.05.2014, le rapport médical du Dr E._____, psychiatre, pour l'OAI du canton de Vaud, Vevey, mentionne : « Diagnostic avec effet sur la capacité de travail : trouble dépressif. Sentiments négatifs, se sent maltraitée, pas considérée, a le sentiment qu'on ne veut pas son bien, qu'on ne la comprend pas ». Tout cela est subjectif. « Sur le plan psychiatrique, moyennant des mesures de réinsertion, on devrait pouvoir s'attendre à la récupération progressive de la pleine capacité de travail, le tableau anxieux et dépressif ayant certainement beaucoup à gagner d'une amélioration de sa situation professionnelle ».

Le 23.02.2015, le rapport médical du Dr Q._____, neurologue, pour l'OAI du canton de Vaud, Vevey. « Trouble de la personnalité non spécifié avec antécédent de dépression ». Il s'agirait ici d'une rémission clinique de l'épisode dépressif.

Plus loin, « connue pour état dépressif et trouble de la personnalité, non spécifié, fibromyalgie (Pr HH._____, Dr [...], neurochirurgie, le 13.03.2015) ».

Nous ne retenons pas de trouble de la personnalité constitué. L'épisode dépressif est présent depuis novembre 2011, mais il fluctue de moyen à léger. Nous retenons le diagnostic d'épisode dépressif moyen, ce qui est cohérent avec les avis des psychiatres qui ont suivi l'expertisée, et aussi avec le score de MADRS de 21.

En conclusion

Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail retenus au terme de ce bilan clinique interdisciplinaire sont :

- Lombosciatalgies droites récidivantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec minime hernie discale L5-S1 G, discret rétrolisthésis L5-S1 et status après ancienne fracture vertébrale de L4. M54.4.
- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11

Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail retenus au terme de ce bilan clinique interdisciplinaire sont :

- Status après coiling d'un anévrisme carotido-cave droit sacculaire (13.01.2015)
- Hémisindrome sensitivomoteur droit le 10.01.2015, vraisemblablement migraineux
- Céphalées récidivantes d'origine mixte, migraineuses et tensionnelles
- Cervicobrachialgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis (C5-C6) avec status après tendinopathie calcifiante de l'épaule.
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool F10.20, actuellement abstient, primaire.

Les critères pour poser le diagnostic de fibromyalgie ne sont pas retrouvés lors de la présente expertise.

La capacité de travail retenue dans l'activité d'hôtesse d'accueil et réceptionniste, en position assise, sans possibilité de se lever de 50 %, et de 70 % dans une activité adaptée retenue précédemment depuis le 13.06.2011 est confirmée. Cette capacité de travail tient compte de l'avis du Dr T._____, neurologue, du 17.06.2015, de l'évolution subséquente du traitement par coiling de l'anévrisme carotidien. Il tient compte de l'évolution subséquente de l'état de santé de l'assurée après l'avis du SMR du 10.10.2014. De l'avis même de l'assurée, son état de santé s'est stabilisé depuis cette période.

H. REPONSES AUX QUESTIONS [...]

III. DIAGNOSTICS [...]

3. Interactions des diagnostics

Nous ne pouvons exclure que l'épisode dépressif, lorsqu'il est plus intense, puisse augmenter les sensations douloureuses. [...]

IV. TRAITEMENT ET READAPTATION

1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?

La thérapie prescrite jusqu'à présent a été conduite dans les règles de l'art. Du point de vue psychiatrique, le dosage médicamenteux montre l'absence de taux plasmatique efficace de l'antidépresseur et de l'anxiolytique prescrit, elle n'adhère donc pas au traitement psychotrope.

En effet les taux plasmatiques sont trop bas pour envisager une activité enzymatique hépatique trop rapide.

L'expertisée reconnaît qu'elle n'a pas de réelle demande de soins psychiatriques.

2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assurée au cours des thérapies effectuées

[...] Actuellement elle ne prend plus un traitement psychotrope anxiolytique et antidépresseur aux doses reconnues comme thérapeutiques.

3. Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assurée

[...] Etant donné que l'état dépressif est actuellement persistant, qu'il évolue et fluctue depuis 2011, le suivi par le psychiatre et l'adaptation du traitement antidépresseur doit avoir lieu. Le risque d'aggravation de la dépression, ou de récurrence ultérieure plus intense ne peut être exclu et motive les soins psychiatriques psychothérapeutiques. [...]

VI. CAPACITE DE TRAVAIL [...]

7. Limitations fonctionnelles en relation avec les troubles constatés

Les limitations fonctionnelles sont les positions fixes, assises ou debout de manière prolongée, afin d'éviter une position enraidissante et douloureuse de la colonne vertébrale, sans port de charge répété supérieur à 5 kg en raison des lombalgies et des douleurs anciennes de l'épaule droite, sans déplacement répété dans les escaliers compte tenu du déficit des extenseurs des orteils, en évitant les mouvements de rotation répétés du rachis lombaire et du rachis cervical. »

Dans son avis SMR du 30 octobre 2017, la Dre P. _____ s'est ralliée aux conclusions des experts du X. _____, et a, en outre, retenu que l'épisode dépressif moyen présent depuis 2011 ne relevait pas d'une atteinte invalidante de longue durée, en raison de son évolution fluctuante de moyen à léger.

Selon l'extrait de son compte individuel du 14 août 2018, demandé par l'OAI, l'assurée avait perçu des revenus pour une activité déployée auprès de Z. _____ SA de 4'631 fr. en 2000 ; de 2'668 fr. et 758 fr., soit un total de 3'426 fr., en 2005 ; de 2'884 fr., 771 fr. et 514 fr.,

soit un total de 4'169 fr., en 2006 ; de 868 fr., 918 fr. et 1'470 fr., soit un total de 3'256 fr., en 2007 ; de 3'578 fr. en 2008 ; de 2'099 fr. en 2009 ; de 362 fr., 1'393 fr. et 548 fr., soit un total de 2'303 fr., en 2010 ; et de 1'399 fr. en 2011.

Dans une note d'entretien du 29 août 2018, une collaboratrice de l'OAI a mentionné que l'assurée avait indiqué ne plus être suivie par un psychiatre, dans la mesure où elle n'était pas satisfaite de sa prise en charge et qu'il était difficile pour elle de « remuer le passé ».

Dans un rapport final REA du 27 novembre 2018, une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a reconnu, se référant au rapport d'enquête ménagère du 4 décembre 2014, que l'assurée avait un statut d'active de 50 % jusqu'au 31 octobre 2011, respectivement de 100 % dès le 1^{er} novembre 2011. Cette augmentation se justifiait en raison de sa séparation avec son époux et des difficultés financières qui en découlaient. De même, cette spécialiste a indiqué qu'en parallèle de son activité principale à 50 % auprès de N. _____ SA, l'intéressée avait travaillé, sur appel, en qualité de monitrice pour le compte d'un club de fitness. Le revenu annuel moyen (de 2006 à 2012) pour cette activité n'avait cependant jamais été supérieur à 2'273 francs. Ce gain n'était pas significatif et en considérant que le statut d'active était de 50 % à l'époque, il n'y avait pas à prendre en compte ce montant pour déterminer le revenu sans invalidité de l'assurée. De même, une fois son statut d'active augmenté à 100 %, il n'était pas certain que l'intéressée aurait maintenu cette activité auxiliaire.

e) Par projet de décision du 29 novembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de lui accorder un quart de rente dès le 1^{er} juin 2012. Il a retenu que l'incapacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle ; toutefois, une capacité de travail de 70 % pouvait raisonnablement être exigée dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité s'élevait à 44.62 %, arrondi à 45 %, lequel ouvrait ainsi le droit à un quart de rente.

Dans son courrier du 12 avril 2019, l'assurée a formulé ses objections à l'encontre de ce préavis, faisant valoir que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une quelconque activité professionnelle. A cet égard, elle a produit un rapport du 29 mars 2019 du Prof BB._____, lequel diagnostiquait une tendinite chronique du long chef du biceps due à des calcifications, une arthrose acromio-claviculaire sévère droite, des céphalées persistantes post-interventionnelles (coiling pour anévrisme) et une fibromyalgie. Ce médecin avait indiqué qu'il n'y avait actuellement pas de capacité de travail, en raison de l'inflammation aiguë du long chef du biceps et de l'épanchement péri-tendineux. Ces atteintes entraînent, par ailleurs, l'impossibilité pour l'assurée d'utiliser son bras droit au-delà de 30 minutes.

f) Aux termes de son rapport SMR du 12 août 2019, la Dre P._____ a suggéré qu'une expertise rhumatologique et neurologique soit réalisée, étant donné que les atteintes ostéo-articulaires étaient évolutives et l'absence, d'une part, d'un concilium rhumatologique (appuyé par des éléments objectifs et corroborés par des images radiologiques récentes) justifiant une incapacité de travail de longue durée, et, d'autre part, d'une évaluation neurologique approfondie, justifiée en l'occurrence par les céphalées persistantes post-interventionnelles (opération de l'anévrisme).

Un rapport d'expertise du 12 février 2020, comportant une évaluation consensuelle, un rapport rhumatologique et un rapport neurologique, a été établi par le Dr M._____, spécialiste en neurologie, et la Dre D._____, spécialiste en rhumatologie. Ceux-ci ont retenu les diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail de cervico-brachialgies droites (sans substrat neurologique objectivable), de lombosciatalgies droites chroniques (dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec discopathie et discrets signes de type Modic I en L4-L5, discopathie et discret spondylolisthésis L5-S1, ainsi qu'une arthrose des articulaires postérieures, surtout en L4-L5, sans évolution

significative entre les imageries par résonance magnétique [IRM]), de céphalées chronifiées d'origine indéterminée (probables céphalées tensionnelles dans cadre d'un état anxio-dépressif avec somatisation douloureuse) et de douleurs de l'épaule droite récidivantes (pour lesquelles une arthro-CT réalisée au mois de septembre 2019 révélait une arthrose acromio-claviculaire, mais sans atteinte de la coiffe des rotateurs ni calcifications). Ces experts ont indiqué, dans l'évaluation consensuelle du 12 février 2020, ce qui suit (sic) :

« 4. EVALUATION CONSENSUELLE

4.1 Evaluation médicale interdisciplinaire

[...] Les troubles au niveau de l'épaule droite en rapport avec une tendinite calcifiante ne sont pas mis en évidence à ce jour, ils n'étaient pas davantage présents à l'arthroscanner du 27.09.2019.

[...] nous n'avons pas d'éléments cliniques et paracliniques en direction d'un processus neurologique pathologique expliquant les cervico-brachialgies et les lombosciatalgies.

En ce qui concerne les épisodes d'hémi syndrome sensitivo-moteur droit, là encore, nous n'avons aucun élément clinique et paraclinique permettant d'expliquer ces troubles de façon probable ou certaine par une pathologie neurologique.

Comme l'ont évoqué les neurologues amenés à examiner R._____, on peut évoquer l'éventualité de Cluster Headaches, de migraines ou d'autres formes de céphalées somatogènes, mais il faut bien dire que, dans le contexte global, l'atypie des maux de tête et leur chronicité évoqueraient plus des céphalées tensionnelles entrant dans le cadre d'un état anxio-dépressif / d'un trouble douloureux somatoforme.

Par ailleurs, le syndrome douloureux que présente R._____ ne peut être expliqué dans tous ses aspects par la présente expertise rhumatologique. Les critères pour poser le diagnostic de fibromyalgie ne sont pas retrouvés. En effet, on note la présence de 10 / 18 de point de fibromyalgie, mais noyés au milieu d'autres points douloureux étagés non spécifiques, ne permettant pas de retenir ce diagnostic.

A noter que lors des expertises précédentes, une évaluation psychiatrique a joué un rôle dans la détermination de la capacité de travail. Il n'y a pas d'avis psychiatrique dans cette expertise. [...]

4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Il conviendrait d'avoir l'avis d'un psychiatre sur la situation psychique actuelle de R._____ et la participation éventuelle du psychisme sur les troubles « somatiques ».

4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les ressources somatiques semblent présentes, mais un avis d'un psychiatre serait souhaitable pour le reste. [...]

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

70 %

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)

Dans un poste de travail adapté, sa capacité de travail est de 100 % car il n'y a pas d'éléments objectifs pour justifier d'une diminution du temps de travail, mais une diminution de rendement de 30 % est à prendre en compte en raison des changements de positions très fréquents nécessaires, et ce dès le 13.06.2011 ».

Dans le rapport neurologique du 12 février 2020, le Dr M. _____ a en particulier relevé qu'au cours de l'examen, l'assurée lui avait indiqué qu'elle s'estimait totalement incapable d'assumer son activité professionnelle préalable, ainsi qu'une autre activité professionnelle. Cet expert a considéré que dans le contexte global des cervico-brachialgies, des lombosciatalgies et des céphalées, il existait d'assez nombreux éléments évoquant chez cette patiente un syndrome somatoforme douloureux expliquant au moins en partie les maux de tête et les héli syndromes récidivants sensitivo-moteurs droits, ainsi que les cervico-brachialgies et les lombosciatalgies.

A teneur de son rapport rhumatologique du 12 février 2020, la Dre D. _____ a mentionné que l'expertisée lui avait expliqué que suite aux douleurs chroniques et à différents problèmes dans sa vie personnelle, notamment son divorce et la perte de son emploi, elle avait développé en 2011 un état dépressif, avait été suivie par des psychiatres depuis 2011 pendant deux à trois ans, puis interrompu son traitement en raison d'une amélioration. Cette experte a constaté que les ressources somatiques semblaient présentes, mais qu'un avis psychiatrique était souhaitable pour le reste.

Dans un rapport SMR du 23 mars 2020, la Dre P. _____ a, dans un premier temps, indiqué que dans son rapport du 29 mars 2019, le Prof BB. _____ ne mentionnait pas d'atteinte psychologique. Dans un second temps et s'agissant du rapport d'expertise du 12 février 2020, la médecin-conseil a relevé que, si la capacité de travail était estimée à 70 %

depuis le 13 juin 2011 sur le plan purement neurologique et rhumatologique, les experts suggéraient qu'un avis psychiatrique soit requis, au motif d'une éventuelle participation psychiatrique aux troubles somatiques. Selon la Dre P._____, dès lors que l'assurée pouvait assumer son quotidien (en outre, sortir et promener son chien, faire un peu de ménage et de cuisine, faire quelques trajets en voiture, lire énormément, pratiquer des exercices de méditation et de respiration et s'occuper des tâches administratives), ainsi que de l'absence d'un séjour hospitalier spécifique et de documents médicaux attestant un changement de l'état de santé psychologique / psychiatrique depuis le mois d'octobre 2017 - c'est-à-dire à la date de la dernière expertise pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique -, il fallait admettre que l'état de santé psychique était stationnaire depuis le mois d'octobre 2017.

g) Par décision du 8 avril 2020, l'OAI a confirmé son préavis du 29 novembre 2018 et octroyé à l'assurée le droit à un quart de rente dès le 1^{er} juin 2012. Il a considéré que l'intéressée présentait une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 14 juin 2011, et qu'à l'échéance du délai d'attente légal d'une année, soit le 14 juin 2012, l'incapacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 70 % pouvait raisonnablement être exigée dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles. Après comparaison du revenu sans invalidité (soit un montant de 74'742 fr. 40 en 2012, celui-ci ne prenant en compte que le revenu perçu auprès de N._____ SA) et du gain avec invalidité (estimé à 41'394 fr. 34 en 2012, sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique s'agissant d'une femme pouvant exercer des activités non qualifiées du domaine de la production et des services), sans application d'un abattement supplémentaire, le degré d'invalidité de l'intéressée s'élevait à 44.62 %, arrondi à 45 %. Ce taux d'invalidité ouvrait dès lors le droit à un quart de rente.

B. Par acte du 19 mai 2020, R._____, représentée par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 8 avril précédent. Elle a conclu,

principalement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour reprise de l'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants ; subsidiairement, à sa réforme, en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée dès le 1^{er} juin 2012, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} juin 2014 ; plus subsidiairement, à sa réforme en ce sens que des mesures professionnelles lui soient accordées. A titre de mesures d'instruction, la recourante a requis, à titre principal, qu'une expertise pluridisciplinaire neurologique, rhumatologique et psychiatrique soit mise en œuvre, et, à titre subsidiaire, qu'un complément d'expertise soit ordonné. En substance, elle a relevé, dans un premier moyen, que l'instruction était incomplète. L'intimé aurait dû examiner les conséquences de l'atteinte à la santé psychique sur la capacité de travail résiduelle, par le biais d'une expertise psychiatrique, tel que cela avait été requis par les experts du I. _____ dans leur rapport du 12 février 2020. A cet égard, la recourante a ajouté que l'avis SMR du 23 mars 2020 de la Dre P. _____ ne pouvait pas se voir reconnaître de valeur probante, car il était lacunaire sur le plan psychiatrique. Dans un deuxième moyen subsidiaire, la recourante a fait valoir que, si on devait considérer qu'elle disposait d'une capacité de travail résiduelle, des mesures professionnelles devaient être ordonnées. Dans un ultime moyen, elle a contesté le revenu sans invalidité pris en compte par l'intimé.

Dans sa réponse du 13 juillet 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a en substance renvoyé à l'expertise bidisciplinaire du 12 février 2020 et aux avis SMR des 30 octobre 2017, 12 août 2019 et 23 mars 2020 de la Dre P. _____. Il a fait valoir que ces dernières appréciations avaient une plus grande valeur probante que les différents avis des médecins-traitants de la recourante. Par ailleurs, l'intimé a produit un nouvel avis SMR du 6 juillet 2020 de la Dre P. _____, laquelle prenait position sur l'état psychologique / psychiatrique de l'intéressée. Se référant aux différents rapports rendus entre 2011 et 2017 par les médecins de l'assurée, elle s'est rapportée en détails aux constatations et conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 13 octobre 2017, laquelle contenait un volet psychiatrique dont il ressortait que la compliance médicamenteuse était

douteuse et que l'assurée elle-même reconnaissait « qu'elle n'avait pas de réelle demande de soins psychiatriques ». Cette médecin-conseil a, en sus, mis en évidence l'absence, depuis l'expertise psychiatrique susdite, de documents médicaux attestant un suivi psychiatrique régulier, un séjour psychiatrique et un éventuel changement (dans le sens d'une péjoration) de l'état psychologique / psychiatrique qui justifierait une incapacité de travail purement psychiatrique, même de courte durée. De surcroît, l'intéressée pouvait assumer ses activités quotidiennes. Pour toutes ces raisons, la Dre P._____ avait conclu que l'état de santé psychiatrique était stationnaire et stabilisée depuis la dernière évaluation psychiatrique du mois d'octobre 2017, et qu'il n'existait pas d'argument pour justifier qu'une évaluation psychiatrique ait dû être requise dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire confiée au I._____.

Par réplique du 25 août 2020, la recourante a maintenu ses conclusions et exposé que la Dre P._____ n'expliquait pas, dans son avis SMR du 6 juillet 2020, pour quel motif elle n'avait pas suivi la recommandation des experts du I._____ de procéder à un complément d'expertise psychiatrique.

Dans sa duplique du 16 septembre 2020, l'intimé a également confirmé ses conclusions.

Par courrier du 9 octobre 2020, la recourante a réitéré sa requête relative à la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire comprenant des volets neurologique, rhumatologique et psychiatrique, subsidiairement d'un complément d'expertise.

E n d r o i t :

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

recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est en l'espèce litigieuse la question du droit à une rente d'invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si,

au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) 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).

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). 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).

d) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

5. En l'espèce, la recourante fait valoir, dans un moyen principal, que l'intimé a violé son obligation d'instruire en ne mettant pas en œuvre un complément d'expertise psychiatrique, tel que cela avait pourtant été requis par les experts du I. _____ dans leur rapport d'expertise du 12 février 2020.

a) Il est constant que la problématique psychiatrique a été soulevée dès la constitution du dossier en 2011, les premiers médecins en charge du dossier ayant observé un état dépressif important (cf. notamment les rapports du 7 novembre 2011 du Dr F. _____, du 6 décembre 2011 de la Dre W. _____ et du 31 janvier 2012 de la Dre U. _____). Par la suite, la symptomatologie psychiatrique, mise en lien avec les douleurs physiques et les circonstances personnelles de la recourante, a été confirmée à réitérées reprises, à la fois par les médecins somaticiens et les psychiatres-traitants (cf. notamment les rapports du 4 novembre 2012 et 7 mai 2013 du Dr H. _____, du 7 novembre 2013 de la Dre G. _____, du 15 mai 2014 du Dr E. _____, du 23 février 2015 du Dr Q. _____ et du 28 avril 2015 du Dr J. _____). Seul le Dr T. _____ n'a pas fait état de symptôme de la lignée psychiatrique, au seul motif qu'il ne pouvait se prononcer sur cette question, ne connaissant pas suffisamment la recourante (cf. rapport du 17 juin 2015). Enfin, l'impact des troubles

psychologiques a été reconnu par les experts du X._____ dans leur rapport du 13 octobre 2017.

b/aa) On relève ensuite que, contrairement à ce qu'indique la recourante, le dernier examen complet sur le plan psychiatrique à avoir été réalisé n'est pas celui qui a donné lieu au rapport d'examen SMR du 29 août 2014 de la Dre A._____ et du Dr EE._____. Dans l'intervalle, une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie, a en effet été confiée aux experts du X._____, lesquels ont rendu leur rapport le 13 octobre 2017.

Ce rapport d'expertise du X._____ s'avère conforme aux critères posés par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiatriques (cf. consid. 4c *supra*). Il est fondé sur une anamnèse complète du dossier et sur les constatations cliniques objectives des experts, prend en compte les plaintes de la recourante, ainsi que ses ressources disponibles et mobilisables, et procède à un examen de la personnalité de l'intéressée, de ses possibilités de réadaptation, du contexte social dans lequel elle évolue et de ses habitudes quotidiennes, des motifs d'exclusion, ainsi que des traitements mis en place ou à instaurer. Sur la base de ces éléments et après avoir examiné en détail les différents rapports médicaux antérieurs à son expertise - en particulier ceux du 7 mai 2013 du Dr H._____ et du 15 mai 2014 du Dr E._____, tous deux psychiatres-traitant -, l'expert psychiatre a été en mesure de poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 F 32.11), ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante, mais sans que des limitations fonctionnelles en lien avec ce trouble ne soient retenues. Ces conclusions sont dûment motivées, de sorte qu'il convient de leur reconnaître une pleine valeur probante. La recourante en convient, tout comme la Dre P._____ dans son avis du 30 octobre 2017, qualifiant le rapport du X._____ de détaillé et convaincant.

bb) Si l'on revient sur le rapport d'expertise du 13 octobre 2017, on constate qu'il indiquait que la recourante considérait ne plus

avoir une réelle demande de soins psychiatriques et qu'elle ne prenait plus un traitement psychotrope anxiolytique et antidépresseur à des doses reconnues comme thérapeutiques. Néanmoins, les experts relevaient clairement que l'épisode dépressif fluctuait dans le temps de léger à moyen, persistant et évolutif depuis 2011, de sorte qu'un suivi par un psychiatre et une adaptation du traitement antidépresseur devait avoir lieu. Le risque d'aggravation de la dépression ou d'une récurrence ultérieure plus intense ne pouvait par ailleurs être exclu, ce qui motivait d'autant plus les soins psychiatriques et psychothérapeutiques. Enfin, l'expert-psychiatre mentionnait qu'il n'était pas exclu que l'épisode dépressif, lorsqu'il était plus intense, puisse être à même d'augmenter les sensations douloureuses. On peut en déduire que, malgré l'appréciation subjective de la récurrence relative à son propre trouble psychologique et à une éventuelle stabilisation de son état de santé, un suivi psychiatrique était toujours objectivement utile et nécessaire.

A cet égard, on constate du reste que, dans une notre d'entretien du 29 août 2018, si la récurrence a bien indiqué ne plus être suivie par un psychiatre, elle a également souligné que tel était le cas parce qu'elle n'était pas satisfaite de son suivi et qu'il était difficile pour elle de revenir sur les événements passés. Cela ne signifie donc pas encore qu'elle estimait ne plus avoir besoin d'un tel traitement en 2018.

cc) Le caractère évolutif, fluctuant et persistant des troubles psychiatriques, ainsi que le laps de temps de trois ans écoulé depuis la dernière expertise psychiatrique du 13 octobre 2017, imposaient dès lors déjà à l'intimé de mettre en œuvre en 2020 des nouvelles mesures d'instruction relatives à l'état de santé psychiatrique de la récurrence, afin de lever le doute pesant sur cette question. D'autres arguments plaident encore en ce sens.

c/aa) S'agissant du rapport d'expertise bidisciplinaire du 12 février 2020 du I._____, il convient tout d'abord de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il est en effet complet, revient notamment sur tous les diagnostics évoqués par le Prof BB._____ dans son rapport du

29 mars 2019 – document qui, entre autre, avait justifié la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, tel que cela ressort de l'avis SMR du 12 août 2019 de la Dre P. _____ -, et prend en compte les plaintes de la recourante, est basé sur les résultats objectifs d'examen clinique – notamment des nouveaux rapports d'imagerie et de nouvelles IRM – ; il est ainsi dûment motivé et dénué de contradiction.

Dès lors, il y a lieu d'écarter le grief soulevé par la recourante, à teneur duquel l'aspect somatique de ce rapport d'expertise du 12 février 2020 ne serait pas probant, puisqu'il ne prendrait pas en compte la péjoration de son état de santé – argument qui n'est, pour le surplus, pas étayé par l'intéressée.

bb) Dans ce rapport d'expertise du 12 février 2020, les experts somaticiens n'ont pas manqué de souligner, à juste titre, que lors des expertises précédentes, l'évaluation psychiatrique avait constitué un facteur important dans la détermination de la capacité de travail. Or leur rapport ne comportait pas d'avis psychiatrique, faute de mandat sur ce plan, absence que les experts ont précisément déplorée, faisant état de la nécessité de disposer d'un avis expertal spécialisé sur la situation psychique actuelle, afin d'être à même de déterminer, dans leur globalité, les ressources effectives de l'intéressée, les mesures de réadaptation envisageables et la participation éventuelle des atteintes psychiques sur les troubles somatiques. On note à cet égard que les experts du I. _____ sont parvenus à cette conclusion en ayant pris connaissance du rapport d'expertise du 13 octobre 2017 du X. _____, auquel ils font dûment référence.

Ainsi, le Dr M. _____ précisait, dans son rapport neurologique et dans l'évaluation consensuelle du 12 février 2020, que des éléments évoquaient un état anxio-dépressif et, plus particulièrement, un syndrome somatoforme douloureux, ces diagnostics pouvant expliquer en partie au moins certaines pathologies d'ordre neurologique, notamment les céphalées, migraines ou cluster headaches. A cet égard, on observe que le premier rapport d'expertise multidisciplinaire du 13 octobre 2017, bien

que contenant une expertise psychiatrique, ne comportait pas de volet neurologique. Dès lors, une analyse des interactions entre les diagnostics psychiatriques et neurologiques, dans le contexte d'un concilium global, n'avait pu être effectuée. L'examen du cas dans sa globalité s'avérait donc nécessaire.

Au vu de l'avis motivé, éclairé et probant des experts du I._____, il faut ainsi retenir que l'on ne pouvait se dispenser d'effectuer de nouvelles mesures d'instruction sur le plan psychiatrique.

d) Cette nécessité ne saurait être battue en brèche par les rapports SMR des 23 mars et 6 juillet 2020 de la Dre P._____, qui se borne à rappeler que le rapport du 29 mars 2019 du Prof BB._____ ne mentionnait pas d'atteinte psychologique, que la recourante n'avait pas produit de documents médicaux attestant d'un changement médical au niveau psychiatrique depuis l'expertise menée par le X._____, n'était plus suivie par un psychiatre, ne prenait plus de médicament et n'avait pas été hospitalisée, pour arriver à la conclusion que l'état de santé psychologique était stationnaire depuis le mois d'octobre 2017.

La Dre P._____ perd en effet de vue, d'une part, que le rapport d'expertise du 13 octobre 2017 retenait précisément que l'état dépressif était persistant et fluctuant, qu'il n'était pas exclu qu'il puisse s'aggraver et qu'un suivi en la matière était indispensable, et qu'une intensification de celui-ci puisse augmenter les sensations douloureuses, et, d'autre part, que le rapport d'expertise du 20 février 2020 tendait précisément à la mise en œuvre d'un complément d'expertise psychiatrique.

Finalement, les considérations de la Dre P._____ relatives au fait que la recourante pouvait assumer ses activités quotidiennes (notamment promener son chien, pratiquer des activités physiques ou s'adonner à la lecture) ne sont pas pertinentes. Aucun des experts n'a en effet indiqué que les troubles psychiatriques seraient de nature à empêcher la recourante de s'adonner à ces activités. Plus encore, dans le

rapport d'expertise du 13 octobre 2017, les experts du X._____ relevaient que la recourante continuait de pratiquer des activités qui lui apportaient de l'intérêt. Cela ne l'empêchait cependant pas de présenter une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables, ce qui correspondait à un symptôme somatique de la dépression. En l'occurrence, cet élément, combiné à d'autres, permettait certes d'exclure une dépression sévère, mais fondait le diagnostic d'épisode dépressif moyen.

e) Par conséquent, le grief principal soulevé par la recourante selon lequel l'intimé est contrevenu à son obligation d'instruire le dossier sur le plan psychiatrique, doit être admis.

6. Dans un moyen complémentaire, la recourante conteste encore le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, lequel n'avait pas pris en compte le gain perçu dans le cadre de l'activité accessoire auprès de Z._____ SA.

a) Tant les revenus tirés d'une activité principale que les revenus obtenus par l'exercice d'une activité accessoire sont pris en compte dans la fixation du revenu sans invalidité, si on peut admettre que l'assuré aurait, selon toute vraisemblance, continué à percevoir ces gains accessoires s'il était resté en bonne santé (parmi d'autres, TF 9C_699/2008 du 26 janvier 2009 consid. 3.3 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 21 ad art. 16). Par ailleurs, selon la jurisprudence, il faut respecter le principe selon lequel l'assurance-invalidité, en tant qu'assurance contre l'incapacité de travail, ne couvre qu'une activité lucrative considérée comme normale et habituelle. Néanmoins, le total des revenus provenant d'un horaire de travail allant au-delà d'un taux de 100%, peut être pleinement pris en compte, dans le cas où l'assuré fait régulièrement des heures supplémentaires, est indépendant ou exerce un second emploi. En revanche, le total des revenus provenant de deux emplois parallèles économiquement équivalents et de même importance, n'est pris en

considération que de manière réduite, soit en fonction d'un temps de travail de 100 % (TF I 433/06 du 23 juillet 2007 consid. 4.1.2, SVR 2008 IV n. 28 89 ; Margrit Moser-Szeless, *ob. cit.*, ad art. 16 n 21).

b) En l'espèce, il apparaît que la recourante accomplissait un horaire léger en lien avec son activité accessoire (cf. extrait de compte individuel du 14 août 2018 [la moyenne annuelle des gains accessoires, entre l'année 2006 et 2011, s'élevait à 2'800 fr. 60 $([4'169 + 3'256 + 3'578 + 2'099 + 2'303 + 1'399] / 6)$], et les explications de l'intéressée, à teneur desquelles elle ne travaillait que durant les week-ends). Cette activité auxiliaire paraît ainsi ne pas être économiquement équivalente ou de même importance que l'activité principale, de sorte que le gain tiré de l'activité secondaire devrait être pris en compte pour déterminer le revenu sans invalidité de la recourante. De même, il apparaît hautement probable que cette dernière aurait maintenu son activité secondaire de coach sportive si elle avait été en bonne santé, cela même une fois le statut d'active augmenté de 50 % à 100 %, dès le 1^{er} novembre 2011. En effet, au vu de son horaire réduit, l'activité secondaire aurait pu être poursuivie, en sus d'un emploi principal exercé à 100 %, respectivement pour parvenir à un taux d'activité totale de 100 % (activité principale comprise). En effet, la recourante s'est séparée de son époux, circonstance qui avait précisément justifié le passage d'un statut d'active de 50 % à 100 %, de sorte que ses besoins financiers s'en sont retrouvés augmentés. Finalement, le caractère non significatif du gain secondaire ne permet pas, à lui seul, d'ignorer un tel revenu, même si celui-ci est modeste et n'aurait que peu d'incidence sur le degré d'invalidité.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a

contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

Une investigation expertale actualisée sur le plan psychiatrique s'avère nécessaire. Il appartient à l'intimé d'y procéder, soit en mettant en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire comportant, à tout le moins, un volet psychiatrique et neurologique, soit en invitant le l._____ à procéder à un complément d'expertise sur le plan psychiatrique, puis à compléter en conséquence son rapport d'expertise du 20 février 2020 par un concilium général sur l'état de santé global de la recourante.

8. a) Eu égard à ce qui précède, le recours interjeté par R._____ est admis. Partant, la décision du 8 avril 2020 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction, puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de

participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 8 avril 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :