

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mars 2022

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Swiss Claims Network SA, à Fribourg,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 al. 1 et 28a al. 2 LAI ;
art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI**

E n f a i t :

A. a) F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en qualité de caissière à 80 %.

Le 16 mars 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant des douleurs au dos et à l'épaule gauche.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements auprès des intervenants consultés par l'assurée (rapports du 13 février 2015 de la Dre K._____, spécialiste en rhumatologie ; du 30 avril 2015 de la Dre [...], médecin traitant ; des 16 septembre 2015, 1^{er} juin 2016, 1^{er} septembre 2016 et 2 novembre 2016 du Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ; des 30 septembre 2015, 23 décembre 2015 et 24 novembre 2016 du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), lesquels ont notamment posé les diagnostics de conflit sous-acromial gauche, de tendinopathie du sus-épineux des deux épaules, de lombalgies avec irradiation pseudo-radiculaire dans le membre inférieur gauche sur discopathie L4-L5 avec saillie discale paramédiane droite et sur dysbalance musculaire, de rachialgies chroniques (depuis 2008) dans le cadre d'un déconditionnement musculaire, de troubles statiques modérés du rachis, de polyarthralgie à prédominance gauche, de syndrome fémoro-patellaire gauche, de suspicion de méniscopathie interne, de surcharge pondérale et d'épisode dépressif récurrent avec syndrome somatique.

Par décision du 24 mars 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée.

Par acte du 8 mai 2017, l'assurée a recouru à l'encontre de cette décision. Dans un arrêt du 13 novembre 2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et renvoyé la cause à l'office pour complément d'instruction (AI 146/17 - 325/2018). Elle a considéré qu'il existait un doute quant à la fiabilité et la pertinence de

l'appréciation faite par le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) sur laquelle l'OAI s'était fondé pour rendre sa décision.

b) A la suite de cet arrêt, l'OAI a repris l'instruction du dossier et mis en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) auprès du X._____. Dans leur rapport du 25 septembre 2019 complété le 16 décembre 2019, les Drs P._____, spécialiste en rhumatologie, et E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics incapacitants de status de lombalgie chronique et de status post-tendinite de l'épaule gauche et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'apnées du sommeil sous CPAP (Continuous Positive Airway Pressure), de status gastrite, d'hypertension artérielle, de fracture du tibia gauche et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique, stabilisé sous traitement. Ils ont retenu qu'entre les mois d'octobre 2014 et de février 2016, l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité et que, depuis le mois mars 2016, elle disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg ; pas de travail les bras en l'air ; pas de mouvements répétitifs ; alternance des positions assis-debout ; pas de position agenouillée et pas de travail de surcharge du rachis).

Malgré les objections formées par les Drs G._____ (rapports des 1^{er} et 12 mai 2020) et R._____ (rapports des 13 et 21 mai 2020), l'OAI a, par décision du 5 octobre 2020 confirmant un projet du 30 mars 2020, accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période entre le 1^{er} octobre 2015 et le 31 mai 2016, au motif que celle-ci s'était trouvée en incapacité totale de travail entre les 27 octobre 2014 et 28 février 2016 et qu'elle avait recouvré, dès cette date, une capacité de travail entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg ; pas d'activité avec les bras au-dessus de l'horizontale et avec mouvements répétitifs ; pas d'activité sur échelles ou échafaudages ; possibilité d'alterner les positions assis-debout ; éviter les positions accroupies et les tâches surchargeant le rachis).

B. Par acte du 4 novembre 2020, F._____, représentée par Swiss Claims Network SA, a recouru à l'encontre de cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause devant l'OAI pour instruction complémentaire.

Par réponse du 6 janvier 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si elle peut prétendre à une telle rente au-delà du 31 mai 2016.

3. 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 5 octobre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). 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.

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).

b) aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201] ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité global. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194).

c) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et les références citées ; TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et les références citées).

Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, pp. 833 s. n° 3068 et les références citées).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 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 LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le

cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

d) Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

6. a) En l'espèce, il est constant que la recourante présente plusieurs atteintes à la santé.

Se prévalant de troubles statiques et dégénératifs du rachis dorsolombaire, d'un syndrome dorso-lombovertébral d'intensité fluctuante mais permanent depuis 2015, d'un syndrome du défilé thoraco-brachial, de tendinopathie du sus-épineux, d'un syndrome fémoro-patellaire chronique et d'un trouble dépressif, épisode moyen avec syndrome somatique, la recourante estime qu'elle se trouve en incapacité totale de travail.

L'office intimé considère quant à lui que la recourante a présenté une incapacité de travail totale entre les mois d'octobre 2014 et de février 2016 avant de recouvrer une capacité de travail entière dans une activité adaptée, conformément aux conclusions de l'expertise du 25 septembre 2019 des Drs P._____ et E._____.

b) L'expertise du X._____ porte sur l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante. Elle comporte une évaluation consensuelle ainsi que deux parties détaillées contenant l'ensemble de l'analyse des experts dans leur domaine de spécialisation. Les spécialistes ont résumé tous les éléments médicaux à leur disposition. Ils ont procédé à une anamnèse, listé les plaintes de la recourante qu'ils ont ensuite confrontées à leurs constatations objectives. Ils ont analysé les traitements mis en place ainsi que les ressources de l'expertisée.

c) aa) Sur le plan rhumatologique, l'expert a posé les diagnostics de lombalgie chronique, de status post-tendinite de l'épaule gauche, d'apnées du sommeil, de status gastrite d'hypertension artérielle et de fracture du tibia gauche. Le Dr P._____ a soigneusement expliqué les diagnostics retenus tout en relevant que son examen était satisfaisant, hormis la présence d'un syndrome lombovertébral non incapacitant.

bb) Dans un rapport du 1^{er} mai 2020, le Dr G._____ a contesté les conclusions du rapport d'expertise du 25 septembre 2019 et posé les diagnostics d'exacerbation de douleurs articulaires (mains, poignets et cheville gauche) d'origine indéterminée, de rachialgies chroniques connues depuis 2008 dans le cadre d'un déconditionnement musculaire et de troubles statiques modérés du rachis dorsolombaire, de douleurs récidivantes aux chevilles sur tendinopathie des péroniers, jambiers postérieurs et triceps sural dans le cadre de troubles statiques des pieds (plats) en 2017, de syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène gauche depuis mai 2019, de tendinopathie du sus-épineux aux deux épaules ainsi que possiblement du long chef du biceps droit, de syndrome fémoro-patellaire gauche, suspicion de méniscopathie interne et d'ancienne lésion du ligament croisé postérieur au genou gauche, de cervicalgies et céphalées tensionnelles en 2016. Dans un second rapport du 12 mai 2020, ce médecin a réitéré ses précédentes analyses.

Lors de la rédaction de son rapport d'expertise, le Dr P._____ avait connaissance du point de vue du Dr G._____, dès lors que ce médecin s'était déjà exprimé sur la situation de sa patiente avant la

rédaction de l'expertise. Il a ainsi constaté que ses conclusions s'écartaient de celles de son confrère et estimé que ces divergences résultaient sans doute de la prise en compte par le Dr G. _____ d'éléments subjectifs. A cet égard, le Dr P. _____ a relevé les incohérences entre les plaintes de la recourante et ses constatations objectives. On observe en outre que les arthralgies dont le Dr G. _____ se prévaut ne sont pas documentées, le Dr G. _____ précisant lui-même qu'elles devaient faire l'objet d'investigations. Comme le relève ce médecin, le syndrome dorso-vertébral, le syndrome du défilé thoraco-brachial, les tendinopathies scapulaires ainsi que le syndrome fémoro-patellaire dont souffrirait la recourante sont d'intensité fluctuante et ne sont que partiellement étayés par des éléments de nature objective. Ainsi, l'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche et du rachis lombaire du 22 décembre 2014 met en évidence des atteintes légère et aucun élément ne permet de retenir qu'elles se seraient aggravées depuis lors. Le dossier ne contient par ailleurs pas d'autre document d'imagerie qui viendrait corrélérer les diagnostics retenus par le Dr G. _____. Cela étant, le Dr P. _____ a retenu des limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg ; pas de travail les bras en l'air ; pas de mouvements répétitifs ; alternance des positions assis-debout ; pas de position agenouillée et pas de travail de surcharge du rachis) qui tiennent compte des diagnostics et limitations fonctionnelles retenus par le Dr G. _____ (cf. rapport du 1^{er} mai 2020). Le Dr G. _____ n'a toutefois pas expliqué, dans ses différents rapports, pour quelles raisons médicales objectives il estime que la recourante disposerait d'une capacité de travail sur le plan somatique qui ne dépasserait pas 50 %. En effet, ce médecin se borne à mentionner une « endurance limitée ». Bien que le Dr G. _____ n'ait jamais indiqué quelle était la cause de cette problématique, on comprend, à la lecture de ses certificats médicaux des 16 septembre 2015, 1^{er} juin 2016 et 1^{er} septembre 2016 ainsi que de son rapport du 25 avril 2017, qu'il considère que la recourante présente un déconditionnement, appréciation qui rejoint l'analyse effectuée par la Dre K. _____ dans son rapport du 13 février 2015. La jurisprudence a cependant précisé que la présence d'un déconditionnement musculaire ne saurait suffire en tant que tel pour admettre une diminution durable de la

capacité de travail (cf. TF 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2 ; TFA I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5). Dans un précédent rapport du 3 juillet 2017, le Dr G._____, s'était également prévalu du stage effectué par la recourante entre le 6 avril et le 5 juillet 2017 auprès de Y._____ pour retenir une capacité de travail de 50 % avec diminution de rendement de 20 %. Or on ne saurait tirer la moindre conclusion des problématiques que la recourante a rencontrées en essayant d'exercer l'activité d'employée de restauration qui lui était proposée par Y._____. Cette activité ne respectait pas les limitations fonctionnelles de la recourante puisqu'elle consistait notamment en une activité de mise en place, de préparation, de nettoyage et de rangement. Les rapports rédigés les 23 mai et 21 juin 2017 ne relèvent d'ailleurs, comme entraves à la capacité de travail de la recourante, que le fait que celle-ci ne pouvait « pas rester dans la même position plus de 1h30-2h00 et ne [pouvait] pas porter de charge » ce qui vient confirmer l'appréciation exprimée par les experts du X._____ selon laquelle cette activité n'était pas compatible avec l'état de santé de la recourante.

d) aa) Sur le plan psychiatrique, la Dre E._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique, stabilisé sous traitement. Elle a relevé que la recourante avait décrit un moral bas mais en nette amélioration. L'experte a observé que la symptomatologie dépressive de la recourante avait fait l'objet d'un traitement et d'un suivi régulier. En outre, une partie des problématiques à l'origine de l'atteinte psychique – des difficultés et des tensions familiales ainsi que des problèmes à gérer le quotidien – n'était plus d'actualité. La psychiatre n'a pas constaté de symptomatologie d'allure dépressive ou de la série anxieuse, ni de signe de la série psychotique, les conditions pour retenir un trouble de la personnalité n'étant pas non plus réunies.

bb) Dans ses rapports des 13 et 21 mai 2020, le Dr R._____, a relevé que depuis environ une année la recourante présentait une évolution défavorable sur le plan psychiatrique avec un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir associés à une

augmentation de la fatigabilité avec une hypersomnie et une baisse de la libido. Le psychiatre-traitant est toutefois resté succinct sur les aspects cliniques de la symptomatologie dépressive. Il n'a fourni aucune explication venant corroborer son appréciation alors même que les différentes problématiques soulevées - qui selon lui étaient déjà présentes lors de l'expertise - ont été spécifiquement examinées par l'experte psychiatre avant d'être écartées. Ainsi, les troubles de la concentration et de l'attention invoqués par la recourante lors de l'expertise n'ont pas été confirmés par l'examen de la Dre E._____, laquelle n'a constaté aucune anomalie objectivable quant à la mémoire des faits récents ou anciens, mais a relevé une capacité d'attention, de concentration ainsi qu'une vigilance non altérées. Le diagnostic de trouble de la personnalité de type dépendant et immature à trait passif-agressif a également été examiné par l'experte psychiatre qui ne l'a pas catégoriquement écarté. Il n'appartient pas à la Cour de céans de se prononcer sur cette question purement médicale. Si le Dr R._____ a mis en évidence de manière convaincante l'influence délétère de ce trouble sur la relation toxique que la recourante entretient avec son compagnon (cf. rapport du 21 mai 2020), le psychiatre n'a pas expliqué en quoi cette problématique affecterait l'aptitude de la recourante à exercer une activité lucrative. Le Dr R._____ ne semble d'ailleurs pas considérer que tel serait le cas puisqu'aucune des limitations qu'il liste en lien avec les atteintes psychiatriques ne concerne cette problématique.

cc) L'appréciation de la Dre E._____ selon laquelle la recourante ne souffre d'aucune atteinte à la santé psychique incapacitante depuis le mois de mars 2016 est confirmée par les différents documents afférant au stage effectué auprès d'Y._____, lesquels ne mettent en évidence aucune limitation d'origine psychique chez la recourante. Le rapport d'évaluation intermédiaire du 23 mai 2017 relève au contraire une envie d'apprendre et une personnalité agréable chez un individu de bonne humeur, alors que la grille de compétences remplie le 21 juin 2017 mentionne une bonne capacité de concentration, une gestion du stress et des émotions, une capacité de communication et un engagement excellents.

e) En conclusion, il y a lieu de se rallier aux conclusions des experts du X._____ et de retenir que la recourante s'est trouvée en incapacité de travail entre les mois d'octobre 2014 et de février 2016 et qu'elle dispose, depuis le 1^{er} mars 2016, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg ; pas d'activité avec les bras au-dessus de l'horizontale et avec mouvements répétitifs ; pas d'activité sur échelles ou échafaudages ; possibilité d'alterner les positions assis-debout ; éviter les positions accroupies et les tâches surchargeant le rachis).

f) Il y a également lieu de préciser que le service de réadaptation de l'office intimé a mis en évidence un large éventail d'activités légères adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière, soit par exemple un emploi dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, en qualité d'ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, d'ouvrière dans le conditionnement, le travail d'usinage, de montage et de contrôle, notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique, mécanique ou encore dans celui de la production pharmaceutique ou d'instruments de mesure ou médicaux.

7. Les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé pour la période dès le 1^{er} juin 2016 ne sont pas contestés. Quand bien même l'office n'a pas déterminé le taux d'invalidité pour le temps que la recourante aurait consacré à une activité lucrative en extrapolant les revenus à comparer pour un temps plein (soit un revenu sans atteinte à la santé de 53'474 fr. 99 [42'482 fr. 62 x 0,7 % {évolution des salaires nominaux en 2016} ramené au taux de 100 %] et un revenu avec atteinte à la santé de 51'852 fr. 07), ce mode de faire est sans incidence sur le préjudice économique de 3,03 % qu'il convient de pondérer en proportion de la part du temps consacré à l'activité lucrative soit 80 % (cf. détermination du statut [part active/part ménagère], remplie le 27 mars 2015 par la recourante), ce qui conduit à un taux d'invalidité de 2,43 %. Ainsi, comme l'a relevé l'office intimé, même à retenir un degré

d'empêchement ménager de 100 %, le taux d'invalidité de la recourante s'élèverait à 22,43 % (20 % + 2,43 %), taux insuffisant à ouvrir le droit à la rente.

8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision du 5 octobre 2020 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI) qu'il convient de fixer à 400 fr. et de 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 5 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de F._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Swiss Claims Network SA (pour F. _____),
- 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 :