

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 avril 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Radivoje Stamenkovic,
avocat, à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 aLAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, mariée et mère d'une fille majeure, a travaillé au sein de la société W._____SA à compter de juillet 1998. Elle y a exercé l'activité de collaboratrice de réassortiment au taux de 60 % dès avril 2007.

L'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 26 mars 2012, au motif d'une hernie cervicale, d'un état dépressif et d'hypertension artérielle.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a sollicité des rapports auprès de l'employeur et des médecins traitants de l'assurée. W._____SA a indiqué, le 5 avril 2012, que cette dernière réalisait un revenu annuel de 29'510 fr. depuis 2011.

Par rapport du 17 juillet 2012, la Dre C._____, médecin généraliste, a fait part des diagnostics incapacitants de syndrome douloureux chronique depuis 2009, de rachialgies avec prédominance cervicale sur hernie C5-C6 et arthrose postérieure L2-L3 et L3-L4 dès 2011, d'épicondylite bilatérale chronique (poussée aiguë depuis 2007-2008), ainsi que d'état anxiodépressif depuis 2007. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse était de 50 % dès avril 2007. Une activité adaptée était possible à 50 % depuis le 25 mai 2012. Un rapport adressé à cette praticienne le 14 février 2012 par le Dr S._____, spécialiste en neurologie, concluait au diagnostic de syndrome douloureux, pour lequel étaient préconisés des traitements de rééducation et de remise en forme en raison du déconditionnement physique de l'assurée. L'état anxiodépressif justifiait par ailleurs l'introduction d'un traitement antidépresseur.

La Dre D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a assumé le suivi de l'assurée à compter du 2 juillet 2012 et complété un

rapport à l'OAI le 10 octobre 2012. Elle a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (probablement présent depuis plusieurs années) et de difficultés dans les rapports avec le conjoint (en raison de la maladie de ce dernier) au titre des diagnostics se répercutant sur la capacité de travail. Une incapacité de travail de 50 % était justifiée depuis avril 2007 dans l'activité de vendeuse. Le rendement était réduit en raison d'une importante fatigabilité, d'une diminution de la tolérance au stress, d'angoisses fréquentes et de difficultés à gérer les relations interpersonnelles. Une activité adaptée à l'état de santé somatique ne pouvait être exercée à plus de 50 % pour éviter de dégrader la situation psychique.

Sur mandat de la H. _____ SA, assureur perte de gain en cas de maladie, les Drs F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G. _____, spécialiste en médecine générale, ont procédé à une expertise bidisciplinaire de l'assurée en juin 2013. Le rapport correspondant du 16 juillet 2013 a retenu les diagnostics influant sur la capacité de travail d'un épisode dépressif moyen, consécutif à un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, de troubles statiques et dégénératifs multi-étagés du rachis (hernie discale C5-C6 avec empreinte sur le cordon médullaire, sténose des trous de conjugaison C5-C6, arthrose L2-L3-L4) et d'une épicondylite gauche. Des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classés ailleurs, des difficultés liées à l'emploi et au chômage, une accentuation de certains traits de la personnalité (histrionique et dépendante) non décompensés et des kystes rénaux parapyéliques demeuraient sans incidence sur dite capacité. Les spécialistes précités ont conclu, compte tenu de l'ensemble du tableau clinique présenté par l'assurée, que sa capacité de travail était nulle jusqu'au 31 août 2013, de 20 % en septembre 2013, de 40 % en octobre 2013, de 60 % en novembre 2013 et de 100 % dès décembre 2013, dans toute activité adaptée à l'état de santé somatique (port de charges limité à 2-3 kg, soulèvement de charges limité à 5 kg et possibilité de changer de position toutes les 15 minutes), ainsi que dans l'activité habituelle. Les experts ont précisé ce qui suit :

« [...] Actuellement il existe un retentissement significatif des plaintes dans les activités de la vie quotidienne et du ménage, essentiellement d'un point de vue somatique. [...]

D'un point de vue purement psychiatrique, nous ne révélons pas de limitations fonctionnelles significatives durant une journée type, en dehors d'un ralentissement psychomoteur modéré et d'une tristesse légère, qui accompagnent l'assurée dans son quotidien, en lien avec ses douleurs.

[...]

L'expertisée a su maintenir de bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille et avec quelques amis qui la soutiennent régulièrement. Bien qu'à certains moments on retienne une mise à l'écart sociale, nous n'objectivons pas d'isolement social total.

[...]

La concentration et les capacités cognitives sont pleinement conservées [...] contrairement aux plaintes subjectives. L'expertisée parvient également à regarder la télévision ponctuellement, ainsi qu'à suivre des conversations complexes sans difficultés, comme lors des entretiens d'expertise. [...] »

Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) s'est rallié aux conclusions communiquées par les Drs F. _____ et G. _____ le 26 novembre 2013.

Le Dr J. _____, médecin chef du Service de rhumatologie du Centre hospitalier I. _____ a établi un rapport le 19 décembre 2013, à la suite de deux consultations de l'assurée. Il a retenu le diagnostic de probable syndrome douloureux fibromyalgique, mentionnant également une arthrose lombaire L2-L3 modérée, plus marquée en L3-L4, une cervicobrachialgie chronique sur hernie cervicale C5-C6 médiane avec une empreinte sur la moëlle, mais sans myélopathie, ainsi qu'une bursite sous-acromiale et arthropathie acromio-claviculaire surtout à gauche. Il a relevé le bilan biologique négatif réalisé en octobre 2013, sous réserve d'une HLA-B27 positive. Il ne prévoyait pas de revoir l'assurée, mais préconisait le maintien d'une activité physique régulière non intensive et la prise d'antalgiques.

W. _____ SA a mis fin aux rapport de travail de l'assurée avec effet au 31 décembre 2013 par courrier du 23 septembre 2013.

Le SMR a maintenu sa précédente prise de position dans son rapport final du 18 février 2014.

A l'issue d'une enquête au domicile de l'assurée du 26 janvier 2015, l'OAI a considéré que celle-ci revêtait un statut de personne active à 100 %. Sa fille était parfaitement autonome et effectuait des études. Son époux était bénéficiaire d'une rente d'invalidité depuis de nombreuses années. L'assurée avait débuté une activité auprès de W. _____ SA dès juillet 1998 à des taux variables (entre 80 % et 100 %), avant que son contrat ne soit ramené à 60 % du fait de l'employeur, en dépit de ses demandes d'augmentation de taux d'activité (cf. rapport d'enquête du 2 février 2015).

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assurée le 3 février 2016. Il a pris en compte un revenu sans invalidité de 49'528 fr., en extrapolant à 100 % le revenu communiqué par W. _____ SA, et un revenu d'invalidité de 46'612 fr., ressortant des statistiques salariales pour une activité à plein temps, après abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité se montait ainsi à 5,89 %.

Par projet de décision du 24 janvier 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité pour la période limitée du 1^{er} mai 2013 au 28 février 2014. Dès décembre 2013, elle était dotée d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui excluait le droit à une rente dès mars 2014, vu le degré d'invalidité arrondi à 6 %.

L'assurée a contesté ce projet de décision à l'issue d'une correspondance du 15 février 2017, soulignant que son état de santé s'était péjoré et qu'elle n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative. Elle s'est notamment prévalu du rapport du Service de rhumatologie du Centre hospitalier I. _____ du 19 décembre 2013 et joint un rapport de la Dre T. _____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, du 1^{er} juillet 2013. Celle-ci concluait à l'installation d'un trouble somatoforme douloureux, accompagné d'une comorbidité psychiatrique. Etaient également produits des rapports

d'imagerie du 3 mai 2013, lesquels mettaient en évidence une arthrite acromio-claviculaire bilatérale et une protrusion discale en C5-C6.

La Dre C._____ a adressé un rapport à l'OAI le 22 février 2017, relevant que le syndrome fibromyalgique affectant sa patiente résistait aux traitements proposés et entraînait de multiples limitations fonctionnelles - physiques, mentales et psychiques - lesquelles entravaient, à son avis, totalement la capacité de travail de l'assurée au-delà du 1^{er} décembre 2013, pour une durée indéterminée.

Le 1^{er} mars 2017, la Dre D._____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé psychique de sa patiente s'était aggravé depuis son précédent rapport. La capacité de travail devait être qualifiée de nulle dans toute activité, dès lors que l'état dépressif sévère ne répondait pas au traitement médicamenteux psychotrope. L'assurée présentait un total désintérêt pour ses proches et sa maison, vivait dans l'isolement, avec des idées noires et la peur de devenir paralysée. Elle était par ailleurs dénuée de toute capacité d'introspection, ce qui ne permettait pas d'autre approche psychothérapeutique efficace.

Par avis du 7 avril 2017, le SMR a maintenu sa position, s'en tenant aux conclusions de l'expertise réalisée pour le compte de la H._____SA. Il considérait que la persistance d'un état dépressif sévère au-delà de décembre 2013 était peu crédible, en l'absence d'argumentation spécifique et de réalisation des critères médicaux (traitements successifs, monitorings, hospitalisations).

Le 11 janvier 2018, l'OAI a signalé à l'assurée que les éléments produits en procédure d'audition ne permettaient pas de modifier la teneur de son projet de décision du 24 janvier 2017.

L'assurée, représentée par Me Radivoje Stamenkovic, a derechef contesté la position de l'OAI dans une correspondance du 14 février 2018, complétée le 27 mars 2018. Elle a souligné avoir consulté la Dre K._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Cette

dernière avait établi un rapport le 22 mars 2018, retenant le diagnostic de spondylarthrite ankylosante axiale et périphérique avec HLA-B27 positive. En outre, une imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis du 6 février 2018 avait mis en évidence « d'importants troubles dégénératifs cervicaux et lombaires avec décompensation congestive majeure au niveau zygapophysaire postérieur lombaire », ainsi que des « érosions et prise de contraste au niveau des pieds et des articulations sacro-iliaques des deux côtés, compatibles éventuellement avec une sacro-illite dans le cadre d'une spondylarthropathie [...] sans autre lésion dégénérative des articulations sacro-iliaques ».

Par décision du 5 avril 2018, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} mai 2013 au 28 février 2014, reprenant les termes de son projet de décision du 24 janvier 2017.

B. B._____, toujours assistée de Me Stamenkovic, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 7 mai 2018, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 28 février 2014 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse au recours du 21 juin 2018, l'OAI s'est référé à un nouvel avis du SMR du 13 juin 2018, lequel concédait la nécessité de diligenter une expertise rhumatologique et psychiatrique de l'assurée.

Par arrêt du 11 décembre 2018 (AI 146/18 - 357/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assurée, annulé la décision du 5 avril 2018 et prononcé le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique, destinée à déterminer précisément les diagnostics affectant l'assurée, avec l'indication des dates de leur survenance, ainsi que sa capacité résiduelle de travail et ses limitations fonctionnelles.

C. A la suite de cet arrêt de renvoi, l'OAI a repris l'instruction du cas et sollicité le SMR. Ce dernier a relevé, le 12 février 2019, qu'il convenait d'actualiser les données médicales auprès des médecins traitants et de réaliser un dosage plasmatique de l'antidépresseur prescrit, ainsi que nombre d'examen sanguins.

Par courrier du 2 avril 2019, l'assurée a fait parvenir à l'OAI un rapport de la Dre K. _____ du 26 mars 2019, laquelle procédait à la critique des diverses prises de position du SMR. Cette praticienne soulignait par ailleurs ce qui suit, eu égard à l'évolution de l'état de santé de sa patiente :

« [...] J'ai revu Madame B. _____ en consultation le 17.12.2018 et le 25.02.2019. Son tableau douloureux ne s'est pas amélioré malgré l'instauration depuis le 28.08.2018 d'une combo-thérapie d'immunosuppression par anti-TNF alpha sous forme d'infliximab et Méthotrexate. Perdurent des douleurs de la plante des pieds, des talons, des chevilles à tel point que la patiente a de la peine à se chausser et a dû changer de pointure de chaussures. Elle présente des gonflements des deux genoux prédominant du côté droit, ne peut se coucher en décubitus latéral sur la périhanche droite. Il persiste des lombopygalgies à bascule prédominant actuellement à l'hémi-bassin droit, symptomatologie présente depuis 2013. Elle se réveille vers 3-4h du matin en raison de douleurs costales et de sensation de blocage de la région dorsale. Elle présente des douleurs de la région cervicale irradiant vers les deux épaules ainsi que des douleurs des coudes et des poignets. Au niveau des mains, le port d'objets est difficile et les mouvements répétitifs également. La fatigabilité demeure majeure. En raison d'épigastalgies et de nausées au réveil s'assortissant de douleurs abdominales, une évaluation gastro-entérologique est prochainement prévue [...] ».

Le 3 juin 2019, l'OAI a réceptionné divers documents de la Dre C. _____, à savoir notamment :

- un rapport consécutif à un CT-scan abdominal du 8 février 2018, concluant à l'absence de signes inflammatoires du tube digestif, ainsi qu'à de multiples kystes parapyéliques des deux reins d'aspect banal, sans lithiase, et à des kystes biliaires au niveau hépatique ;
- un rapport du 27 juin 2018 consécutif à des infiltrations zygapophysaires postérieures, lesquelles avaient permis la disparition des douleurs L4 et L5, malgré la persistance

d'une gêne proximale tout le long de la face latérale de la cuisse droite, associée à une gêne lombaire basse en barre, en l'absence de trouble moteur ou sensitif et de paresthésie ;

- un rapport du 17 avril 2019, rédigé par le Dr M._____, spécialiste en cardiologie, concluant à un électrocardiogramme de repos normal et à une bonne fonction biventriculaire ; il ne prévoyait pas d'examen subséquent, hormis un contrôle à deux ans pour vérifier l'évolution de la valve aortique ;
- un rapport d'examen de pathologie du 8 mai 2019, concluant à une muqueuse intestinale grêle dans les limites de la norme, sans inflammation, ni signes de chronicité.

Par rapport du 26 juin 2019, la Dre D._____ a communiqué les résultats d'un bilan sanguin réalisé le 27 mai 2019 et fait part du status clinique de l'assurée en ces termes :

« L'état de la patiente se caractérise toujours par un important abaissement de l'humeur, une importante tristesse, des pleurs fréquents, de l'anxiété constante, des angoisses fréquentes, une anhédonie, des ruminations constantes et des troubles du sommeil. Son estime de soi et sa confiance en elle-même demeurent diminuées. Ses idées de culpabilité et de dévalorisation concernent le fait qu'elle avait travaillé même quand elle a été mise en arrêt de travail par son médecin à l'époque par peur de perdre son poste. Sa tolérance au stress est très diminuée. Absence des symptômes de la lignée psychotique, des troubles des fonctions supérieures. Bien qu'elle verbalise des idées noires, on ne met pas en évidence des idées suicidaires. Capacités d'introspection peu développées. »

L'OAI a mandaté le Centre d'expertises médicales R._____ aux fins d'expertise rhumatologique et psychiatrique de l'assurée par communication du 11 juillet 2019. Les Drs N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P._____, spécialiste en rhumatologie, ont établi leur rapport le 28 octobre 2019, retenant les diagnostics suivants au terme de leur évaluation consensuelle du cas :

- spondylarthrite ankylosante ;

- douleur cervicale secondaire à une discopathie avec hernie discale non compressive ;
- douleur lombaire secondaire à une discopathie L2-L3 et L3-L4 ;
- trouble dépressif léger, avec syndrome somatique.

Ils ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais préservée à 100 % dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assurée depuis le 3 mai 2013, sous réserve d'une baisse de rendement de 20 % en raison du déconditionnement et de l'absence d'activité depuis 2013. Dite activité devait respecter les limitations fonctionnelles du registre rhumatologique, sans effort de soulèvement de plus de 5 kg, sans position en porte-à-faux et sans rotation du buste, ainsi que sans port de charge de plus de 5 kg. La nécessité de changer régulièrement de position pouvait également justifier une baisse de rendement. Ils ont motivé leur appréciation consensuelle notamment comme suit :

« [...] Selon notre examen, il s'agit d'une spondylarthrite ankylosante dont le diagnostic est avant tout clinique ; la douleur est ancienne (début 2013), elle s'accompagne d'une douleur nocturne et d'un dérouillage matinal long de 3 heures (supérieur à ½ heure), sans douleurs articulaires périphériques. Le sexe n'est pas discriminant, la distribution étant également répartie entre homme et femme. Les examens complémentaires ne viennent que consolider le diagnostic déjà évoqué cliniquement.

La biologie ne montre pas de syndrome inflammatoire (comme souvent), l'HLA B27 est présent, les radios simples sont négatives et l'IRM montre une inflammation bilatérale des articulations sacro-iliaques avec prise de contraste au gadolinium. Il ne peut pas s'agir du diagnostic différentiel, ostéose iliaque condensante, l'expertisée n'ayant eu qu'une grossesse.

Le cas de cette expertisée rentre dans les critères ASAS 2009.

Le test de BASDAI (critère de sévérité) est de 5,5/10 et le BASFI (impact sur la vie quotidienne) est de 4,1/10.

L'expertisée n'est, actuellement, pas soulagée par les anti-inflammatoires, le Méthotrexate et le Simponi.

Le changement du traitement de fond, Méthotrexate pourrait être envisagé pour de la Salazopyrine, tout en maintenant l'Anti-TNF.

Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble somatoforme ne peut pas être retenu étant donné que les douleurs avancées par l'expertisée ont une base organique, bien qu'ils soient teintés d'une forte démonstrativité, cela étant un des traits de sa personnalité. Un trouble dépressif léger a été retenu.

Les plaintes de l'expertisée consistent en des céphalées, des douleurs cervicales, des épaules, des membres supérieurs avec

sensations de paresthésies des mains et une impression de blocage, des membres inférieurs, des cuisses, plus à droite qu'à gauche, des genoux et des chevilles, tristesse, sentiment d'être perdue.

L'examen clinique bidisciplinaire a mis en évidence la spondylarthrite ankylosante, responsable de l'incapacité de travail depuis 2013, ainsi qu'un trouble dépressif léger.

[...]

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

L'expertisée n'a pas de formation professionnelle et ne parle pas le français depuis plus de 20 ans en Suisse. De plus, son mari est à l'AI et elle fait tout à la maison, parfois aidée par sa fille, mais nous considérons que Madame B. _____ est capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches et ceci en fonction de ses douleurs vécues subjectivement comme pénibles. Elle possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances bien qu'elle pense en être incapable à cause de sa souffrance et son sentiment d'injustice également du fait que l'AI ne lui reconnaît pas sa maladie. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement et au cours de l'entretien nous avons cru comprendre qu'elle était capable, en fonction des douleurs, d'initiatives et d'activités spontanées. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec des tiers, mais depuis pratiquement son arrivée en Suisse elle vit entourée de sa famille ou de compatriotes. Ainsi, elle est capable de vivre en groupe, mais notamment en groupe familial, elle peut lier d'étroites relations, prendre soin d'elle-même et subvenir à ses besoins. Elle dispose de mobilité et peut se déplacer, mais elle n'a pas de permis de conduire.

En revanche, la capacité de résistance et d'endurance de Madame B. _____ est diminuée à cause de la douleur alléguée.

4.6. Contrôle de cohérence

L'expert rhumatologue signale qu'il n'y a pas d'incohérence et les douleurs sont plausibles, même si l'expertisée a de grosses difficultés pour répondre aux questions, ce qui a également été remarqué par l'expert psychiatre pour qui les plaintes formulées par Madame B. _____ ne sont ni cohérentes ni plausibles. De plus, attitude démonstrative avec des pleurs pendant l'entretien avec l'expert psychiatre, ces derniers étant absents chez l'expert rhumatologue. [...] »

L'expert psychiatre a par ailleurs fourni les détails ci-après à l'issue de son rapport d'expertise psychiatrique :

« [...] 6. Diagnostics

Au moment de l'entretien ainsi qu'après étude du dossier et nos propres constatations, nous ne pouvons pas soutenir le diagnostic de trouble dépressif sévère, retenu par son psychiatre depuis pratiquement le début de la prise en charge en 2012, car les signes cliniques durant l'entretien et les rapports de la psychiatre ne correspondent pas aux critères cliniques de la CIM-10. Par ailleurs, la forte démonstrativité pendant l'entretien nous fait penser à une certaine exagération des symptômes, bien que nous n'ayons pas retenu ce diagnostic. Les signes cliniques correspondent tout au plus à un trouble dépressif léger avec syndrome somatique F33.01

caractérisé par une tristesse, sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement, avec une connotation fort démonstrative, sans idées noires, sans hospitalisation en milieu psychiatrique et des troubles du sommeil en fonction des douleurs, avec une tension nerveuse et une nervosité.

Bien que les signes cliniques d'un syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, soient présents pendant l'entretien, c'est-à-dire une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, survenant dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux (baisse de son pourcentage de travail par son patron qu'elle n'a pas contestée, ainsi que le fait que son mari est déprimé et que leurs relations ne sont pas toujours bonnes), nous ne pouvons pas le retenir, étant donné le diagnostic de spondylarthrite ankylosante retenu par l'expert rhumatologue. Il y a donc une base organique à la douleur manifestée par l'expertisée.

Z73.1 Accentuation de certains traits de personnalité histrionique et dépendante, observé au moment de l'entretien, mais vu la forte démonstrativité et selon ce que nous avons compris pendant l'entretien, nous ne pensons pas que cela soit le cas dans la vie de tous les jours.

7. Evaluation médicale et médico-assurantielle

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

Née [...] où elle a fait la scolarité, l'expertisée est venue en Suisse en 1989, mariée et ayant un enfant, son mari serait à l'AI pour des problèmes somatiques et dépressifs, et leurs relations seraient parfois conflictuelles. Elle a arrêté de travailler en 2013 et, après licenciement, développement de douleurs ayant pris la forme d'un trouble somatoforme ainsi qu'un trouble dépressif qui a pu être moyen au début, mais léger selon l'évolution. Forte démonstrativité faisant partie des traits de la personnalité histrionique et dépendante. Madame B. _____ est bien entourée par sa famille et présente des mécanismes adaptatifs qui sont diminués à cause de la douleur.

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

L'expertisée est suivie par un psychiatre, avec qui elle peut parler dans sa langue, depuis environ 2012, actuellement à une fréquence mensuelle, qui lui prescrit pratiquement depuis le début de la prise en charge du Tranxilium ainsi que de la Venlafaxine ER 150 mg. Nous nous interrogeons sur le fait que l'expertisée prend le même traitement et le même dosage depuis le début, sans amélioration clinique selon son psychiatre, alors qu'un changement de molécule antidépressive s'impose en cas d'une réponse inefficace ; de même, 150 mg de Venlafaxine nous semblent inappropriés pour un trouble dépressif sévère, en effet il faut atteindre 300 mg de Venlafaxine pour pouvoir toucher le noyau sérotoninergique et dopaminergique, ce qui, à notre connaissance, n'a pas été effectué chez l'expertisée. Nous nous interrogeons également [sur] l'absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique alors que son psychiatre retient un trouble dépressif sévère sans réponse au traitement antidépresseur.

Selon les dosages plasmatiques, l'expertisée est conforme envers les médicaments. [...]

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Les plaintes formulées par Madame B. _____ ne sont ni cohérentes ni plausibles, eu égard à l'entretien ainsi qu'aux activités journalières. L'expert rappelle que l'entretien fut très laborieux étant donné la forte démonstrativité de l'expertisée et le fait qu'elle ne répondait pas toujours aux questions notamment concernant les activités quotidiennes, d'emblée elle nous a dit qu'elle ne pouvait rien faire et qu'elle restait toute la journée à la maison, alors qu'au fur et à mesure de l'entretien, nous avons appris qu'elle est capable de faire de petites commissions, de préparer les repas, et qu'elle fait également des paiements à la poste, ainsi que des promenades et qu'elle rencontre des compatriotes, mais tout ceci en fonction de ses douleurs qu'elle dit vivre d'une façon insupportable, ceci étant la principale plainte de l'expertisée qui s'attend également à avoir une rente AI. [...] »

Sur question du SMR, les experts ont précisé, le 18 décembre 2019, qu'ils auraient dû prendre en considération l'incapacité de 50 % prononcée à compter du 25 mai 2012, augmentée à 100 % dès mai 2013, dans l'activité habituelle.

Par avis final du 16 janvier 2020, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts et retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 50 % dès le 25 mai 2012, puis de 100 % dès le 3 mai 2013, dans son activité habituelle. Dans une activité adaptée, une capacité de travail de 80 % (100 % avec baisse de rendement de 20 %) était exigible dès le 3 mai 2013.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée, en procédant à une comparaison des revenus, le 3 avril 2020. Le revenu sans invalidité était fixé à 49'528 fr. pour une activité à 100 % selon les informations communiquées par W. _____ SA. Le revenu d'invalidité ressortait des statistiques salariales et s'élevait à 41'433 fr. pour une activité exercée à 80 %. Aucun abattement n'était opéré, dans la mesure où les limitations fonctionnelles avaient été prises en considération dans l'évaluation de la baisse de rendement. Le taux d'invalidité s'élevait ainsi à 16,34 %. Une aide au placement n'entrait pas en ligne de compte, vu l'absence de motivation de l'assurée à une reprise d'activité.

Par projet de décision du 15 mai 2020, l'OAI a signalé à l'assurée qu'il entendait lui allouer une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai au 31 juillet 2013, puis une rente entière du 1^{er} au 31 août 2013.

Assistée de Me Stamenkovic, l'assurée a contesté ce projet par correspondances des 19 juin et 21 août 2020, estimant que le rapport d'expertise du R._____, à son avis contradictoire et insuffisamment motivé, ne pouvait pas fonder l'examen de son droit aux prestations. Elle a par ailleurs rappelé l'ancienneté de sa demande de prestations et requis l'actualisation de son dossier par l'interpellation de la Dre K._____.

Après consultation de son Service juridique, l'OAI a établi un nouveau projet de décision le 8 septembre 2020, accompagné d'une correspondance justificative, relevant que son précédent projet comportait une erreur. Etant donné que l'assurée présentait une capacité résiduelle de travail de 80 % en mai 2013, correspondant à l'issue du délai de carence d'une année, et que le degré d'invalidité de 16 % excluait le droit à une rente, elle ne pouvait en définitive prétendre à aucune prestation. Au surplus, l'OAI a soutenu que, de son point de vue, le rapport émanant du R._____ pouvait être doté d'une pleine valeur probante.

L'assurée a réitéré ses griefs par courrier du 8 octobre 2020, soulignant que l'OAI avait procédé à une reformatio in pejus sans qu'elle n'ait reçu d'avertissement préalable. Au demeurant, l'intégralité de ses médecins traitants attestaient d'une incapacité totale de travail dans toutes activités depuis 2012. Dès lors, elle devait se voir octroyer une rente entière d'invalidité « à compter du 26 mars 2012 ». A défaut, une nouvelle expertise bidisciplinaire devait être ordonnée.

L'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité le 9 novembre 2020, reprenant les termes de son projet de décision du 8 septembre 2020 et soulignant que les règles de procédure relatives à une reformatio in pejus ne s'appliquaient pas à la procédure d'audition de l'assurance-invalidité.

D. B._____, représentée par Me Stamenkovic, a déféré la décision du 9 novembre 2020 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 9 décembre 2020. Elle a, préalablement, requis l'assistance judiciaire, étant donné la précarité de sa situation financière. Sur le fond, elle a conclu, à titre principal, à la réforme de la décision querellée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2013, et, subsidiairement, à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, voire au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a, pour l'essentiel, contesté l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, estimant que les conclusions communiquées par le R._____ ne pouvaient être suivies. De son point de vue, l'appréciation de l'expert psychiatre était insuffisamment étayée et contradictoire. Notamment, ce dernier avait retenu un trouble dépressif léger, alors qu'il préconisait une augmentation de l'antidépresseur destinée à traiter un trouble grave. Il avait par ailleurs minimisé l'impact de la symptomatologie douloureuse et écarté, sans justification, les symptômes rapportés par la Dre D._____. Quant à l'expert rhumatologue, il ne précisait pas les raisons le conduisant à retenir une capacité de travail entière, quand bien même les diagnostics évoqués par les médecins traitants étaient dûment pris en compte. Il préconisait en outre une modification du traitement de fond, en l'absence d'efficacité des anti-inflammatoires prescrits. L'assurée reprochait également à l'OAI d'avoir remis en cause la rente entière d'invalidité octroyée par décision du 5 avril 2018, pour la période du 1^{er} mai 2013 au 28 mai 2014. A son avis, cette prestation lui était acquise, dans la mesure où les seuls éléments litigieux au cours de la précédente procédure judiciaire concernaient la situation médicale régnant au-delà du 28 février 2014, de sorte que la décision du 5 avril 2018 était partiellement entrée en force.

Par décision du 5 janvier 2021, la magistrate instructrice a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet dès le 9 décembre 2020, en l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi qu'en désignant Me Stamenkovic en qualité d'avocat d'office.

L'OAI a répondu au recours le 8 février 2021, concluant à son rejet. Il a observé que l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 11 décembre 2018 avait annulé la décision du 5 avril 2018, ce qui lui avait imposé l'examen du cas ab initio. Au surplus, les observations de l'assurée ne permettaient pas de douter du bien-fondé de l'appréciation des experts du R._____.

Par réplique du 9 juillet 2021, l'assurée a maintenu ses conclusions. Elle s'est prévalué d'un nouveau rapport de la Dre K._____, du 28 juin 2021, lequel était notamment accompagné d'un rapport de scintigraphie osseuse trois phases et spect-ct du corps entier du 4 juin 2021. Ce dernier document faisait état des éléments suivants :

« [...] 1 : atteinte d'allure surtout inflammatoire concernant l'ensemble du squelette axial et appendiculaire, sans altération structurelle marquée, plaidant en faveur d'une spondylarthropathie inflammatoire : atteinte de 6^{ème} à 12^{ème} articulations costo-vertébrales à prédominance gauche, de 12^{ème} articulation costo-transversaire droite, atteinte facettaire postérieure marquée de L3-L4 des deux côtés, de D11-D12, L1-L2, L2-L3, L4-L5, L5-S1 ; interprocessus épineux de L2 à L5, des ischions des côtés à prédominance droite, des acromio-claviculaires des deux côtés, sterno-claviculaires et première articulation sterno-costale à prédominance gauche et manubrio-sternale. Péri-trochantérite droite. Atteinte des articulations radio-ulno-carpienne, carpiennes et métacarpo-phalangiennes, interphalangiennes proximales et distales des deux côtés à prédominance droite.

2 : atteinte dégénérative touchant surtout la colonne cervicale avec discarthrose et uncarthrose C5-C6 en phase inflammatoire marquée et de C6-C7 dans une moindre mesure ; discarthrose L4-L5 et L5-S1 ; gonarthrose modérée à prédominance fémoro-tibiale interne des deux côtés.

3 : enchondrome centro-médullaire métaphyso-diaphysaire distal du fémur gauche de 4 cm. »

La Dre K._____ relevait que l'examen précité confirmait « une atteinte de spondylarthrite axiale mais aussi une atteinte polyenthésitique périphérique, corrélée entièrement aux plaintes de [l'assurée] et à son examen clinique ». Elle a par ailleurs procédé à la critique du rapport d'expertise du R._____, estimant que son analyse médicale allait « totalement à l'encontre de l'appréciation consensuelle » reprise par le SMR. Elle a enfin réitéré que les limitations fonctionnelles

observées auprès de sa patiente excluait l'exercice de toute activité lucrative.

L'OAI a dupliqué le 17 août 2021 et maintenu sa position, en se référant à un avis du SMR du 9 août 2021. Ce dernier soulignait que l'assurée n'avait fait l'objet d'aucun examen clinique postérieur à l'expertise du R._____, ce qui ne permettait pas de retenir une aggravation de son état de santé, en dépit des observations ressortant de l'examen radiologique du 4 juin 2021.

A la demande de la magistrate instructrice, Me Stamenkovic a fourni la liste des opérations effectuées dans le cadre de son mandat par pli du 26 novembre 2021.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1, let. a, LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93, let. a, LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 9 décembre 2020 contre la décision de l'intimé du 9 novembre 2020 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sa capacité résiduelle de travail et son degré d'invalidité.

b) La recourante fait préalablement grief à l'intimé d'avoir remis en cause le droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} mai 2013 au 28 février 2014, prononcé aux termes de sa décision du 5 avril 2018. A son avis, cette prestation lui était acquise, dans la mesure où elle n'était pas contestée dans la précédente procédure judiciaire.

Cela étant, la teneur de l'arrêt de renvoi, rendu par la Cour de céans le 11 décembre 2018 en la cause AI 146/18 - 357/2018, ne permet pas une telle conclusion. Cet arrêt relève tout d'abord que l'expertise fondant ladite décision datait de juillet 2013, alors que de nouvelles pathologies avaient été évoquées auprès de la recourante postérieurement à cette date. Il constate ensuite que le SMR estimait nécessaire de faire procéder à une nouvelle expertise bidisciplinaire. Dès lors, la Cour de céans a considéré que « le volet médical du dossier [devait] faire l'objet d'une instruction complémentaire ». Dans ce contexte, il s'agissait « de déterminer précisément les diagnostics affectant l'état de santé de la recourante, avec l'indication des dates de survenance, ainsi que sa capacité de travail résiduelle et ses limitations

fonctionnelles » (cf. arrêt du 11 décembre 2018, p. 7). La Cour de céans a ainsi annulé la décision du 5 avril 2018 et renvoyé la cause à l'intimé pour nouvelle décision « au sens des considérants », sans statuer sur l'éventuel bien-fondé de la rente servie du 1^{er} mai 2013 au 28 février 2014. Partant, il y a lieu de déduire que l'intimé disposait de toute latitude pour réexaminer ab initio le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en fonction du résultat de l'instruction complémentaire à conduire. Au demeurant, on soulignera que selon la jurisprudence fédérale, les éventuelles considérations sur les éléments d'une rente (taux, durée, etc.) émises par une autorité de recours renvoyant la cause à l'administration pour nouvelle décision sur le droit à la rente « au sens des considérants » n'acquièrent aucune autorité de chose jugée dans la mesure où l'on ne saurait admettre que les éléments d'une rente soient déjà - formellement et matériellement - définitivement jugés, alors même que le droit en tant que tel est toujours litigieux (TF 9C_487/2010 du 17 juin 2010 et les références citées). Le grief de la recourante peut par conséquent être écarté.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse (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) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

c) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

d) Selon l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces

deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

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 (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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

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

6. a) En vertu de la jurisprudence fédérale, 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). Cette procédure probatoire a été étendue aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2).

b) Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et des dépendances 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 (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 références citées).

c) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'une dépendance 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).

d) 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).

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

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la

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

7. a) En l'occurrence, l'état de santé somatique de la recourante a fait l'objet d'une évaluation spécialisée au sein du R. _____ par le Dr P. _____, lequel a repris les diagnostics retenus par la Dre K. _____. Il est dès lors incontesté entre les parties que la recourante présente principalement une spondylarthrite ankylosante, objectivée et investiguée au plus tard à compter du rapport du Service de rhumatologie du Centre hospitalier I. _____ du 19 décembre 2013, ainsi que des atteintes dégénératives (hernie cervicale C5-C6 et discopathie L2-L3 et L3-L4).

b) Les avis divergent cependant sur les conséquences de ces atteintes à la santé en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles. On relève que le Dr J. _____ du Centre hospitalier I. _____ ne s'est pas exprimé à cet égard dans le rapport précité, s'étant limité à recommander un traitement antalgique et le maintien d'une activité physique régulière. Quant à la Dre G. _____ - qui ne disposait pas des résultats confirmant la spondylarthrite ankylosante à la date de son examen - elle a considéré que la capacité de travail de la recourante

était de 100 % dans une activité sans port ni soulèvement de lourdes charges, permettant l'alternance régulière des positions. La Dre K. _____ estime pour sa part que la capacité de travail de sa patiente est nulle au vu du tableau algique imputable à la spondylarthrite ankylosante (cf. notamment : rapport de cette praticienne du 28 juin 2021). Au terme de son examen, le Dr P. _____ a, de son côté, conclu à une capacité de travail entière, sous réserve d'une baisse de rendement de 20 % depuis le 3 mai 2013, dans une activité sans soulèvement, ni port de lourdes charges, épargnant le rachis et permettant des changements fréquents de position.

c) Il ressort du rapport d'expertise du R. _____, singulièrement de l'expertise rhumatologique rédigée par le Dr P. _____, que ce dernier a procédé à un examen clinique minutieux de la recourante (rachis, membres supérieurs et inférieurs), ainsi qu'à l'analyse de l'ensemble des pièces de son dossier, avant de fournir des conclusions cohérentes avec les observations communiquées par la plupart des somaticiens ayant examiné l'intéressée.

Contrairement à ce que soutient la recourante, on ne voit pas qu'il se justifierait d'accorder préséance à l'avis de la Dre K. _____ dans ce contexte. Cette praticienne a certes fourni des explications complémentaires en procédant à une critique des constats retranscrits par le Dr P. _____. Cela étant, elle a motivé une incapacité totale de travail pour toutes activités « compte tenu [du] tableau douloureux, de l'imprévisibilité des crises algiques et des comorbidités psychiatriques ». Elle n'a par ailleurs pas détaillé les limitations fonctionnelles, objectivement corrélées aux atteintes à la santé présentées par la recourante (cf. rapport du 28 juin 2021, p. 4). Au surplus, il apparaît que son analyse de la situation se fonde substantiellement sur l'analyse radiologique du 4 juin 2021, largement postérieure à la date de la décision querellée du 9 novembre 2020.

d) En définitive, à la date précitée, on ne voit aucune raison de s'écarter de l'appréciation communiquée par le Dr P._____ dans son domaine de compétences.

8. a) Le registre psychiatrique du cas d'espèce a été évalué à deux reprises, une première fois par le Dr F._____ pour le compte de la H._____SA en juin 2013 et une seconde fois par le Dr N._____ pour le compte du R._____ le 30 août 2019. Ces deux spécialistes se sont tous deux distancés de l'appréciation de la psychiatre traitante de la recourante, la Dre D._____, tant sur le plan diagnostique qu'eu égard à la capacité résiduelle de travail. Le Dr F._____ a en effet observé que les critères pour la reconnaissance d'un épisode dépressif sévère n'étaient pas réalisés à la date de son examen. Il a considéré que l'état de santé psychique de la recourante était en rémission partielle et que l'épisode dépressif devait être qualifié de moyen. Une capacité de travail entière, à mettre à profit de manière progressive, pouvait être prise en considération (cf. rapport d'expertise bidisciplinaire du 16 juillet 2013, p. 30 et 31). Quant au Dr N._____, il a également écarté le diagnostic d'un trouble dépressif sévère, relatant que les signes cliniques relevés au cours de son examen justifiaient tout au plus le diagnostic d'un trouble dépressif léger avec syndrome somatique. La capacité de travail était préservée à 100 %, sous réserve d'une baisse de rendement de 20 %. Le Dr N._____ a d'ailleurs expressément souligné que ses constats se rapprochaient davantage de ceux du Dr F._____, que de ceux de la Dre D._____ (cf. rapport d'expertise du R._____ du 28 octobre 2019, p. 13 et 14).

On ajoutera que tant le Dr F._____ que le Dr N._____ ont écarté un trouble de la personnalité auprès de la recourante, laquelle présentait uniquement certains traits de personnalité particuliers (histrionique et dépendante ; cf. rapport d'expertise bidisciplinaire du 16 juillet 2013, p. 28, et rapport d'expertise du R._____ du 28 octobre 2019, p. 13). En présence de deux appréciations expertales convergentes, on ne voit pas que l'avis insuffisamment étayé de la Dre D._____ puisse être suivi, alors que la recourante n'a fait valoir aucun élément nouveau

du registre psychiatrique au stade de la présente procédure. Partant, il n'y a aucune raison de douter de l'exhaustivité et de la pertinence de l'analyse des Drs F._____ et N._____.

b) La recourante estime toutefois, dans ce contexte, que l'appréciation du Dr N._____ serait entachée de contradictions dans la mesure où il aurait préconisé une augmentation du traitement antidépresseur ou une hospitalisation en milieu psychiatrique. On ne saurait toutefois adhérer à son raisonnement. Si le Dr N._____ a certes fait mention de telles mesures thérapeutiques, il apparaît qu'il entendait étayer les doutes que pouvait susciter le diagnostic d'épisode ou de trouble dépressif sévère retenu par la Dre D._____ depuis 2012 (cf. rapport d'expertise du R._____ du 28 octobre 2019, p. 13 et 14). On peut comprendre des propos du Dr N._____ qu'à son avis, si un épisode dépressif sévère avait perduré depuis plusieurs années, la psychiatre traitante aurait dû envisager des modifications thérapeutiques substantielles. Comme tel n'avait pas été le cas, le statu quo thérapeutique permettait en revanche de corroborer son observation clinique.

9. a) Eu égard à la grille des indicateurs préconisée par le Tribunal fédéral, le degré de gravité du tableau clinique et la question de la cohérence ont été commentées par le Dr N._____. Ce dernier a retenu que les plaintes alléguées par la recourante étaient dénuées de cohérence et de plausibilité, alors qu'elle disposait de certaines ressources. En effet, la recourante était notamment susceptible d'adaptation, voire d'initiative, et dotée de son discernement, ce qui la rendait capable de mobiliser ses compétences et connaissances, dans le respect de règles de routine. Elle demeurait par ailleurs bien entourée sur le plan familial et social, tout en étant capable de nouer des contacts avec des tiers (cf. rapport d'expertise du R._____ du 28 octobre 2019, p. 14).

b) Quand bien même cette appréciation est relativement succincte, il n'en demeure pas moins qu'elle est parfaitement congruente avec les constats cliniques consignés par le psychiatre du N._____. Elle

rejoint au surplus pour l'essentiel les observations rapportées en son temps par le Dr F. _____ (cf. rapport d'expertise bidisciplinaire du 16 juillet 2013, p. 26, 27 et 44).

c) Il convient ainsi de considérer que la recourante a fait l'objet d'investigations spécialisées motivées à satisfaction, lesquelles permettent d'exclure que la symptomatologie psychique qu'elle présente revête un degré de gravité suffisant pour être qualifiée d'invalidante à compter de mai 2013.

10. En définitive, on peut se rallier à l'appréciation communiquée au sein du R. _____, selon laquelle la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de vendeuse, mais qu'elle est en revanche dotée, depuis mai 2013, d'une capacité de travail entière, sous réserve d'une baisse de rendement de 20 %, dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles somatiques.

11. a) S'agissant de la comparaison des revenus opérée par l'intimé, celle-ci s'avère conforme à l'art. 16 LPGA et à la jurisprudence fédérale en la matière (cf. consid. 4d supra). Les revenus avec et sans invalidité pris en compte par l'intimé, que la recourante ne conteste pas en soi, n'apparaissent pas critiquables, de sorte qu'ils peuvent être ici confirmés, ainsi donc que le degré d'invalidité, fixé à 16 % par le Service de réinsertion professionnelle de l'intimé le 3 avril 2020.

b) Compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à 80 % dès le 3 mai 2013 et du degré d'invalidité précité, n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité, l'intimé était légitimé à nier le droit de la recourante à cette prestation à l'issue du délai de carence d'une année, échu en mai 2013 (cf. art. 28 al. 1, let. b, et al. 2 aLAI).

13. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 9 novembre 2020 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 5 janvier 2021.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) Me Stamenkovic a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 9 décembre 2020 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il a produit le relevé des opérations effectuées le 26 novembre 2021, justifiant 9 heures et 45 minutes de travail au profit de sa cliente. Les opérations comptabilisées entrent dans le champ temporel et matériel du mandat confié à Me Stamenkovic. Dès lors, il y a lieu d'arrêter son intervention à 9 heures et 45 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent des débours à concurrence de 87 fr. 75 et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 141 fr. 90, ce qui représente un montant total de 1'984 fr. 65 pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi).

e) La recourante est rendu attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 2'384 fr. 65 (1'984 fr. 65 + 400 fr.) dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il

incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; cf. art. 5 RAJ) de fixer les modalités de ce remboursement.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 9 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

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

- V.** L'indemnité d'office de Me Radivoje Stamenkovic, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'984 fr. 65 (mille neuf cent huitante-quatre francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris.

- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Radivoje Stamenkovic, à Yverdon-les-Bains (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :