

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} novembre 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

A.Q. _____, à [...], recourante, représenté par Me Yves Waldmann, avocat
à Bâle,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A.Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, a suivi sa scolarité obligatoire ainsi que des cours de couture en Turquie. Au bénéfice d'un permis de séjour, elle n'a jamais exercé d'activité lucrative depuis son arrivée en Suisse en 2000.

Le 19 avril 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une dépression sévère à la suite de la maladie et le décès de son époux survenu le [...] 2013 et de scapulalgies bilatérales présentes depuis 2016.

L'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à plein temps comme couturière par nécessité financière.

Par rapport du 10 mai 2017, la Dre K._____, médecin traitant généraliste, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de dépression sévère, de scapulalgies bilatérales prédominant à droite et de possible fibromyalgie. Elle a indiqué que sa patiente était veuve et sans enfant et qu'elle présentait un état dépressif sévère depuis le décès de son époux qui avait succombé à un cancer de l'estomac en 2013. Elle vivait seule en Suisse, sans famille, totalement isolée, et ne maîtrisait pas bien le français. Elle était incapable de travailler depuis le 22 février 2013, les limitations fonctionnelles étant des restrictions psychiques avec fatigue, un trouble de la concentration, un ralentissement psychomoteur et des restrictions physiques avec douleurs au niveau des deux épaules. La Dre K._____ a sollicité l'avis du Dr B._____, rhumatologue, par courrier du 13 mars 2017 en lui indiquant que l'assurée souffrait de scapulalgies désormais situées à droite depuis décembre 2016, associées à des paresthésies et un endormissement des doigts I et V faisant suspecter un syndrome cubital.

Le Dr B._____ a indiqué dans un rapport du 6 avril 2016 que la patiente avait présenté déjà des cervico-scapulalgies d'aspect

musculaire qui étaient actuellement plutôt calmes, la mobilité cervicale étant préservée. Il a noté l'absence de tout signe radiculaire ou tronculaire aux deux membres supérieurs. Il a relevé que depuis plus d'un mois, l'assurée souffrait de son épaule gauche avec des douleurs même en cours de nuit au décubitus latéral gauche, avec surtout des mouvements d'abduction qui étaient sensibles. A l'examen, il n'y avait pas d'épanchement articulaire de l'épaule, pas de limitation fonctionnelle l'orientant vers une capsulite, mais il avait retrouvé des tests de coiffe et des manifestations de conflit sous-acromial. Il a noté que la Dre K. _____ avait effectué des radiographies qu'elle avait décrites comme normales, notamment sans calcification. Vu la persistance des douleurs, il avait effectué une infiltration par voie sous-acromiale de l'épaule gauche avec une ampoule de DepoMedrol Xylocaïne. Il semblait que sous l'effet de l'anesthésique, les tests spécifiques et notamment le Jobbe étaient moins sensibles. Il a ajouté qu'il existait encore une composante musculaire, notamment de l'angulaire et du trapèze du côté gauche.

L'assurée a ensuite consulté le Dr V. _____, chirurgien orthopédique, qui a indiqué dans un rapport le 29 mai 2017 que l'assurée, droitrière, présentait des douleurs persistantes sans amélioration au niveau de l'épaule droite dans le cadre d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne avec tendinopathie de la coiffe. A l'examen clinique, il n'avait pas d'argument pour une lésion de la coiffe des rotateurs. Il s'agissait plutôt d'une pathologie inflammatoire. Il avait encore demandé une arthro-IRM afin d'affiner le diagnostic et avait donné un bon de physiothérapie à la patiente afin qu'elle pût être rééduquée (physiothérapie anti-inflammatoire plus proprioception). Il a précisé le 27 juin 2017 que la capacité de travail était complète dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (pas de travail physique lourd avec des gestes répétitifs, pas de travail avec le bras au niveau et au-dessus de l'horizontale et dans les positions en porte-à-faux, pas de port de charges lourdes), dès le 29 mai 2017 au moins (date de sa consultation). Il a ajouté que l'IRM avait confirmé une lésion subtotale de la coiffe des rotateurs.

De son côté, le Dr J._____, rhumatologue, a posé les diagnostics d'arthrose cervicale et de périarthrite de l'épaule droite le 12 juin 2017 ; il n'a pas évalué la capacité de travail, mais il a indiqué qu'il fallait éviter le bras en l'air ou le bras tendu en avant.

Quant au Dr B._____, il a réaffirmé, le 14 juin 2017, son diagnostic de scapulalgie gauche sur conflit sous acromial et a précisé que la capacité de travail était complète sur le plan rhumatologique dans une activité où le travail en force et en hauteur des membres supérieurs n'était pas nécessaire.

Dans un rapport du 16 mars 2018, la Dre X._____, psychiatre auprès d'O._____, a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et disparition et décès d'un membre de la famille (Z63.4) depuis 2013. Dans son anamnèse, elle a relevé que l'assurée était toujours restée au foyer et s'était consacrée aux tâches domestiques pendant que son mari travaillait à [...] comme paysagiste. Son époux ne souhaitait pas qu'elle travaille à l'extérieur de la maison et n'avait pas donné son autorisation. La Dre X._____ a précisé que, d'un point de vue culturel, il était tout à fait répandu que les femmes turques, issues d'un milieu socio-économique modeste et activement religieux comme ce couple, ne fussent pas autorisées par le mari d'accepter un travail rémunéré à l'extérieur du domicile. Sur le plan médical, la Dre X._____ a constaté que l'assurée était une femme qui faisait son âge, s'habillait de manière très soignée et assortie, était toujours discrètement maquillée et faisait attention à son apparence. Elle s'exprimait en turc lors des consultations, mais avait des connaissances de base en français suffisantes pour des conversations simples. Elle se montrait plutôt timide, était orientée à tous les modes, calme, cohérente et collaborante. Elle se plaignait de difficultés à se souvenir et à se concentrer depuis le décès de son mari, mais sans que cela n'altérât sa capacité à raconter son histoire ou à faire part de ses besoins dans sa situation actuelle. Elle présentait une thymie triste persistante, ne décrivait pas d'investissement particulier ni d'intérêt pour quoi que ce fût, mais n'exprimait pas d'idées suicidaires. La Dre X._____ avait constaté un ralentissement moteur et l'assurée se sentait constamment fatiguée. Elle décrivait une inversion du rythme

nycthémeral, peinant à dormir la nuit, en raison de cauchemars et de peurs diffuses fréquentes. Elle dormait passablement la journée, mais se réveillait cependant facilement à l'aide d'un réveil si elle devait se rendre à un rendez-vous prévu. L'assurée avait l'impression d'être un peu perdue. Aucun trouble de la lignée psychotique n'avait été relevé. S'agissant de la capacité de travail, elle était de 40 à 50 % dès le 1^{er} avril 2018, mais il convenait de l'évaluer dans les ateliers protégés de l'OAI, l'assurée n'ayant pas travaillé depuis son arrivée en Suisse. Elle a évoqué des limitations fonctionnelles comme des difficultés relationnelles et dans la gestion des émotions, une hypersensibilité au stress, une perturbation du rythme diurne/nocturne et un apragmatisme.

La situation a été soumise aux Dres N._____ et G._____, médecins auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), qui ont déclaré, dans un avis rédigé le 23 août 2018, qu'elles n'étaient pas convaincues par le rapport de la Dre X._____, étant à l'époque à cinq ans après le décès de l'époux, alors que la symptomatologie dépressive réactionnelle diminuait habituellement durant les 6-12 mois après l'évènement. En outre, le status psychiatrique rassurant qu'elle décrivait, chez une assurée qui prenait un traitement médical léger et avait un suivi une fois par mois, était peu compatible avec les limitations fonctionnelles retenues par la Dre X._____. Par ailleurs, les médecins du SMR ont relevé une problématique culturelle chez cette assurée qui n'avait jamais été autorisée à travailler, ni par son père, ni par son époux. Sur le plan rhumatologique, les Dres N._____ et G._____ ont noté qu'aucune notion de fibromyalgie n'avait été évoquée par les spécialistes consultés, lesquels s'accordaient à dire que la capacité de travail était pleine dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit éviter le travail physique lourd avec des gestes répétitifs, le travail avec les bras au niveau ou au-dessus de l'horizontale et dans les positions en porte-à-faux. Les médecins du SMR ont conclu que les limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique pouvaient être admises, mais qu'il y avait lieu d'instruire plus le dossier dans l'axe psychiatrique.

Des questions ont été adressées au service médical d'O. _____ qui a répondu, le 13 septembre 2018, que l'assurée n'était plus suivie chez eux. Interpellée sur un éventuel suivi auprès d'un autre médecin psychiatre, l'assurée a répondu être en traitement auprès du Dr I. _____, psychiatre au P. _____, et du Dr M. _____, à [...].

Le Dr I. _____ a rempli un rapport le 7 janvier 2019, après avoir vu la patiente à trois reprises, soit le 11 juillet, le 10 septembre et le 1^{er} octobre 2018, et a précisé qu'il ne la reverrait pas car elle était partie s'installer à [...]. Il a noté que la patiente était dans une cassure dépressive et remplie d'anxiété pour son avenir. Il a rappelé qu'elle avait été fortement déstabilisée par le décès de son mari et par la nécessité de retrouver une certaine autonomie sur le plan personnel et social après avoir été plutôt confinée au milieu domestique, du fait des exigences culturelles de son milieu. Néanmoins, dès septembre 2018, cette patiente lui avait annoncé qu'elle avait contracté un deuxième mariage, en épousant un résident suisse d'origine turque, lui-même divorcé et père de quatre enfants. Ce mariage avait été plus ou moins arrangé par sa famille, justement pour l'aider. Le Dr I. _____ avait pu rencontrer le mari actuel de cette patiente, M. B.Q. _____, et avait pu constater le désir de solidarité au sein du couple. Lors de leur dernier rendez-vous, l'assurée espérait trouver un meilleur équilibre en s'installant à [...] avec son nouveau mari et proche de la famille de celui-ci. Il a ajouté qu'il était difficile de se prononcer sur la question de la capacité de travail dans la mesure où l'assurée n'avait jamais travaillé ; néanmoins, l'assurée, qui était désireuse d'une certaine autonomie, pouvait déployer des capacités non utilisées jusque-là dans un contexte adapté et soutenant. Le très faible niveau de scolarité et l'absence de toute expérience professionnelle constituaient des limitations quant à l'insertion de cette assurée. La symptomatologie dépressive nécessitait par ailleurs une prise en charge sécurisante pour éviter toute déstabilisation face à de nouveaux défis, type insertion professionnelle.

Le 29 avril 2019, la Commune d'[...] a informé l'OAI que l'assurée était partie pour [...] le 31 décembre 2018 et s'était mariée le 7 août 2018.

Dans un rapport apparemment établi en avril 2019, le Dr M._____, psychiatre, et la psychologue U._____ ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de syndrome douloureux somatoforme (F45.4) depuis 2013, causant une incapacité de travail de 50 % dès avril 2018, et ont mentionné comme limitations la fatigue et le manque d'énergie.

Par avis du 16 juillet 2019, la Dre N._____ a qualifié les nouveaux rapports médicaux psychiatriques de peu contributifs et suggéré la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et rhumatologique.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué le 24 janvier 2020 par les Drs L._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapeute, et D._____, spécialiste en psychiatrie, au SMR, avec l'assistance d'une traductrice en langue turque. Leur rapport du 31 janvier 2020 fait état du diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de déchirure subtotale du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, et des diagnostics sans effet sur la capacité de travail de fibromyalgie, de lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une spondylose étagée et d'épisode dépressif léger (F32.0). A titre de limitations fonctionnelles, les médecins ont retenu, sur le plan rhumatologique, toute activité prolongée au-dessus de l'horizontale, le soulèvement de charges répétitif au-delà de 5 kg au-dessus de la taille et les mouvements répétitifs ou contre résistance, depuis décembre 2016. Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y avait pas de limitations. Ils ont toutefois précisé que le pronostic sur le plan psychiatrique était assez mauvais chez une assurée qui n'avait jamais exercé d'activité lucrative et qui était toujours restée femme au foyer. Ils ont conclu que la capacité de travail était pleine dans l'activité habituelle pour la majeure partie des tâches ménagères, une aide étant nécessaire pour les activités les plus

lourdes ou exercées en hauteur. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière depuis l'âge légal pour l'exercice d'une activité professionnelle.

Le 22 juillet 2020, l'intimé a rendu un projet de décision rejetant la demande de rente de l'assurée, qui présentait une diminution de sa capacité de travail dès décembre 2016, mais dont une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité prolongée au-dessus de l'horizontale, soulèvement de charges répétitif au-delà de 5 kg au-dessus de la taille, mouvements répétitifs ou contre résistance) était reconnue à l'échéance du délai d'attente, soit en décembre 2017. Dès lors, l'OAI a retenu qu'il était possible pour l'assurée de mettre en valeur sa capacité de travail dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ou comme ouvrière dans le conditionnement. Ensuite, dans la mesure où l'assurée n'avait pas exercé d'activité professionnelle depuis de nombreuses années, le revenu sans et avec invalidité était estimé selon le salaire que pouvait percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, soit 54'799 fr. 45 à 100 %, en 2017 (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], Tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1). Après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation), il a estimé qu'aucun abattement n'était justifié dans son cas. En effet, les limitations fonctionnelles n'étaient pas assez importantes pour limiter l'accès à un éventail d'activités suffisamment large et par conséquent n'engendraient pas de désavantage salarial.

L'assurée, représentée par l'avocat Yves Waldmann, s'est opposée à ce projet de décision. Par courrier du 17 septembre 2020, un délai de trente jours lui a été imparti pour compléter sa contestation ; l'assurée en a requis la prolongation car elle était dans l'attente d'informations médicales. Dans le délai prolongé au 23 novembre 2020, l'assurée a fait valoir que l'expertise du 31 janvier 2020 n'était plus

actuelle car les faits médicaux avaient changé depuis lors ; elle souffrait de dépression, elle était traitée par le Dr M._____ et son état physique s'était également détérioré. Elle ne disposait toutefois toujours pas des rapports médicaux, mais les produirait ultérieurement ou l'OAI pouvait en requérir la production directement auprès du médecin. L'OAI lui a rappelé que dans la procédure de contestation, il lui appartenait de fournir tous les éléments, en particulier les rapports médicaux détaillés susceptibles de lui permettre de revoir sa position. Un délai au 16 janvier 2021 lui a encore été imparti pour produire les pièces médicales utiles. Sur demande, ce délai a été prolongé une ultime fois jusqu'au 22 février 2021. L'assurée a indiqué, le 26 février 2021, ne pas être en possession du rapport médical du Dr M._____ car il était hospitalisé et indisponible jusqu'à Pâques au moins.

Le 4 mars 2021, l'intimé a refusé de prolonger encore le délai et a rendu une décision de rejet de la demande, conforme à son projet du 22 juillet 2020.

B. Par acte du 26 avril 2021, A.Q._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation en ce sens qu'une demi-rente lui est accordée ou que la cause est renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Elle a requis l'assistance judiciaire, qui lui a toutefois été refusée par décision du 18 mai 2021 faute de chance de succès. En effet, la recourante faisait valoir qu'elle ne pouvait prouver la détérioration de son état de santé autrement qu'en produisant un rapport de son psychiatre traitant. Or, la recourante n'avait toujours pas produit le rapport en question avec son acte de recours, étant précisé que l'OAI lui avait accordé un délai prolongé trois fois pour produire ce rapport et lui avait indiqué qu'il lui appartenait de produire les pièces utiles à l'appui de sa contestation du projet de décision. Un délai lui a encore été imparti par la Juge instructrice pour produire le rapport médical en question afin de compléter sa requête d'assistance judiciaire, ce qu'elle n'avait pas fait.

Une décision rejetant la requête d'assistance judiciaire a ainsi été rendue à l'issue de ce délai.

Le 11 août 2021, la recourante a produit un rapport médical établi par le Dr M._____ qui a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation (F43.2), d'épisode dépressif moyen (F32.1), de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) (F41.0) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il a rappelé le parcours de vie de l'assurée ainsi que le fait qu'elle s'était remariée en 2018 avec un homme qui lui avait été présenté par sa famille. Il a indiqué qu'après l'arrivée du couple à [...], les problèmes étaient réapparus, notamment les problèmes financiers, et le trouble dépressif de la recourante s'était à nouveau aggravé. Son époux avait ses propres problèmes et ils essayaient de se soutenir mutuellement mais leur passé difficile les poursuivait toujours. Il a rappelé que la recourante était d'origine kurde et était issue d'une société patriarcale. Il a décrit le rôle des femmes dans une telle société, à savoir essentiellement au foyer. Il a rappelé l'historique de la vie de l'assurée, notamment le départ de son père pour l'Autriche, son mariage avec un parent établi en Suisse, la perte de son époux sans avoir pu avoir d'enfant, son isolement en Suisse après cette disparition, étant précisé qu'elle était soignée par sa jeune sœur. Son état dépressif s'inscrivait donc dans ce contexte, le diagnostic nosologique n'étant pas seul déterminant face à une femme qui n'était pas émancipée. Le Dr M._____ a indiqué que l'assurée exprimait sa dépression, comme il était courant dans sa société, par la somatisation et souffrait de la douleur comme d'un mécanisme de défense ; elle avait besoin de soutien, elle se sentait inutile et faible.

Par réponse du 25 août 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a joint l'avis de la Dre N._____ du 22 août 2021 qui a relevé que le rapport du 11 août 2021 du Dr M._____ retenait les mêmes diagnostics que ceux posés précédemment, qui ont été discutés par l'expert. Elle a noté que le traitement demeurait inchangé et que l'assurée n'avait pas été hospitalisée. Il n'y avait ainsi pas de nouvel argument objectivant une modification de la situation depuis l'expertise.

Le 17 septembre 2021, la recourante s'est prévaluée d'une attestation médicale du Dr M. _____ du 24 août 2021 indiquant qu'il avait été absent pour maladie de novembre 2020 à janvier 2021, raison pour laquelle il avait rédigé le rapport avec tardiveté. Elle a en outre produit une attestation d'incapacité de travail totale dès le 1^{er} janvier 2021 établie par ce même médecin le 13 septembre 2021. Elle a aussi invoqué que son état psychiatrique n'avait pas été pris en compte par l'intimé.

Il est précisé que le rapport du Dr M. _____ du 11 août 2021 ayant trait à des éléments existant avant que la décision de l'intimé ne soit rendue, il est pris en considération dans la présente procédure.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

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

b) L'invalidité est évaluée sur la base de rapports médicaux.

aa) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un

effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

bb) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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

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

fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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

c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir

s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Lorsque l'activité de l'assuré ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider

s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, la recourante ne remet pas vraiment en cause les constatations et conclusions du rapport de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique des médecins du SMR du 31 janvier 2020, mais allègue que son état psychiatrique s'est modifié depuis lors. Elle se prévaut toutefois d'un rapport de son médecin psychiatre traitant du 11 août 2021 qui semble remettre en cause les conclusions des médecins du SMR. Il y a donc lieu d'examiner le bienfondé de ces dernières, ainsi que la vraisemblance d'une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis lors.

L'intimé a fondé sa décision sur les conclusions de ce rapport du 31 janvier 2020 des médecins du SMR, dont l'appréciation consensuelle est la suivante :

« **Sur le plan rhumatologique**, l'assurée signale l'apparition de multiples douleurs depuis 2015. Les douleurs les plus fortes actuellement sont à la tête, aux yeux, aux épaules, à l'ensemble des bras. Les douleurs fluctuent de 5/10 à 9/10. Elles sont plus fortes la nuit ou lors des tâches ménagères. L'assurée dit que, lors des tâches ménagères, les mains gonflent. Pour calmer les douleurs, elle met des patchs auto-chauffants et prend du Dafalgan®. Elle a eu des injections de cortisone à la base du pouce D [droit] et de l'annulaire G [gauche] l'été passé. L'assurée dit que maintenant c'est pire, tous les doigts font mal. La nuit, elle évite de dormir sur le côté D en raison des douleurs de l'épaule. Elle dit toutefois qu'elle dort beaucoup. Au lever, les mains font mal et sont gonflées le temps qu'elle se lève et se lave le visage.

A l'examen clinique, l'assurée marche d'un pas normal à plat et dans les escaliers. Les marches sur les talons et la pointe des pieds sont réussies. L'accroupissement est profond. Lors de ce mouvement, l'assurée dit avoir l'impression que la cuisse G est gonflée. L'appui monopodal est tenu ddc [des deux côtés]. La position assise est maintenue sans manifestation algique pendant les 55 minutes de l'entretien. D'autre part, l'assurée dit que son mari l'a conduite en voiture pour venir à l'examen. Le trajet a duré 2 heures. Il n'y a pas de mesures de protection articulaire. L'assurée n'a aucune difficulté à élever les bras ni à atteindre les zones basses.

L'assurée signale des douleurs diffuses à la palpation de la colonne lombaire. Les amplitudes de la colonne cervicale sont conservées. L'assurée signale des douleurs non pas de la nuque, mais à l'arrière

de la tête lors des mouvements d'inclinaison latérale. La mobilité lombaire est conservée en flexion et en extension. L'assurée signale des douleurs lors de l'extension. Les inclinaisons sont aussi diminuées, l'assurée alléguant des douleurs des flancs. Il n'y a pas de radiculopathie irritative ni déficitaire.

Les articulations périphériques ne présentent pas de signe inflammatoire. Au niveau des épaules, on constate une diminution de la rotation interne de l'épaule D par rapport au côté controlatéral. Lors des mouvements d'antépulsion et d'abduction, l'assurée signale des douleurs à la partie supérieure de l'épaule D. Les muscles de la coiffe des rotateurs et le long chef du biceps sont tenus et indolores. Le cross arm test est douloureux principalement du côté D. L'examen des coudes et des poignets est sp [sans particularité]. L'assurée signale des douleurs de l'articulation interphalan-gienne du pouce D lors du mouvement d'opposition. Les amplitudes articulaires des hanches sont conservées, malgré des douleurs situées à la région inguinale et à la face interne de la cuisse ddc. L'examen des genoux et des chevilles est sp. L'assurée signale des douleurs à la palpation de l'articulation MTP [métatarso-phalangienne] du 1^{er} rayon G.

Sur le plan radiologique, les RX de la colonne lombaire du 26.01.2016 et du 10.07.2017 montrent une spondylose antérieure, un léger pincement intersomatique en L5-S1, une inclinaison vertébrale du côté D sur les clichés les plus récents.

Les RX du bassin du 26.01.2016 et du 10.07.2017 sont sp.

Les RX des épaules du 29.03.2016 et du 17.02.2017 sont sp.

L'arthro-IRM de l'épaule D du 08.06.2017 montre une déchirure subtotale du tendon du sus-épineux. La trophicité musculaire est conservée.

La concordance entre les douleurs annoncées par l'assurée et les constatations radio-cliniques est faible. Les douleurs sont trop diffuses. Ceci s'explique par la présence d'une fibromyalgie. En effet, actuellement, les critères diagnostiques ACR 2016 sont positifs. Une fibromyalgie est également évoquée par le Dr K._____, dans le rapport du 10.05.2017.

Les constatations objectives sont une déchirure subtotale du tendon sus-épineux de l'épaule D. Malgré cette déchirure, l'assurée n'a aucune difficulté à élever les bras. Les muscles de la coiffe des rotateurs sont compétents. Cette déchirure justifie toutefois des limitations concernant les activités exercées au-dessus de l'horizontale, le soulèvement de charges, les activités répétitives et contre résistance. Les douleurs de l'épaule G sont actuellement non significatives. Elles ne justifient pas de LF [limitation fonctionnelle].

Dans le rapport du 14.06.2017, le Dr B._____ mentionne des antécédents de cervicalgies. Lors de l'examen de ce jour, l'assurée ne présente pas de douleurs de la région cervicale. Les douleurs se situent plutôt au niveau lombaire. A ce niveau, on constate des signes radiologiques de discopathies étagées, prédominant en L5-S1. L'atteinte dégénérative lombaire reste toutefois modeste. Les MT [médecins traitants] ne diagnostiquent pas de lombalgies dans leurs rapports. Ces lombalgies communes ne justifient pas de LF.

Dans le rapport du 06.07.2019, le Dr H._____ diagnostique des doigts à ressaut au niveau du pouce D et de l'annulaire G. Lors de l'examen de ce jour, nous ne mettons pas en évidence de phénomène de ressaut. Comme l'assurée déclare qu'actuellement

les douleurs touchent tous les doigts, il est vraisemblable que ces douleurs se rattachent plutôt à la fibromyalgie qu'à une lésion organique significative de la poulie des doigts. A noter que sur le plan biomécanique, une fibromyalgie ne justifie pas de LF.

On constate que l'assurée a des ressources physiques. Elle peut voyager en voiture jusqu'en Turquie. Elle a du plaisir à cuisiner. Elle partage les tâches ménagères avec elle et son mari. A noter que son mari est rentier AI. L'examen de ce jour est rassurant et montre une assurée qui n'est pas entravée dans sa gestuelle spontanée. Elle tente à sous-estimer ses capacités physiques, par ex. lorsqu'elle déclare qu'elle peut rester assise pendant 20 minutes au maximum alors qu'elle maintient cette position beaucoup plus longtemps et sans manifestation algique. Au vu de ces éléments, nous nous alignons sur l'avis du Dr B. _____ (cf. rapport du 14.06.2017) et du Dr V. _____ (cf. rapport du 27.06.2017) : il n'y a pas d'IT [incapacité de travail] durable dans une activité adaptée sur le plan ostéoarticulaire.

Dans le rapport du 10.05.2017, le Dr K. _____ indique que la patiente n'a jamais travaillé en Suisse, elle ne peut clairement actuellement pas travailler, pas d'activité adaptée. Ceci relève vraisemblablement de facteurs externes (absence de formation professionnelle, absence d'expérience professionnelle, mauvaise maîtrise de la langue, mari rentier AI, âge). Ces facteurs externes ne doivent toutefois pas être pris en compte pour l'évaluation de la CT [capacité de travail] sur le plan médical.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit donc d'une assurée, d'origine turque, en Suisse depuis 2000, veuve sans enfant depuis 2013, deuxième mariage en 2018. Sans formation, sans activité en Suisse, qui dépose une demande le 19.04.2017. Elle est en IT depuis le 01.03.2013 en raison d'un état dépressif sévère. Dans son rapport du 10.05.2017, le MT, le Dr K. _____, annonce une dépression sévère suite à une maladie et décès de son mari en février 2013. Malgré le traitement antidépresseur par Fluctine® et un suivi psychiatrique à O. _____ à [...], l'évolution est sans amélioration avec une ITT [incapacité de travail totale], selon le RM [rapport médical] du Dr K. _____ en date du 10.05.2017.

Dans le RM du 16.03.2018, la psychiatre d'O. _____, la Dresse X. _____, retient un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) existant depuis la maladie et le décès du mari de l'assurée (mars 2013). Le status psychique est plutôt rassurant. La Dresse X. _____, psychiatre, évoque un pronostic favorable avec une CT à 40-50 % dans une activité adaptée depuis le 01.04.2018. Le médecin du SMR, la Dresse E. N. _____ (RM SMR du 16.07.2019) n'est pas convaincue par ce rapport car, actuellement, après cinq ans suite au décès de son époux, la symptomatologie dépressive réactionnelle diminue durant les six à douze mois après l'évènement. Le status psychiatrique rassurant avec un traitement médical léger et un suivi 1 x/mois est peu compatible avec des LF retenues.

Une expertise bidisciplinaire est demandée.

Après avoir effectué une école de broderie sur deux ans dans son pays d'origine, elle n'a jamais exercé son métier de couturière, car son père ne le lui a pas permis. Elle est donc restée dans la maison familiale à s'occuper des tâches ménagères. Quand l'assurée s'est mariée en 2000, elle n'a jamais exercé aucune activité

professionnelle et est restée femme au foyer, même après son deuxième mariage.

Aucune mesure de réinsertion professionnelle n'a été effectuée.

Elle sera prise en charge sur le plan psychiatrique par O. _____ ambulatoirement depuis 2013 (RM OAI du Dr K. _____, 10.05.2017). On relève dans le RM pour l'OAI par la Dresse X. _____, en date du 16.03.2018: un diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) depuis 2012 avec une prise en charge qui a débuté depuis le 26.04.2013. Une médication de Fluctine® 20 mg/jour et de Temesta® 1 mg 2 x/jour en réserve, ainsi qu'un suivi mensuel est mis en place. L'assurée cesse sa prise en charge durant le courant de l'année 2018 et sera suivie par P. _____, du 11.07.2018 au 01.10.2018 (RM OAI, Dr I. _____, 07.01.2019). L'assurée ne sera vue qu'à trois reprises : le 11.07, le 10.09 et le 01.10.2018. La médication de Fluctine® et de Temesta® est maintenue. Elle est prise en charge depuis le 26.09.2018 ambulatoirement à [...], suite à son déménagement par le Dr M. _____, psychiatre, qui pose un diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) (RM OAI, Dr M. _____, reçu le 09.05.2019) et dans un récent rapport datant du 21.01.2020 de trouble panique (F41.0).

L'assurée n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique et elle n'a jamais subi d'expertise psychiatrique.

L'assurée se plaint avant tout de fatigue.

Elle n'a aucune attente particulière vis-à-vis de l'OAI, elle souhaiterait reprendre une activité professionnelle.

Les éléments recueillis sur le plan psychosocial et la vie quotidienne démontrent que les ressources disponibles ou mobilisables de l'assurée sont globalement conservées, ainsi que son autonomie dans la vie quotidienne : l'assurée participe aux activités des tâches ménagères et les repas avec son mari, ils vont ensemble faire les courses, elle garde des contacts avec sa famille et des amis de son premier mariage par téléphone, elle pratique régulièrement la prière 5 x/jour, fait le Ramadan et va à la mosquée. Elle est partie en voiture, l'été passé, en Turquie avec son mari pour voir la famille de son mari et la sienne et ils y sont restés environ un mois.

L'examen de ce jour permet de retenir le diagnostic d'épisode dépressif léger. On retient deux critères majeurs : une humeur triste et une réduction de l'énergie qui est d'origine dépressive. On n'observe pas une diminution de l'intérêt et du plaisir. On retient deux critères mineurs : une attitude pessimiste face à l'avenir et une augmentation du sommeil. Ce diagnostic n'a pas de caractère incapacitant.

Nous nous éloignons du diagnostic d'épisode dépressif moyen attesté par le Dr M. _____, RM du 21.01.2020.

Le diagnostic de trouble panique, évoqué dans le RM du 21.01.2020 du Dr M. _____, ne peut être retenu, car l'assurée présente un gêne thoracique consécutive à des ruminations de sa situation sociale. Elle ne présente pas de caractère imprévisible.

Le syndrome douloureux somatoforme, évoqué dans le RM OAI du Dr M. _____, reçu le 09.05.2019, ne peut être retenu en raison de l'absence d'un sentiment de détresse. De plus le diagnostic de fibromyalgie retenu par notre confrère rhumatologue élimine le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme.

Le diagnostic de fibromyalgie ayant été rétenu, on doit dès lors examiner ce diagnostic à l'aune des indicateurs standard. Au vu des ressources bien conservées et de l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante, le diagnostic de fibromyalgie est retenu comme non-incapacitant.

L'assurée estime ne pas avoir connu de modification de son état psychique suite au décès de son mari en 2013. Dans ces conditions, nous devons considérer que l'assurée n'a jamais présenté d'IT durable.

En l'absence de diagnostic incapacitant, les questions de traitement *lege artis*, de la collaboration de l'assurée et des options thérapeutiques disponibles tombent. Il en est de même pour celles du pronostic et de l'aptitude à suivre des mesures de réinsertion.

On observe des divergences entre les symptômes, le comportement durant l'entretien et l'activité de la vie quotidienne. En effet, l'assurée nous décrit la présence de douleurs importantes à l'épaule D et de difficultés à rester assise plus de 20 minutes. Durant l'entretien, l'assurée n'a pas présenté d'attitudes antalgiques et encore moins de difficultés à rester assise. Il n'y a pas de diminution de l'autonomie dans l'activité de la vie quotidienne. »

Les médecins examinateurs du SMR ont ainsi discuté des diagnostics posés par les médecins traitants et indiqué les motifs les poussant à retenir les diagnostics finalement reconnus. Ils ont examiné les ressources disponibles ou mobilisables et ont constaté qu'elles étaient globalement conservées. Ils ont évalué le degré de gravité de l'atteinte psychiatrique, considérée comme légère. Ils ont relevé des divergences entre les symptômes de la recourante, son comportement durant l'entretien et son activité de la vie quotidienne et ont noté qu'il n'y avait pas de diminution de l'autonomie dans l'activité de la vie quotidienne. S'agissant de l'incapacité de travailler en Suisse attestée par le médecin traitant, les médecins examinateurs ont indiqué que cet avis relevait vraisemblablement de facteurs externes (absence de formation professionnelle, absence d'expérience professionnelle, mauvaise maîtrise de la langue, mari rentier AI, âge) et que ces facteurs ne devaient toutefois pas être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail. Ensuite, ils ont considéré que le status psychiatrique rassurant décrit par la Dre X. _____, d'une assurée qui avait un traitement médical léger et un suivi une fois par mois, était peu compatible avec les limitations fonctionnelles retenues par cette psychiatre. L'existence de facteurs extramédicaux, notamment la culture et le contexte social de la recourante, ayant une large incidence sur la capacité de travail, a

d'ailleurs également été relevée par tous les psychiatres traitants, soit par la Dre X._____, le Dr I._____ et le Dr M._____.

Les examinateurs ont fixé les limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique à toute activité au-dessus de l'horizontale, de soulèvement de charges répétitif au-delà de 5 kg au-dessus de la taille et tous mouvements répétitifs ou contre résistance. Ils ont ajouté que les limitations en rapport avec l'épaule droite existaient depuis décembre 2016, date à laquelle la Dre K._____ avait mentionné la récurrence de scapuloalgies droite. Ils ont précisé qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique. La capacité de travail exigible était déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance aux contraintes mécaniques de l'épaule droite dans le cadre d'une déchirure subtotale du sus-épineux, la fibromyalgie et la discopathie lombaire ne justifiant pas des incapacités de travail. La requérante bénéficiait donc d'une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, et de 100 % également pour la majeure partie des tâches ménagères, une aide étant nécessaire pour les activités les plus lourdes ou exercées en hauteur.

On relève enfin que les médecins examinateurs ont procédé à une anamnèse complète, reprenant les nombreux rapports médicaux, décrit le déroulement représentatif d'une journée type de la requérante, pris en compte les plaintes de l'intéressée, examiné ses ressources et ses limitations fonctionnelles, effectué un examen clinique, émis des constatations circonstanciées et motivé leurs conclusions. Ils ont discuté des avis médicaux divergents et les ont écartés de manière convaincante. Le rapport est exempt de contradictions et les autres médecins spécialistes consultés n'ont pas émis des opinions suffisamment étayées objectivement aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des médecins du SMR. Le rapport d'examen psychiatrique et rhumatologique peut donc se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Dans son recours, l'assurée fait valoir une modification de son état de santé depuis l'examen rhumatologique et psychiatrique du 24

janvier 2020 et, afin d'étayer ce fait, elle a produit un rapport du Dr M. _____ du 11 août 2021. Or, ce rapport retient en substance les mêmes diagnostics que ceux posés en 2019 qui ont été discutés par l'examineur psychiatre. Il n'apporte pas d'élément objectif nouveau. Il s'étend longuement sur le parcours de vie de la recourante, sa culture, son contexte social, qui sont des facteurs extérieurs à la maladie et ne sauraient être pris en compte. Il ne décrit pas de péjoration de l'état de santé depuis janvier 2020 et on note que le traitement demeure inchangé. Son avis médical apparaît ainsi comme une simple appréciation différente de celle effectuée par les experts sur la base de faits identiques. Le Dr M. _____ entend en effet substituer ses propres constatations et conclusions à celles de l'examineur psychiatre ; or ce dernier a examiné la question de la capacité de travail, non pas simplement en considérant que les pathologies induisent une incapacité de travail totale mais en appréciant le degré de gravité fonctionnel, en pondérant les déficits et les ressources, en déterminant la cohérence des plaintes de l'assurée et son comportement dans ses différentes activités et en excluant les facteurs contextuels non médicaux qui empêchent l'assurée de reprendre une activité professionnelle.

Au regard de ces éléments, il s'agit de constater que les rapports produits par l'assurée ne justifient pas de remettre en cause le bien-fondé des conclusions des examinateurs du SMR ni n'objectivent une aggravation de l'état de santé depuis lors. Le dossier contient par ailleurs suffisamment d'éléments pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale requise par l'assurée apparaît dès lors inutile (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; TF 8C_731/2018 du 15 mars 2019 consid. 6.2).

Mal fondés, les griefs de la recourante sont en conséquence rejetés. Le calcul du degré d'invalidité n'est pas contesté, à juste titre.

6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort du recours.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de A.Q._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Yves Waldmann (pour la recourante),
- 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 :