

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 septembre 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Bonard et Riesen, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de trois enfants (nés en [...], [...] et [...]) est entrée en Suisse en [...]. Elle a effectué un apprentissage de vendeuse en boulangerie et a obtenu une formation élémentaire de deux ans dans cette profession. Elle a travaillé jusqu'à la fin 2006 auprès du même employeur, puis a cessé son activité à la naissance de ses enfants.

Le 26 janvier 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une polyarthrite rhumatoïde et de douleurs articulaires, en particulier aux doigts, pieds, genoux, dos et nuque.

Dans un rapport du 16 mars 2018, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé le diagnostic incapacitant de polyarthrite rhumatoïde depuis 2004, mais indiqué que sa patiente était séronégative et qu'il n'avait pas prescrit d'arrêt de travail dès lors qu'elle n'exerçait pas d'activité lucrative. Ce médecin a constaté des synovites chroniques symétriques touchant les MCP (articulations métacarpo-phalangiennes) et les IPP (articulations interphalangiennes proximales) des deux mains ainsi que les MTP (articulations métatarso-phalangiennes) des deux pieds. Le pronostic demeurerait globalement satisfaisant sous traitement de fond habituel (Leflunomide® 20 mg/jour et Prednisone® en réserve).

Dans un rapport du 26 mars 2018, le Dr Y._____, médecin traitant, posant les diagnostics incapacitants de polyarthrite rhumatoïde et de tunnel carpien bilatéral, a estimé la capacité de travail de l'assurée à 60 % dans une activité adaptée à l'état de santé depuis 2018.

D'après le questionnaire 531bis du 26 mars 2018, l'assurée en bonne santé travaillerait à 100 % depuis 2010 comme vendeuse par intérêt personnel. Cet élément a par la suite été confirmé auprès de la

psychiatre traitante la Dre E._____ (rapport du 20 août 2020, point 2.1).

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique de l'assurée réalisé dans les locaux du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) à Vevey. Dans le rapport d'examen du 11 mars 2019 signé par le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, cet examinateur a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une polyarthrite rhumatoïde séronégative (M 06.9) et a conclu à une capacité de travail de l'assurée nulle comme vendeuse en boulangerie, mais de 60 % dans une activité adaptée depuis le 9 mars 2018, date à laquelle le DrD._____ avait reconstaté des synovites chroniques aux articulations des pieds et des mains.

L'assurée a ensuite bénéficié d'un stage d'observation professionnelle auprès du COPAI de l'Orif [...], du 10 février au 6 mars 2020 à 60 % avec un horaire allant de 10h20 à 16h30. Dans le rapport du 30 mars 2020 de cet organisme, il est finalement retenu une capacité de travail de l'assurée de 50 % dans une activité adaptée (de niche de type réceptionniste) avec des restrictions tant psychiques que physiques à l'utilisation de l'outil informatique (soit « *pas de port, soulèvement, déplacements bimanuels de charges au-delà de 5 kg, pas de déplacement en terrain accidenté prolongé, pas de travaux sur échelle, échafaudage ou en hauteur, pas de genuflexion répétée, pas de mise accroupie répétée et pas d'activité nécessitant une forte contrainte de stress ou de fortes capacités organisationnelles* »). Dans le cadre de cette mesure d'observation professionnelle, l'assurée a été appelée à effectuer des activités manuelles diverses entraînant de fortes douleurs aux mains. Selon le compte rendu de la psychologue, l'assurée présentait un état dépressif sévère.

Dans un rapport du 20 août 2020, la Dre E._____, suivant l'assurée depuis le 28 novembre 2019, a posé les diagnostics

incapacitants de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.2) depuis 2010 et de probables traits de la personnalité, type évitants et dépendants depuis l'adolescence. De l'avis de cette psychiatre, la capacité de travail de l'assurée était de « 50% à moyen terme », sur le plan strictement psychiatrique en raison de la fatigabilité, de l'hypersensibilité au stress ainsi que des ruminations déterminant les troubles de la concentration. Le traitement alliait une psychothérapie et la prise de médicaments (Trittico® [stoppé en raison de vertiges], Redormin® 500 mg/jour et Deanxit® 2 cp./jour). Le pronostic était bon sur le plan psychiatrique.

Le 29 septembre 2020, le Dr Y._____ a répondu au questionnaire adressé dans l'intervalle par l'OAI comme suit :

“1. Quels sont les diagnostics précis pour lesquels vous suivez votre patiente actuelle ?

Polyarthrite rhumatoïde. Syndrome dépressif réactionnel. HTA [hypertension artérielle]. Dyslipidémie. Hypovitaminose B12. Fasciite plantaire bilatérale avec éperons calcanéens.

2. Evolution de l'état de santé de Madame A._____.

Ne va pas bien du tout. Polyarthralgies quotidiennes permanentes la gênant énormément dans les actes de la vie quotidienne. S'y associe une fasciite plantaire bilatérale très invalidante. Syndrome dépressif réactionnel à la situation médicale.

3. Pouvez-vous nous transmettre les compte-rendus d'examens complémentaires et/ou consultations spécialisées et/ou hospitalisations à votre disposition ?

Suivi par le Docteur D._____, rhumatologue à [...].

4. Merci de décrire le déroulement d'une journée type de votre patiente.

Dérouillage matinal au lever de toutes les articulations pendant une heure. Puis au cours de la journée, en raison des douleurs et de l'asthénie, elle doit s'allonger toutes les heures. Ne fait pas trop d'activités ménagères et n'a aucune activité en dehors de la maison. Même la marche est très difficile.

5. Indiquer quelle est la répercussion de l'atteinte de la santé invoquée dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales).

Cf réponse n°4. Pas d'activités sociales, ni loisirs. A même d'énormes difficultés à s'occuper de ses trois enfants dans la vie de tous les jours (maison, école, etc.).

6. Quelles sont les limitations fonctionnelles, objectives, d'ordre strictement médical, sans tenir compte du contexte psycho-social, de l'âge, ni de la formation ?

En lien évident avec la polyarthrite rhumatoïde, ainsi qu'avec le syndrome dépressif réactionnel qui en découle.

A déjà été expertisée en mars 2019 par un rhumatologue à [...]. Depuis, son état de santé ne s'est pas amélioré.

7. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

30% dans une activité adaptée à sa maladie.

8. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

Ne travaille plus depuis 13 ans.

9. Quels sont les traitements actuellement en cours et la compliance ?

Leflunomide 20mg, 1x/jour

Mefenamin 500, 1x/jour

Co-Dafalgan à la demande.

Sertraline 50mg, 1x/jour

Perindopril 4mg, 1/jour

Livazo 1mg, 1 tous les deux jours

Pantoprazol 40 1x/jour"

Se ralliant au point de vue du SMR (avis médical du 20 octobre 2020 signé par le Dr J._____), l'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) au M.____ (M.____) de [...]. Dans leur rapport d'expertise du 10 mars 2021, les Drs Q.____, médecin praticien, G.____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et W.____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, ont retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1), de céphalées de tension chroniques avec épisodes de migraines, de polyarthrite rhumatoïde séronégative depuis 2011, de talalgies sur troubles statiques des pieds et éperon calcanéen bilatéral dès 2018, de syndrome rotulien bilatéral dès 2019, de status après cure chirurgicale pour un syndrome du canal carpien gauche en 2016 et droit en 2017, de status après opération pour un médus gauche à ressort en 2004, d'obésité et d'hypertension artérielle depuis 2019. En guise de conclusion consensuelle, ces experts ont estimé que si la capacité de travail de l'assurée était nulle « *possiblement depuis septembre 2011* » dans l'activité habituelle, une totale capacité de travail existait dans une activité adaptée à la polyarthrite rhumatoïde depuis toujours ; à cet égard, les experts ont précisé que l'activité ne devrait pas se dérouler de façon prépondérante en position debout, éviter les marches prolongées ou les déplacements en terrain instable ainsi que la montée ou la descente fréquente d'escaliers. L'activité ne devait également pas nécessiter de mouvements répétitifs avec les mains ou une grande force de préhension et éviter le port de charge de plus de cinq kilos.

Dans un rapport SMR du 26 avril 2021, le Dr J. _____ a retenu l'atteinte principale à la santé de polyarthrite rhumatoïde séronégative depuis 2011, ainsi que les pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité de talalgies sur troubles statiques des pieds et éperon calcanéen bilatéral, de syndrome rotulien bilatéral, de status post cure chirurgicale pour un syndrome du canal carpien gauche en 2016 et droit en 2017. Les facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'assurance-invalidité étaient un status post chirurgie du médus gauche en 2004, une obésité, une hypertension artérielle ainsi qu'une dysthymie. Faisant siennes les constatations et conclusions de l'expertise pluridisciplinaire précitée, le médecin-conseil du SMR a indiqué que si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle, elle était de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (soit, éviter les positions debout prolongées, éviter les marches prolongées ou les déplacements en terrain instable ainsi que la montée ou descente d'escaliers, pas de mouvements répétitifs avec les mains ou une grande force de préhension, et éviter le port de charges de plus de cinq kilos) depuis toujours.

Par projet de décision du 21 mai 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité). Ses constatations étaient les suivantes :

“Selon les renseignements en notre possession, sans formation professionnelle, vous avez travaillé en dernier lieu comme vendeuse en boulangerie-pâtisserie de 2000 à 2006.

Selon vos déclarations, en bonne santé vous auriez à nouveau travaillé à un taux de 100% depuis 2010.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 1^{er} janvier 2011. C'est à compter de cette date que débute le délai de carence d'une année.

A l'échéance du délai en question, soit au 1^{er} janvier 2012, et après un examen complet de votre dossier, nous constatons que votre incapacité de travail et de gain est totale dans votre activité habituelle en tant que vendeuse en boulangerie-pâtisserie.

Toutefois, une capacité de travail de 100% est raisonnablement exigible depuis toujours dans une activité adaptée à votre état de

santé, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les positions debout prolongées, éviter les marches prolongées ou les déplacements en terrain instable ainsi que la montée ou descente d'escaliers, pas de mouvements répétitifs avec les mains ou une grande force de préhension et éviter le port de charges de plus de 5 kg.

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

[...]

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans l'activité de vendeuse est de CHF 51'441.12 à 100%, en 2012.

Quant au revenu avec invalidité, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités simples et répétitives non qualifiées du domaine de la production et des services est également de CHF 51'441.12 à 100% en 2012.

Par ailleurs, vos limitations fonctionnelles justifient d'appliquer un abattement de 10% sur le salaire statistique précité. Votre revenu d'invalidité est donc de CHF 46'297.01.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF	51'441.12
Revenu avec atteinte à la santé	CHF	46'297.01
Perte de revenu	CHF	5'144.11
Degré d'invalidité		10%

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

S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci existe si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessite pas de formation particulière, le manque à gagner durable est encore de 20% au moins, ce qui n'est pas votre cas au vu des indications qui précèdent.

Toutefois une aide au placement peut vous être proposée pour autant qu'une demande motivée soit faite par écrit."

Le 11 juin 2021, l'assurée, désormais assistée par son conseil en la personne de Me Jean-Michel Duc, s'est opposée à ce préavis négatif en demandant l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2018. A l'appui de sa cause, elle a contesté la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du M. _____ du 10 mars 2021, estimant que cette expertise était « *totale*ment orientée » et ne correspondait pas à la réalité « *gravement et totale*ment invalidante ».

Malgré les objections formulées par l'assurée, l'OAI a, par décision du 6 septembre 2021, confirmé la teneur de son projet de décision du 21 mai 2021.

B. Par acte du 11 octobre 2021, A._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens que l'OAI est condamné à lui verser une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2019, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, elle reproche à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical en contestant la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du M._____ du 10 mars 2021. Ce faisant, elle soutient, sur la base des rapports de ses médecins (les Drs D._____ et Y._____), du rapport d'examen rhumatologique du Dr P._____ ainsi que du rapport de l'Orif [...] recueillis au dossier ne pas être en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée à son état de santé déficient. Dans ce contexte, elle s'étonne de l'absence d'un examen neuropsychologique mis en œuvre par l'OAI au vu des remarques de l'Orif [...] selon lesquelles elle « *montre plus de difficultés dans la mémoire de travail, le contrôle des émotions, le maintien de l'attention et la planification/déterminations des priorités* » et des éléments mis en exergue par sa psychiatre traitante (la Dre E._____) soit un ralentissement psychomoteur comme limitation fonctionnelle. Cela étant, la recourante estime présenter un degré d'invalidité de 85 % dès le mois de mars 2018 qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité. A défaut, elle demande la poursuite de l'instruction médicale du cas. A titre de mesures d'instruction, elle requiert, outre la mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique, des débats publics afin de permettre à la Cour de céans de se rendre compte de l'importance des atteintes à la santé.

Dans sa réponse du 15 décembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. Il observe que le caractère probant de l'expertise du M._____ n'est pas mis en doute par les critiques de la recourante.

Le 6 janvier 2022, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions et réquisitions de preuve, la recourante précise conclure à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'office intimé est condamné à lui verser une rente entière d'invalidité dès le 25 janvier 2019. En annexe à son écriture, elle a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 1^{er} novembre 2021 rédigé à l'intention de son conseil par le DrD._____, qui a répondu aux questions de Me Duc en ces termes :

“1. Au regard des atteintes de la santé de notre mandante et des limitations fonctionnelles qui en découlent, pourriez-vous motiver pour quelle raison vous avez retenu une capacité de travail de 50% compte tenu d'une PR décompensée de l'assurée dans votre rapport du 7 juin 2021 ?

J'ai estimé dans ce courrier qu'elle pouvait travailler à 50% dans un travail adapté au[x] limitations fonctionnelles citée[s] dans ce rapport du 7.6.2021, puisque en effet nous avons initié un traitement biologique sous forme d'Olumiant en mars 2021 permettant tout de même une activité à 50%, dans une activité adaptée (épargnant l'utilisation des mains, sans serrages d'objets, sans exposition à l'humidité ou au froid). Cliniquement, elle présentait des synovites symétriques aux articulations MCP [métacarpo-phalangiennes] des mains, et des MTP [métatarso-phalangiennes] des pieds et il était clair toutefois qu'elle ne pouvait pas travailler à plein temps comme le médecin expert rhumatologue l'avait déterminé.

2. Les limitations fonctionnelles retenues entraînent-elles une diminution de rendement ?

Les limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus n'entraînent elles-mêmes, pas de diminution de rendement si elles sont respectées. Cette diminution de rendement découle de sa maladie inflammatoire rhumatismale chronique (PR), maladie qui peut produire une fatigue accentuée, une raideur articulaire, et une exécution ralentie des mouvements.

3. Selon l'évaluation du M._____, l'expert a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis toujours. Selon vous, convient-il de se distancier et l'expertise du M._____ et, dans l'affirmative, pourriez-vous motiver votre appréciation ?

On peut dire que depuis 2018, comme je l'avais mentionné dans mon courrier de juin 2021, il y a eu une manifeste dégradation de l'état de santé rhumatologique (mon domaine de compétence) de Mme A._____, ce qui a justifié une intensification thérapeutique par la mise en route d'une biothérapie par Olumiant qui a débuté finalement en mars 2021. Qui plus est, lorsque j'ai vu Mme A._____ le 18 décembre 2020 à savoir quelques semaines avant qu'elle ne soit examinée au

M. _____, elle présentait aussi une synovite du genou gauche avec des épreuves de Gaenslen positives (douleurs à l'étreinte des articulations MCP des mains et MTP des pieds consécutives à l'existence de synovites à ces articulations), je lui avais d'ailleurs prescrit à ce moment de la Prednisone 10 mg/j sur une période de 3 jours puis 5 mg/j. pendant 3 jours. Ce traitement de Prednisone peut possiblement expliquer pourquoi l'expert rhumatologue n'avait pas pu observer de synovites cliniques lors de l'expertise en janvier 2021 (cf page 20, 2^{ème} paragraphe de l'expertise).

Cette situation clinique critique (poussée de synovites aux mains, pieds et genou gauche) de décembre 2020 m'a ainsi incité à débiter un traitement biologique d'Olumiant 4 mg par jour depuis fin mars 2021, vu que le traitement classique par Leflunomide n'était plus suffisamment efficace.”;

- un rapport du 29 novembre 2021 adressé à Me Duc par la Dre E. _____. En résumé, la psychiatre traitant a confirmé ses diagnostics ainsi que son estimation d'une capacité de travail de 50 % sur le plan strictement psychiatrique ; à ses yeux, l'assurée devait bénéficier d'un programme de réadaptation compte tenu de son impossibilité de se projeter seule dans l'avenir. Contrairement à l'expert psychiatre retenant une absence d'idée comme un manque de motivation pour un projet professionnel, la Dre E. _____ a précisé que sa patiente n'était pas parvenue à retrouver un travail ces dernières années, et qu'elle vivait ses limitations comme un important échec. En présence d'une assurée qui présentait des traits de personnalité dépendante, la psychiatre était d'avis qu'elle ne disposait pas des capacités pour construire un projet de réadaptation professionnelle, d'où la nécessité pour l'intéressée de bénéficier de l'accompagnement d'un coach professionnel. Selon la Dre E. _____ un tel projet devrait tenir compte des limitations de sa patiente sur le plan somatique.

Dans sa duplique du 31 janvier 2022, l'OAI a produit un avis du 14 janvier 2022 du Dr J. _____, du SMR, auquel il se rallie, et qui prend position comme suit sur les derniers éléments médicaux versés en cause :

“Discussion

Dans cette situation, la problématique n'est pas le diagnostic, ni les LF [limitations fonctionnelles], ni la CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] qui est nulle ; concernant ces éléments l'ensemble des médecins sont d'accord. Mais le point de difficulté

est de déterminer l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée. Lors de l'examen clinique SMR de 2019, il était retenu une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 60% dès le 09/03/2018 (100% avant), une mesure de REA [réadaptation professionnelle] par COPAI a été effectuée et il en ressort une CT [capacité de travail] non exploitable dans l'économie. Devant de nombreuses incohérences non expliquées médicalement, il est demandé une expertise pluridisciplinaire rhumato-psychiatrie-médecine interne, pour permettre une analyse consensuelle de la situation avec la prise en compte des ressources mobilisables, qui conduit à une CTAA de 100% depuis toujours en prenant l'ensemble des éléments médicaux (comme expliqué ci-dessus) et en excluant les éléments de nature psycho-sociale. Lors de l'Audition, il est apporté par le représentant de notre assuré[e], aucuns éléments médicaux susceptibles de modifier notre position alors que le rhumatologue DrD._____ fait état d'un RM [rapport médical] en juin 2021 indiquant une aggravation avec un changement de thérapeutique. Lors du Recours, il est apporté un RM du Dr D._____ de novembre 2021 qui fait effectivement état d'une aggravation de l'état de santé de notre assurée en mars 2021, nécessitant une modification de traitement, ce qui avait été évoqué par l'expert rhumatologue du M._____ si l'état de santé le nécessitait, ce qui n'avait pas été fait depuis 2018 alors que notre assurée a un suivi rapproché. Il est conclu finalement à une CT de 50% dans une activité adaptée aussi bien d'un point de vue rhumatologique que psychiatrique, par les médecins traitants.

Conclusion

Au vu des éléments médicaux apportés, on peut effectivement considérer une aggravation de l'état de santé de notre assurée en mars 2021, nécessitant une modification de traitement, avec une CTAA de 50%."

Par déterminations du 25 avril 2022, la recourante a maintenu les conclusions prises dans sa réplique du 6 janvier 2022. Elle a produit encore deux rapports du Dr D._____ des 7 juin 2021 et 18 février 2022 ; dans le premier document, faisant part d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée en avril 2020 nécessitant une modification de traitement qui a finalement débuté le 1^{er} mai 2021, le rhumatologue traitant conclut à une capacité de travail de sa patiente à 50 % « au maximum » dans une activité adaptée légère et respectant les limitations fonctionnelles en lien avec l'usage des mains, à savoir pas d'activité nécessitant le serrage d'objets, ni exposée à l'humidité ou au froid. Dans le second rapport, le Dr D._____ mentionne l'introduction d'un traitement par Simponi® (50 mg 1x/mois) depuis le 17 août 2021 en raison de l'aggravation des douleurs et des synovites en poussées aux mains ainsi qu'aux chevilles et pieds avec une CRP (marqueur

inflammatoire) légèrement augmentée à 12 mg/l (N<5 mg) le 6 juillet 2021 et à 7 mg/l le 8 décembre 2021. La recourante a également fait verser en la cause un rapport du 29 novembre 2021 adressé à Me Duc par le Dr Y._____ ; le médecin traitant décrit un contexte psychosocial difficile et évalue, une fois la situation algique et physique stabilisée, une capacité de travail de sa patiente à 50 % dans une activité adaptée, moyennant une mise à l'essai préalable dans un centre spécialisé.

Le 16 mai 2022, l'OAI a confirmé ses conclusions dans le sens du rejet du recours et du maintien de la décision attaquée, renvoyant à l'avis SMR du 4 mai 2022 qu'il produit ; le Dr J._____, du SMR, confirme une aggravation de l'état de santé de la recourante survenue en mars 2021 avec une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée.

Aux termes de déterminations spontanées du 15 juin 2022 adressées par son représentant, la recourante s'étonne du revirement de position de l'OAI compte tenu des derniers avis du SMR. La recourante oppose les compétences de ses médecins traitants à celles du Dr J._____ du SMR, qui ne disposerait d'aucune autorisation de pratiquer en Suisse, estimant présenter désormais une incapacité de travail totale dans une activité adaptée. Elle se plaint de l'absence de prise en compte de l'aggravation de son état de santé à l'été 2021 pourtant constatée par le Dr D._____ dans ses rapports de novembre 2021 et février 2022 et justifiant, à ses yeux, une réappréciation à la hausse de l'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée déjà retenue.

Par courrier du 25 juillet 2022, la recourante a renoncé à la tenue de débats publics.

C. Par décision du 15 novembre 2021, A._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 octobre 2021. Elle est exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc lui a été désigné.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si elle peut prétendre à une rente d'invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 6 septembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI

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

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

4. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient 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).

c) 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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de cette dernière, ainsi le soutien dont elle 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 (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée 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).

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

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

il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise confiée par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

d) Enfin, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 asséurologique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. **a)** En l'espèce, l'autorité intimée a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante, aux motifs qu'elle bénéficie d'une totale capacité de travail depuis toujours dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pour rappel, « *éviter les positions debout prolongées, éviter les marches prolongées ou les déplacements en terrain instable ainsi que la montée ou descente d'escaliers, pas de mouvements répétitifs avec les mains ou une grande force de préhension et éviter le port de charges de plus de 5 kg* ») et que le degré d'invalidité est, après comparaison des revenus, de 10 %. Tout en refusant l'octroi de mesures professionnelles, l'OAI a néanmoins reconnu à l'assurée le droit à une aide au placement. Cette décision se fonde sur les constatations et les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du M. _____ du 10 mars 2021.

La recourante, pour sa part, soutient, en se basant sur le point de vue de ses médecins, présenter une incapacité de travail actuelle supérieure à 70 % dans une activité adaptée à son état de santé (physique et psychique) défailant lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 25 janvier 2019.

b) En l'occurrence, l'OAI, suivant le point de vue du SMR (avis médical du 20 octobre 2020) a, par l'intermédiaire de la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire au M. _____. Dans leur rapport du 10 mars 2021, les experts ont posé les diagnostics de dysthymie (F34.1), céphalées de tension chroniques avec épisodes de migraines, polyarthrite rhumatoïde séronégative depuis 2011, talalgies sur troubles statiques des pieds et éperon calcanéen bilatéral dès 2018, syndrome rotulien bilatéral dès 2019, status après cure chirurgicale pour un syndrome du canal carpien gauche en 2016 et droit en 2017, status après opération pour un médus gauche à ressort en 2004, obésité et hypertension artérielle depuis 2019.

aa) Dans l'évaluation consensuelle du cas (expertise, p. 4 sv.), les experts somaticiens ont notamment émis les considérations suivantes :

"4.1 Évaluation médicale interdisciplinaire

[...]

Lors de la présente évaluation, Madame A._____ décrit des douleurs ostéoarticulaires quotidiennes qui peuvent concerner les articulations périphériques des membres mais également le rachis ou les articulations temporo-mandibulaires. Elle rapporte des douleurs présentent la nuit, insomniantes, s'accompagnant de signes inflammatoires aux mains et d'une raideur matinale d'environ une heure. Elle a toujours également des talalgies, qui sont plutôt de type mécanique. La symptomatologie douloureuse s'accompagne d'une fatigue marquée. En raison des douleurs et de la fatigue l'expertisée dit qu'elle ne fait pratiquement plus rien, passant passablement de temps couchée à la maison. Malgré cela il n'y a pas eu de changement de thérapie et elle dit prendre du paracétamol tous les jours et un anti-inflammatoire environ 1 jour sur 2.

Du point de vue objectif, il n'est pas constaté de signe inflammatoire ni aux mains ni aux pieds ou à d'autres articulations. Madame A._____ annonce des douleurs lors de l'examen physique à la palpation ou à la mobilisation de nombreuses parties du corps. Cela contraste avec une gestuelle relativement fluide et un comportement qui ne paraît pas algique par exemple lorsqu'elle se déshabille ou qu'elle se rhabille.

Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative présent depuis 2011 n'est pas remis en doute. Par contre, il y a une claire discordance entre les affirmations de l'expertisée et les éléments objectifs. L'aggravation qu'elle décrit depuis 2016 environ n'est pas rapportée ni par le rhumatologue traitant ni par le médecin du SMR en 2019. Les documents du dossier ne mentionnent pas de syndrome inflammatoire biologique. Alors que Madame A._____ décrit une symptomatologie douloureuse importante, des signes inflammatoires et une gêne fonctionnelle marquée, il n'y a eu aucune modification de thérapie ces dernières années alors qu'elle est contrôlée régulièrement tous les 2 mois par son rhumatologue. Soit il y a une majoration des plaintes pour la recherche de bénéfices secondaires, soit l'expertisée aurait dû bénéficier depuis longtemps d'un autre traitement par exemple une biothérapie ou un traitement anti-JAK kinases par exemple.

Dans ces conditions, il est difficile d'évaluer exactement les capacités fonctionnelles. Cela d'autant plus qu'en novembre 2019 lors d'un entretien à l'OAI, Madame A._____ disait ne pas rechercher un nouvel emploi, ne se sentant pas capable de suivre une quelconque formation et/ou des mesures professionnelles. Il n'est guère étonnant que dans ces conditions le stage à l'Orif au début 2020 se soit soldé par un échec. Madame A._____ affirme également qu'en 2010 elle n'a pas pu reprendre son activité de vendeuse en raison des problèmes de santé, alors que ceux-ci sont survenus en 2011. Puisque ce problème est à l'origine de

l'incapacité selon Madame A._____, on peut s'étonner que la demande auprès de l'OAI n'a été déposée qu'en 2018. Enfin, même si Madame A._____ ne revendique pas ouvertement une rente de l'AI, elle n'a pas de projet professionnel et se sent incapable de travailler."

Cette analyse de la situation sur le plan somatique, en particulier rhumatologique, prend en compte la description par l'assurée de douleurs ostéoarticulaires quotidiennes susceptibles de concerner les articulations périphériques des membres, mais également le rachis ou les articulations temporo-mandibulaires, symptomatologie s'accompagnant d'une fatigue marquée. Dans ce contexte, l'intéressée a fait part d'un suivi régulier auprès du rhumatologue traitant qu'elle consultait tous les deux mois pour des contrôles cliniques et biologiques. Il est dès lors étonnant que l'expert rhumatologue se soit uniquement référé à un rapport du Dr D._____ du 16 mars 2018, établi trois ans avant le rapport d'expertise tout en écrivant plus loin que « *les documents au dossier ne mentionnent pas de syndrome inflammatoire biologique* ». Or tel n'est pas le cas, dès lors que l'expert disposait des résultats de laboratoire du 3 septembre 2020 du Dr Y._____ (VS 18, CRP 15,8 mg/L pour une norme inférieure à 5) et des résultats d'examens multiples entre le 18 septembre 2018 et le 18 décembre 2020 du Dr D._____ (VS entre 15 et 40, CRP entre 10 et 25) dont la copie figure dans l'expertise. Sa seconde hypothèse est que l'expertisée aurait dû bénéficier depuis longtemps d'un autre traitement par exemple une biothérapie ou un traitement anti-JAK kinases, élément qui laisserait alors augurer l'existence d'une maladie inflammatoire rhumatismale incapacitante.

Dans ces circonstances, l'expert ayant négligé les données objectives à disposition, ses conclusions ne sauraient être partagées par la Cour de céans lorsque celui-ci retient qu'il y a « *une claire discordance entre les affirmations de l'expertisée et les éléments objectifs* » et qu'« *alors que Madame A._____ décrit une symptomatologie douloureuse importante, des signes inflammatoires et une gêne fonctionnelle marquée, il n'y a aucune modification de thérapies ces dernières années alors qu'elle est contrôlée régulièrement tous les 2 mois par son rhumatologue* ». L'expert W._____ s'estime finalement dans

l'impossibilité « de se déterminer précisément a posteriori car l'anamnèse rapportée par l'expertisée n'est pas assez précise et fiable ». Or, il apparaît au vu des rapports établis par le DrD._____ que c'est l'appréciation de l'entier du dossier sur le plan rhumatologique qui fait défaut.

Dans ce contexte, un telle carence ne saurait être comblée par les avis successifs du SMR lequel – au stade de la procédure judiciaire – a finalement retenu une aggravation en mars 2021, soit six mois avant la décision litigieuse. On rappellera en effet qu'une détérioration de la pathologie de l'assurée était déjà signalée en avril 2020 soit près d'un an avant l'examen clinique pratiqué dans le cadre de l'expertise, période qui correspond à celle du stage d'observation professionnelle à l'Orif. On peut aussi s'étonner que l'OAI n'ait pas modifié son appréciation en cours de procédure alors que le médecin du SMR a retenu une aggravation réduisant la capacité de travail dans une activité adaptée.

bb) Par ailleurs sur le plan psychiatrique, l'examen des critères jurisprudentiels (cf. consid. 4 supra) est plus que succinct.

Le diagnostic de dysthymie (F34.1) est posé en référence à la Classification statistique des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10).

Pour déterminer les ressources, l'expert psychiatre a procédé à l'analyse globale suivante (expertise, volet psychiatrique, p. 21 sv.) :

“7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

7.1 Résumé de l'évolution personnelle, professionnelle, sociale et médicale actuelle

Expertisée de 38 ans, mariée, mère d'une fille et de deux fils âgés de 14, 12 et 6 ans. Elle a obtenu une AFP de vendeuse en boulangerie. Elle a travaillé de l'âge de 16 à 24 ans à 100% dans la boulangerie où elle a effectué son apprentissage. Elle ne se sent aucunement capable de travailler depuis au moins quatre ans en raison de ses problèmes physiques. Elle n'a pas de dettes.

Elle n'a aucun antécédent psychiatrique familial ni personnel. Elle est suivie par le Dr E. _____, psychiatre à [...], depuis le 28.11.2019. Sa psychiatre retient le diagnostic de trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive depuis 2010 et un probable trait de personnalité de type évitant et dépendant depuis son adolescence. Sa psychiatre estime dans un rapport daté d'août 2020 que sa patiente ne peut pas travailler plus de 2 heures par jour actuellement, en raison d'une fatigabilité, d'une hypersensibilité au stress et de ruminations qui déterminent des troubles de la concentration. Sa psychiatre estime qu'à terme, elle pourra récupérer une capacité de travail à 50% du point de vue strictement psychiatrique.

Nous ne retrouvons aucun facteur de stress, hormis des problèmes physiques.

7.2 Évaluation de l'évolution s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., pronostic

Voir ci-dessous

Traitement

C'est le médecin traitant de l'expertisée qui a proposé qu'elle soit suivie par une psychiatre. L'expertisée elle-même n'en ressentait pas particulièrement le besoin. Le suivi actuel est plutôt léger. La Sertraline à 50 mg est peu efficace d'après l'expertisée sur son anxiété vis-à-vis de l'évolution de ses problèmes physiques. Au vu du diagnostic que nous retenons, un traitement antidépresseur n'est pas formellement indiqué. Nous ne préconisons pas d'autres mesures thérapeutiques. L'adhérence médicamenteuse est bonne.

Réadaptation

Elle est exigible depuis toujours du point de vue psychiatrique.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

L'expertisée ne paraît pas majorer ses plaintes psychiques. La description des activités quotidiennes est cohérente aux plaintes physiques. L'adhérence médicamenteuse est bonne.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Nous ne retenons aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique.

Ressources

Ressources personnelles

L'aptitude à la communication est conservée, l'expertisée a pu clairement expliquer sa problématique.

Elle a été capable de respecter le cadre de l'expertise et a bien collaboré avec l'expert psychiatre.

Ses capacités d'adaptation et de flexibilité psychique sont conservées, l'expertisée gère sa fatigabilité en se reposant régulièrement et a appris à se ménager physiquement.

Sa capacité d'organisation ne paraît pas limitée.

Sa capacité d'endurance ne paraît pas limitée du point de vue strictement psychiatrique. L'expertisée a pu rester concentrée durant l'heure qu'a duré notre entretien.

Ses capacités de prise de décision et de jugement ne paraissent pas limitées.

Ses capacités relationnelles sont conservées, l'expertisée garde de bonnes relations avec son mari, ses enfants et le reste de sa famille.

Ses capacités d'autonomie dans les activités quotidiennes est partiellement conservée, l'expertisée peut conduire sur de courtes distances, mais a dû être véhiculée au rendez-vous d'expertise par son mari, elle a besoin d'aide dans les activités ménagères, son mari gère l'administration depuis toujours.

Ressources externes

Son réseau social est essentiellement limité à son entourage familial. L'expertisée évite de contacter son entourage amical, car elle a peur qu'il ne comprenne pas sa souffrance physique."

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

S'agissant du degré de gravité fonctionnel du trouble, l'expert psychiatre ne constate pas la présence de manifestations concrètes de l'atteinte à la santé sur les activités de l'assurée du point de vue psychiatrique. L'expert constate ainsi que l'aptitude à la communication est conservée, que l'assurée est capable de respecter le cadre de l'expertise en collaborant bien avec l'expert, que ses capacités d'adaptation et de flexibilité psychiques sont conservées, que ses capacités d'organisation, d'endurance ainsi que de prise de décision et de jugement ne paraissent pas limitées, que ses capacités relationnelles sont conservées. Sa capacité d'autonomie dans les activités quotidiennes est qualifiée de partiellement conservée par l'expert ; l'expertisée est en mesure de conduire sur de courtes distances et requiert l'aide de son mari pour se présenter au rendez-vous comme dans les activités ménagères ainsi que pour l'administration gérée par l'époux depuis toujours. Le

réseau externe est rapporté comme essentiellement limité à l'entourage familial de l'expertisée, laquelle évite le contact avec des amis par crainte de leur incompréhension sur son état de santé déficient. Cette analyse se base essentiellement sur les observations relatives au comportement de l'expertisée durant l'heure qu'a duré l'entretien avec l'expert ainsi que sur certaines déclarations de l'expertisée. Aussi, le critère du degré de gravité fonctionnel n'a semble-t-il pas été entièrement exploré, ou à tout le moins de manière trop brève, par l'expert dans le cadre de l'accomplissement de son mandat. Dans son rapport de septembre 2020, le Dr Y. _____ fait part d'énormes difficultés de l'assurée à s'occuper de ses trois enfants dans la vie de tous les jours (maison, école, etc.). Par ailleurs et même si l'intéressée ne semble pas avoir de loisirs, on ignore tout d'éventuelles répercussions de l'atteinte à la santé dans ce domaine, faute de disposer d'indications de la part de l'expert. En novembre 2021, la Dre E. _____ précise que sa patiente n'est pas parvenue à retrouver un travail ces dernières années et qu'elle vit ses limitations comme un important échec. A cela s'ajoute encore que l'intensité de l'atteinte à la santé n'est pas suffisamment motivée au vu des diagnostics incapacitants de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.2) depuis 2010 et de probables traits de la personnalité, type évitants et dépendants depuis l'adolescence, retenus par la psychiatre traitante et corroborés par le compte rendu de la psychologue de l'Orif.

S'agissant du traitement ou de la résistance au traitement, la recourante est suivie depuis novembre 2019, et bénéficie d'un traitement médicamenteux. Ce traitement, qualifié de léger, est décrit comme peu efficace aux dires de l'expertisée. L'expert estime qu'un traitement antidépresseur n'est pas formellement indiqué au vu du diagnostic retenu. Il ne préconise aucune autre mesure thérapeutique. Dans ces conditions, le traitement ne peut être retenu comme une source de succès en termes de ressources, l'assurée ressentant de l'anxiété en lien avec ses ennuis de santé physique. Le pronostic n'est du reste guère discuté, l'expert se limitant à exclure tout facteur de stress, excepté les problèmes physiques, alors que la psychiatre traitante rapporte une fatigabilité, une

hypersensibilité au stress et des ruminations à l'origine de troubles de la concentration.

En lien avec l'examen des ressources personnelles à disposition de la recourante, dans le cas d'une assurée qui n'a plus retravaillé depuis de nombreuses années (2006) et qui présente une aggravation de son état de santé, les constats de l'expert psychiatre interpellent. Malgré certaines capacités non-limitées au jour de l'expertise, la recourante est néanmoins affectée dans son autonomie, a besoin d'aide dans les activités ménagères, alors que son époux se charge de l'administration. Outre qu'elle paraît pouvoir compter sur le soutien de son mari pour les travaux ménagers et administratifs, faute de disposer de toute information à ce sujet, on ignore si la recourante puise ses ressources auprès des médecins consultés. Aussi, en l'état du dossier, les ressources personnelles de la recourante semblent diminuées.

Pour ce qui a trait au contexte social, l'expert n'a pas effectué une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il se limite à indiquer que l'expertisée « *évite de contacter son entourage amical car elle a peur qu'il ne comprenne pas sa souffrance physique* ». Dans ces conditions, l'examen de ce critère n'est pas significatif.

S'agissant de la cohérence, l'expert n'a pas relevé d'incohérences entre l'examen clinique et le dossier mis à sa disposition. Il se limite à indiquer à cet égard que « *l'expertisée ne paraît pas majorer ses plaintes psychiques. La description des activités quotidiennes est cohérente aux plaintes physiques. L'adhérence médicamenteuse est bonne* ». Son examen est beaucoup trop succinct pour pouvoir conférer quelque poids à ce critère.

Dans son rapport du 29 novembre 2021, la Dre E. _____ expose que le recourant présente tous les critères permettant de retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), plutôt que le diagnostic de dysthymie retenu par l'expert. Cette contradiction ne pourrait être levée que par une nouvelle expertise.

A l'aune de l'ensemble de l'analyse de ces éléments, la capacité de travail résiduelle de la recourante n'a pas été évaluée par l'expert psychiatre de manière conforme aux exigences de la jurisprudence (cf. consid. 4 supra).

c) En définitive, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction en vue de déterminer l'existence d'une atteinte psychiatrique, son étendue et l'interaction d'une telle atteinte avec les troubles somatiques (singulièrement la polyarthrite rhumatoïde) de la recourante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise conformément à l'art. 44 LPGA comportant à tout le moins un volet psychiatrique et un volet rhumatologique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

7. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments de la recourante.

8. a) En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

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

c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 30 juin 2022 par Me Jean-Michel Duc, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'800 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Cette somme couvre intégralement l'indemnité qui devrait être allouée au titre de l'assistance judiciaire de sorte que l'on peut renoncer à fixer plus précisément le montant de cette indemnité d'office.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ la somme de 3'800 fr. (trois mille huit cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :