

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 août 2023

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Berberat et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], séparée, mère notamment d'une fille née en [...], a déposé le 16 septembre 2015 une demande de prestation auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) avec l'aide de son médecin généraliste traitant, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Elle a fait état d'une incapacité de travail complète depuis juillet 2014 en raison de « lombalgies chroniques réfractaires ».

Répondant le 11 octobre 2015 au questionnaire de détermination du statut, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à 80 % depuis 2007 en tant que femme de chambre. Elle a en outre précisé qu'elle avait collaboré au sein de l'entreprise de son mari, dont elle était séparée depuis le 20 septembre 2015. Elle a produit ultérieurement une ordonnance de mesures protectrices de l'union conjugale, prononcée dans un contexte de violences conjugales.

L'extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été versé au dossier le 13 octobre 2015. Celui-ci fait état de diverses activités salariées dans le domaine de l'hôtellerie, la restauration et le nettoyage dès octobre 2002.

Dans un rapport du 28 février 2016, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombosciatalgie droite depuis juillet 2014, épisode dépressif moyen (F32.1), difficultés liées au rapport avec le conjoint, violence conjugale (Z63.0), ainsi qu'analphabétisme et faible niveau éducatif (Z55.0). Une reprise du travail n'était pas envisageable en raison des douleurs lombaires et du contexte social et psychologique. En outre, une reprise de l'activité précédemment exercée ne serait pas possible à long terme. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : activité uniquement en position debout, exercée principalement en marchant (terrain irrégulier), accroupi ou à genou, le soulèvement ou le port de charges de plus de 5 kg, l'utilisation d'échelle

ou d'échafaudage. En outre, les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation étaient limitées par le faible niveau d'éducation, tandis que la capacité de résistance était limitée par les problèmes psychosociaux. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a joint en particulier les pièces médicales suivantes :

- Deux rapports établis les 4 septembre 2015 et 21 janvier 2016 par le Prof. Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, préconisant une prise en charge intensive de restauration fonctionnelle du rachis, laquelle débiterait en février 2016.
- Un rapport établi le 12 février 2016 par deux psychologues du P. \_\_\_\_\_, à qui l'assurée a été adressée en novembre 2015 pour une évaluation psychologique en prévision de sa participation au programme de reconditionnement musculaire, posant les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1), de difficultés au rapport avec le conjoint (violence conjugale ; Z63.0), ainsi que d'analphabétisme et faible niveau éducatif (Z55.0).

Répondant le 9 mai 2017 aux questions de l'OAI, le Prof. Q. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombo-cruralgies chroniques prédominant à droite et de hernie discale L2-L3 rétrécissant fortement le canal lombaire. Il n'y avait pas eu d'évolution favorable depuis le début de la prise en charge en 2015, avec même une péjoration des douleurs depuis quelques semaines. La capacité de travail dans une activité adaptée ne pouvait être évaluée avant la réalisation d'une nouvelle IRM (imagerie par résonance magnétique) et l'adaptation éventuelle de la prise en charge.

L'assurée a passé une IRM lombaire le 20 juin 2017, dont le rapport a conclu à une « discopathie L2-L3 avec bombement discal circonférentiel associé à une protrusion discale médiane et paramédiane droite, et à une hypertrophie du ligament jaune, le tout occasionnant un rétrécissement canalaire significatif à ce niveau, de grade C », ainsi qu'à l'absence de retentissement foraminal identifié.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 28 novembre 2017 au domicile de l'assurée. Confirmant un statut de 80 % active et 20 % ménagère, l'enquêtrice a évalué l'empêchement dans les tâches ménagères à 19.5 % (sur un taux de 100 %) en tenant compte d'une aide exigible minime de sa fille âgée de 7 ans.

Dans un questionnaire médical du 4 mai 2018, la Dre A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a fait état des diagnostics de discopathie L2-L3 sur canal étroit et d'hypertension artérielle. Elle a indiqué que la capacité de travail de sa patiente était nulle dans l'activité habituelle et de 50 % (sur un 100 %) dans une activité adaptée, en raison de ses douleurs, de sa fatigabilité, ainsi que de l'épuisement dû aux carences de sommeil liées aux douleurs insomniantes. Elle espérait cependant que la prise en charge antalgique et rhumatologique en cours apporte une amélioration. Elle a joint en particulier un rapport établi le 3 janvier 2018 par les Drs J.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, spécialistes en anesthésiologie au M.\_\_\_\_\_, dont il ressort qu'une infiltration péridurale a été effectuée le 1<sup>er</sup> septembre 2017, qu'une nouvelle médication a ensuite été introduite en présence d'une forte indication pour une origine neuropathique des plaintes et que la pose de blocs en vue d'une possible dénervation était envisagée.

Répondant le 11 mai 2018 à un questionnaire de l'OAI, le Prof. Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail était nulle dans tout activité. Un avis chirurgical avait été demandé, car il y avait concordance entre l'IRM et la clinique. Une réévaluation serait nécessaire après la prise en charge chirurgicale si celle-ci était confirmée.

Le 8 août 2018, l'assurée a vu le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques, canal lombaire étroit en L2-L3 sur hernie discale L2-L3 avec déchirure annulaire postérieure et compression de la racine L3 en récessal. La patiente étant gênée principalement par des cruralgies, il a proposé de

procéder à une décompression L2-L3 (cf. rapport de consultation du Dr C. \_\_\_\_\_ du 6 septembre 2018). L'intervention a eu lieu le 17 août 2018 (cf. rapport du 30 août 2018 des Drs C. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, médecin assistante).

L'assurée a séjourné du 11 janvier au 9 février 2019 à la F. \_\_\_\_\_, en raison d'un déconditionnement physique et des limitations de mobilisation. Dans le rapport établi le 19 février 2019, il a été noté que l'assurée n'avait vu qu'une amélioration légère de ses douleurs après l'opération, puis que celles-ci avaient à nouveau augmenté. Durant son séjour, elle avait été intégrée dans la thérapie multimodale et sa médication antidouleur avait été adaptée. Malgré des douleurs invalidantes et une tension émotionnelle, elle avait refusé les propositions d'entretien avec le psychologue et de thérapie TENS.

Réinterrogée par le SMR, la Dre A. \_\_\_\_\_ a écrit le 9 décembre 2019 que l'assurée présentait un status post cure d'une hernie discale L2-L3, des douleurs chroniques du membre inférieur droit, des troubles du sommeil sous forme de réveils fréquents et parfois des insomnies sur douleurs, ainsi que des rhinites chronique et une toux d'origine indéterminée. Les douleurs s'étaient nettement améliorées mais restaient aléatoires, selon les jours, l'état de fatigue et le stress au quotidien. La patiente ne bénéficiait pas d'un suivi psychiatrique en raison d'un a priori négatif, mais une prise en charge serait tentée prochainement. La Dre A. \_\_\_\_\_ a joint un rapport établi le 19 juin 2019 par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Relevant que sa patiente admettait une légère amélioration des douleurs et présentait un meilleur moral, ce spécialiste a exposé que la physiothérapie devait être poursuivie, ainsi que des auto-exercices à effectuer quotidiennement, et qu'une activité adaptée devrait permettre d'alterner entre les positions assises et debout et éviter le port de charges de plus de 5-10 kg, ainsi qu'éviter toutes les postures en porte-à-faux.

Dans un rapport du 17 juillet 2020, la Dre A. \_\_\_\_\_ a indiqué que la situation n'avait pas évolué depuis son précédent rapport. Elle

concluait à une capacité de travail nulle depuis 2015 dans l'activité habituelle, mais de 40 % depuis décembre 2018 dans une activité adaptée. Elle a en outre signalé que sa patiente avait été suivie pendant quelques temps par la psychologue S.\_\_\_\_\_, mais qu'il n'y avait eu aucun bénéfice. La Dre A.\_\_\_\_\_ a joint notamment un rapport établi le 27 mars 2020 par la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie au M.\_\_\_\_\_, exposant que la clinique était suggestive d'une radiculopathie L3-L4-L5 droite et que les traitements tentés (physiothérapie, médication, perfusions, péridurale antalgique) n'avaient pas grand effet. La patiente boîtait à l'appui de sa jambe droite et expliquait que sa symptomatologie douloureuse était restée constante depuis l'intervention. Une nouvelle IRM de la colonne et du bassin était prévue.

Sollicité par le SMR, le M.\_\_\_\_\_ a indiqué le 11 septembre 2020 ne pas avoir revu l'assurée depuis mars 2020 et ne pas avoir de nouvelles à propos d'une indication chirurgicale. Un rapport d'IRM de la colonne lombaire et du bassin du 14 mai 2020 était joint, lequel concluait comme suit :

« Colonne lombaire : discopathie dégénérative L2-L3 prononcée avec discrète angulation cyphotique à cet étage, et fissure annulaire postérieure. Canal lombaire constitutionnellement étroit de L2 à L4. Arthrose inter-apophysaire postérieure pluri-étagée avec signes inflammatoires en L4-L5 et L5-S1 des deux côtés. Discrète inflammation interépineuse lombaire basse compatible avec un conflit interépineux. Persistance d'un rétrécissement modéré du canal lombaire en L2-L3 et L3-L4, de grade B. Sténoses foraminales L4-L5 et L5-S1 droites modérées, avec possible conflit sur les racines L4 et L5 droites.  
Bassin : discrets remaniements dégénératifs des articulations coxo-fémorales des deux côtés. »

A la suggestion du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du centre d'expertises X.\_\_\_\_\_. Le mandat a été confié aux Drs B.\_\_\_\_\_, médecin praticien, H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Ceux-ci ont déposé un rapport d'évaluation consensuelle le 18 mars 2021, présentant en particulier les conclusions suivantes :

#### « 4.2 Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2).
- Lombalgies chroniques incapacitantes sur troubles dégénératifs.
- Tunnel carpien bilatéral.
- Rhinite chronique.
- Status post-décompression canalaire minimale invasive L2-L3 droite le 17.08.2018.

#### 4.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Pas de travail avec les mains.  
Pas de port de charges >5 kg en rectitude du tronc.  
Pas de travail en antéflexion du tronc.

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

Il n'y a pas de trouble de la personnalité.

#### 4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

La capacité d'autonomie dans les activités quotidiennes devrait être entière à l'exception du port de charge lourde et des travaux en antéflexion du tronc.

Les ressources personnelles sont faibles. L'expertisée est analphabète. Le niveau d'intelligence se situe dans les limites inférieures de la norme. En dehors de son activité professionnelle, elle n'a pas développé d'autres ressources ou compétences. Il n'y a pas d'activités bénévoles ou associatives.

Le trouble psychique actuel est léger et n'influence pas les ressources personnelles. On peut conclure que l'expertisée est apte à la communication, elle est capable de respecter un cadre, de s'organiser et se montrer endurante d'un point de vue psychique. La capacité à s'adapter, à se montrer flexible est partiellement limitée du fait de l'analphabétisme et d'une capacité d'introspection assez limitée. En revanche, l'expertisée est capable de prendre des décisions, de poser un jugement adéquat. Par ailleurs, les capacités relationnelles sont préservées. D'un point de vue psychique uniquement, la capacité d'autonomie dans les activités quotidiennes est préservée.

#### 4.6 Contrôle de cohérence

La seule divergence concerne la notion de fatigue décrite par l'expertisée et présente toute la journée. Aucun caractère objectif n'est visible au jour de l'expertise, il n'y a pas de bâillement, pas de signe d'hypovigilance. L'échelle de somnolence d'Epworth retrouve un score à 0/21.

Il n'y a pas de problème de cohérence. Nous avons uniquement constaté un comportement douloureux quelque peu démonstratif,

alors que l'absence d'activité dans le quotidien ne peut être expliquée par le trouble psychique.

#### 4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

0 % depuis octobre 2014.

#### 4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

Pleine capacité de travail d'octobre 2014 à août 2018, puis depuis le 13.11.2018, date à laquelle le Docteur C.\_\_\_\_\_, chirurgien traitant, décrivait un état de santé compatible avec une activité adaptée.

#### 4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

L'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle est liée aux lésions dégénératives lombaires qui ont justifié une intervention chirurgicale le 17.08.2018 et en rapport avec l'existence d'un tunnel carpien bilatéral empêchant d'utiliser convenablement les mains. »

L'évaluation consensuelle était accompagnée des rapports d'expertise de chaque spécialiste. En annexe figuraient en outre les pièces médicales que les experts se sont procurées pour compléter leurs dossiers, dont en particulier les pièces médicales suivantes :

- Un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2020, indiquant que les infiltrations effectuées par le M.\_\_\_\_\_ n'avaient eu aucun effet. L'examen clinique restait inchangé (lombosciatalgies à prédominance droite, marche effectuée avec une seule canne avec boiterie à droite). La situation psychologique n'était « pas optimale chez une patiente qui a arrêté son suivi il y a quelques mois aussi ». Il prescrivait un traitement antalgique, la poursuite de la physiothérapie, la reprise d'un suivi psychologique, ainsi que la mise en place de stages et évaluations professionnelles par l'AI dans une activité adaptée, à 50 %.
- Un rapport établi le 18 janvier 2021 par la psychologue S.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de probable trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et relevant que la patiente était restée sur la défensive au cours des séances en raison de craintes d'origine culturelles à l'encontre des psychologues.

Prenant connaissance de l'expertise pluridisciplinaire, le SMR s'y est rallié dans son rapport du 28 avril 2021.

L'OAI a établi un calcul du salaire exigible le 5 mai 2021 selon la méthode mixte pour les années 2014 et 2018 (changement de méthode de calcul). Pour la part active à 80 %, le revenu sans invalidité a été déterminé sur le chiffre de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) correspondant aux emplois non qualifiés du domaine du nettoyage pour une femme (domaines 77, 79-82, TA1\_skill\_level, niveau 1), et le revenu avec invalidité sur le chiffre de l'ESS correspondant au total, tous secteurs confondus, pour une femme au niveau de compétence 1, avec un abattement supplémentaire de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Il en ressortait un degré d'invalidité nul pour la part active. Les activités adaptées étaient décrites comme suit : « travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement, tâches simples de vérification ou autres tâches qui consistent à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques ».

Le 19 juillet 2021, l'OAI a rendu un projet de décision rejetant la demande de prestation. Il a constaté que l'assurée présentait une incapacité de travail ininterrompue depuis octobre 2014 mais qu'au terme du délai d'attente d'une année, en octobre 2015, une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 5 kg en rectitude du tronc, pas de travail en antéflexion du tronc, sans travail exigeant avec les mains en rapport avec l'existence d'un tunnel carpien bilatéral empêchant d'utiliser convenablement les mains).

Désormais représentée par Procap, l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision le 13 septembre 2021. Elle a fait valoir en substance que l'expert de médecine interne avait recommandé de

procéder à un examen neurologique afin d'établir si un tunnel carpien était présent, en émettant des doutes quant à l'existence d'une activité adaptée si l'utilisation des mains était impossible. L'assurée a par ailleurs relevé que la détermination du statut devait prendre en compte le fait qu'avec l'autonomie croissante de sa fille et le soutien de son environnement, elle pourrait travailler à 100 %, ce qu'elle avait déjà fait entre 2009 et 2012 au vu des revenus inscrits dans son compte individuel AVS. Elle a ultérieurement produit la convention judiciaire passée avec son mari à l'audience de mesures protectrices de l'union conjugale du 5 février 2015 (recte : 2016).

Sollicité pour avis, le SMR a préconisé le 5 octobre 2021 de mettre en œuvre un complément d'expertise neurologique, avec réalisation d'un EMNG (électroneuromyogramme) si nécessaire. Le mandat a été confié au centre d'expertise V. \_\_\_\_\_ et le Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a été désigné pour y procéder. Celui-ci a adressé l'assurée à la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, pour procéder à un électromyogramme le 1<sup>er</sup> décembre 2021 puis il a examiné la recourante le 9 décembre 2021. Il a rendu son rapport le 11 janvier 2022 [daté par erreur du 11 janvier 2021], incluant un résumé des constatations de la Dre I. \_\_\_\_\_, dans lequel il a posé les diagnostics suivants : « état douloureux chronique sans spécificité, avec une prédominance au membre inférieur droit, par ailleurs, très peu spécifique, pour lequel il est difficile d'établir une cohérence avec une pathologie quelconque, R 52.2 », « discret syndrome du canal carpien bilatéral, G56.0 » et « status après décompression canalaire minimalement invasive L2-L3 à droite, M51.9 ». L'expert a ensuite répondu comme suit aux questions posées :

« 8. Réponses aux questions du mandant

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Le travail de femme de ménage n'est pas un travail adapté dans un contexte post-opératoire d'une affection lombaire, donc 0%, et ceci dès l'intervention datée du 17.08.2018. Entre 2014 et 2018, il est probable que la capacité de travail dans une telle activité soit réduite. Il m'est impossible de me déterminer précisément sur le taux d'incapacité durant cet intervalle de temps. On peut admettre par défaut à 0%.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Dans une activité qui ne nécessite ni port de charge au-delà de 5 kg, ni mouvement en porte-à-faux, ni de monter sur une échelle, avec possibilité de changer de position régulièrement, je n'ai aucun argument neurologique objectif pour déterminer d'une incapacité de travail, à l'exception de la période opératoire et post-opératoire de 3 mois, soit du 17 août à fin novembre 2018 (0%). Hormis cette période, capacité à 100% dans une telle activité.

Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

Au vu du tableau clinique actuel, je ne vois pas de mesures spécifiques qui puissent permettre une amélioration de la situation de cette expertisée dont le tableau semble dépasser le contexte neurologique. Une évaluation transculturelle me semble indiquée.

Questions se rapportant au cas précis

- Merci à l'expert de prendre en compte les travaux de l'expertise pluridisciplinaire.

L'expertise pluridisciplinaire datée du 18.03.2021 précise des limitations telles que je les ai mentionnées. Je suis d'accord avec cela, par le fait qu'en dehors de son activité professionnelle, elle n'a pas développé d'autres ressources et compétences. En tant que non-psychiatre, je ne saurai me prononcer sur le trouble psychique qualifié de léger, néanmoins je suis très surpris du tableau clinique neurologique avec une quasi-anesthésie du corps entier, par ailleurs confirmée par la Dre I. \_\_\_\_\_ qui l'a consultée le 01.12.2021. La perte d'audition au diapason est totalement incohérente. Toujours à la suite de cette expertise, je suis d'accord avec le fait qu'une activité de femme de ménage n'est très certainement pas envisageable depuis le début de son atteinte à la santé en 2014, par le fait aussi qu'une activité adaptée pourrait être envisagée sans restriction du point de vue neurologique, et ceci dès fin novembre 2018.

(...)

Procap questions

1. Est-ce que les autres diagnostics avec et sans répercussions sur la capacité de travail retenus par les experts de X. \_\_\_\_\_, de par leur nature et leur ampleur, interagissent de manière à accentuer les effets de l'éventuelle atteinte neurologique ? Si oui, quels sont ces effets et quelle est la conséquence sur la capacité de travail ?

Il n'y a pas d'atteinte neurologique objective à ce jour. Il s'agit d'un tableau douloureux inexpliqué d'un point de vue neurologique. L'atteinte des nerfs médians est très discrète au canal carpien et ne porte pas conséquence sur les capacités de travail.

2. En cas de trouble neurologique confirmé aux membres supérieurs, en particulier aux mains, est-ce qu'une activité

manuelle est à proscrire ? Si non, pourquoi ? Dans l'hypothèse où l'assurée ne devrait pas trop solliciter ses mains dans une activité lucrative et que celle-ci est obligée de les utiliser pour ses tâches du quotidien, est-ce que cela pourrait amplifier d'éventuelles douleurs lors d'une activité lucrative ? Si oui, serait-il alors préférable qu'il n'y ait pas deux jours consécutifs de travail ?

Objectivement, à l'électromyographie, l'atteinte est minime. D'autre part, les plaintes ne sont pas spécifiques. Il paraît clair que le fait de marcher avec des cannes anglaises n'est pas favorable pour une telle atteinte, cependant, jusqu'à ce jour, l'appui des cannes ne semble pas avoir entraîné des conséquences significatives sur l'atteinte des nerfs médians aux carpes. Vu le syndrome sous-jacent, même minime, une activité strictement manuelle serait à proscrire, notamment toute activité nécessitant des mouvements répétitifs avec exercice d'une force importante avec les mains. »

Se fondant sur ce rapport d'expertise complémentaire, le SMR a conclu le 25 janvier 2022 qu'il fallait retenir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée depuis octobre 2014, les limitations fonctionnelles étant : « pas de port de charges de plus de 5 kg en rectitude du tronc, pas de travail en antéflexion du tronc, ni mouvement en porte-à-faux, ni de monter sur une échelle, avec possibilité de changer de position régulièrement, éviter les activités nécessitant des mouvements répétitifs avec exercice d'une force importante avec les mains ».

Le 27 janvier 2022, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité reprenant la motivation de son projet. Dans un courrier joint faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a exposé que l'expertise neurologique complémentaire avait confirmé une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse mais entière dans une activité adaptée d'un point de vue neurologique, tandis que le changement de statut ne modifiait pas le préavis.

**B.** Toujours représentée par Procap, Z. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision le 2 mars 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour compléter l'instruction

et rendre une nouvelle décision. Relevant en premier lieu que l'intimé avait admis un statut d'active à 100 %, elle a contesté la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire et du complément d'expertise neurologique. La recourante a par ailleurs remis en doute l'exigibilité d'une activité adaptée, estimant qu'il n'en existait pas sur le marché du travail ordinaire en raison de ses multiples limitations. Elle a enfin exposé qu'un abattement plus important était nécessaire sur le revenu avec invalidité. Avec son écriture, elle a produit notamment un article de la revue Revmed du 21 juin 2017 intitulé « Diagnostic et pronostic des douleurs lombaires : apport et limites de la clinique », par le Dr Stéphane Genevay et le Prof. Federico Balagué.

Par décision du 8 mars 2022, déférant à la requête en ce sens figurant dans le recours, la Juge instructrice a mis la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires.

Répondant le 5 avril 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de sa décision, en relevant notamment que la recourante n'avait pas apporté d'éléments médicaux susceptibles de mettre en doute la valeur probante des expertises au dossier.

Le 6 mai 2022, la recourante a renoncé à répliquer mais a indiqué qu'elle avait dû subir une intervention chirurgicale le 21 mars 2022 et qu'une seconde intervention serait nécessaire. Etant dans l'attente d'un rapport médical explicitant les motifs de ces interventions, elle a sollicité un délai supplémentaire pour pouvoir produire ces pièces s'il s'agissait de questions pertinentes pour la présente procédure. Elle a cependant indiqué, par courrier du 6 juin 2022, que les nouvelles informations médicales étaient superflues, en produisant une attestation médicale du 31 mars 2022 indiquant qu'elle avait été opérée le 21 mars 2022 du canal carpien gauche et que la main droite serait également opérée ultérieurement.

**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 une rente de l'assurance-invalidité.

**b)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, l'intimé a retenu, dans la décision attaquée, que le délai de carence d'une année avait débuté au mois d'octobre 2014. Compte tenu par ailleurs de la date du dépôt de la demande de prestation,

en septembre 2015, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité pouvait prendre naissance au plus tôt au mois d'octobre 2015. L'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors au cas d'espèce.

**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)** 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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

Pour évaluer le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus). Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**d)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**4. 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)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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)** 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 assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par 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).

**5. a)** En l'espère, il est constant que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de femme de ménage en raison de l'atteinte lombaire dont elle souffre depuis octobre 2014. Toutefois, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire établie le 18 mars 2021 par le X.\_\_\_\_\_ et le complément d'expertise de V.\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2022, l'intimé a retenu qu'à la fin du délai de carence d'une année, la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Celle-ci réfute cette appréciation.

Pour établir leurs expertises, les experts du X.\_\_\_\_\_ ont disposé du dossier fourni par l'intimé, complété de rapports médicaux et résultats d'analyses sollicités par les experts ou apportés par l'expertisée. Le dossier remis par l'OAI à V.\_\_\_\_\_ incluait le rapport d'expertise du X.\_\_\_\_\_ ainsi que ses annexes et, comme suggéré par le SMR, l'expert neurologue a fait procéder à une électromyographie par un confrère quelques jours avant d'examiner la recourante, examen dont il a intégré les résultats à son propre rapport. Chaque expert a posé ses diagnostics en expliquant les motifs pour lesquels il a retenu telles atteintes et en a écarté d'autres, en s'appuyant non seulement sur ses propres observations à l'examen, mais également sur les observations et conclusions figurant dans les rapports établis en temps réel par les

médecins traitants. Il convient par ailleurs de relever que l'expert en psychiatrie et psychothérapie a procédé à un examen structuré et a évalué les indicateurs prescrits par la jurisprudence relative aux affections psychiatriques. Enfin, les conclusions de l'évaluation pluridisciplinaire du X.\_\_\_\_\_, qui reprennent les points principaux des expertises spécialisées, sont claires et étayées. Il en va de même des réponses complémentaires de l'expert de V.\_\_\_\_\_, de sorte qu'il faut constater que ces expertises répondent entièrement aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante.

**b)** La recourante remet en question cette valeur probante en premier lieu par le fait que les experts ont écarté le diagnostic de fibromyalgie sans en indiquer clairement les motifs et qu'ils n'ont pas envisagé l'existence d'autres syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (SPEDCO). Elle reproche également d'avoir retenu une incohérence à propos de la fatigue qu'elle a mentionnée.

S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, le Tribunal fédéral a considéré qu'il se justifiait sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, vu les nombreux points communs entre ces troubles. Ainsi, quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards n'a rien changé à cette pratique :

la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques (cf. TF 9C\_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 et les références citées). Par ailleurs, la jurisprudence a déterminé que toutes les affections psychosomatiques et psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées), ce qui englobe les syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire (ATF 141 V 281 ; TF 9C\_154/2018 du 7 juin 2018 consid. 3.2).

Or aucun des spécialistes en médecine physique et réadaptation qui ont examiné la recourante depuis 2015 n'ont évoqué le diagnostic de fibromyalgie. Sur le plan psychiatrique, seule la psychologue brièvement consultée par la recourante en 2020 a évoqué un « probable trouble somatoforme indifférencié (F45.1) ». Toutefois, dans la mesure où elle n'a pas formellement posé ce diagnostic ni indiqué sur quels éléments elle s'appuyait pour l'évoquer, son avis ne suffit pas pour conclure à l'existence d'un trouble somatoforme ou d'une fibromyalgie. Par ailleurs, contrairement à ce qu'affirme la recourante, tant l'expert en médecine physique et réadaptation que l'expert en psychiatrie ont examiné l'hypothèse d'une fibromyalgie, respectivement d'un trouble somatoforme douloureux, et l'ont réfutée. Si l'expert en médecine physique et réadaptation est resté très succinct sur les motifs pour lesquels il rejetait un tel diagnostic, il paraît réducteur de conclure qu'il s'est limité pour cela aux seuls signes de Waddel. L'expert a en effet ajouté que, même si l'expression des symptômes semblait authentique, l'examen clinique ne respectait « aucun cadre nosologique de la sphère de l'appareil locomoteur », raison pour laquelle il ne pouvait retenir que le diagnostic de lombalgies sur troubles dégénératifs (ch. 7.1, p. 23 du rapport d'expertise en médecine physique et réadaptation). Cela étant, l'expert psychiatre a été plus explicite, en relevant ce qui suit (ch. 6, p. 22 du rapport d'expertise psychiatrique) :

« Le comportement douloureux quelque peu démonstratif ne suffit pas à justifier un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, étant donné l'absence de facteurs psycho-sociaux ou émotionnels actuels. L'expertisée déclare d'ailleurs assez clairement que la perturbation psychique est d'abord réactionnelle au syndrome

douloureux, actuellement toujours présent, et les facteurs de stress psychosociaux, liés à la relation conjugale, sont actuellement au second plan. A ce sujet, l'expertisée affirme d'ailleurs que la séparation a été une source de soulagement. Le comportement douloureux démonstratif suggère la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ces dernières n'étant toutefois actuellement pas retrouvées. Dans le diagnostic différentiel, on peut aussi évoquer le trouble factice mais il n'y a pas d'argument ; l'atteinte rhumatologique est réelle, il n'y a pas d'imitation de la douleur, ni de perturbations de la personnalité ou des relations interpersonnelles. En somme, on peut conclure que ce comportement ne s'explique pas sur le plan médical ».

Dans ses écritures, la recourante se limite à donner sa propre interprétation de ses symptômes, en s'appuyant sur des jurisprudences, des articles de doctrine médicale et la notice d'un médicament. Cela ne suffit pas pour remettre en question le caractère probant des expertises, en l'absence de point de vue d'un médecin spécialisé ayant examiné l'intéressée. Au demeurant, les jurisprudences citées concernent des situations où le diagnostic de fibromyalgie a été posé aussi bien par les médecins traitants que par les experts, et discutent du caractère invalidant de l'atteinte pour la personne concernée. La recourante ne peut donc pas s'en prévaloir pour mettre en doute le diagnostic des experts. S'agissant enfin de la notion de fatigue, la recourante se méprend lorsqu'elle affirme que les experts ont évoqué une incohérence de ses plaintes à ce sujet sur la seule base du résultat - négatif - de l'échelle de somnolence d'Epworth. En effet, le score d'Epworth a été cité par l'expert en médecine générale avec d'autres éléments, à savoir l'absence de bâillement ou de signe d'hypovigilance pendant l'entretien, pour conclure qu'il n'y avait pas d'élément objectif à ce propos. L'expert psychiatre a quant à lui mentionné l'absence de signes de fatigabilité au cours de l'entretien, de fatigue plus marquée à la fin de l'entretien, d'hypovigilance ou de bâillements (ch. 4.3, p. 21 du rapport d'expertise psychiatrique). Quoi qu'il en soit, la fatigue ne constitue pas une atteinte à la santé, mais un symptôme, et la recourante n'a apporté aucune pièce médicale susceptible d'objectiver ce symptôme et de le mettre en relation avec un diagnostic médical que les experts auraient omis. Ces griefs doivent par conséquent être écartés.

**c)** La recourante conteste plus particulièrement les résultats de l'expertise psychiatrique, en ce que l'expert a réfuté le diagnostic de dépression sans en expliquer clairement les motifs. Elle semble considérer qu'un tel diagnostic devrait être reconnu dès lors qu'aucune atteinte psychosomatique n'est retenue, sans toutefois apporter, là encore, de constat médical allant en ce sens. Elle s'appuie principalement sur les descriptions données d'elle par les autres experts, qui montreraient l'existence d'une dépression. Ce raisonnement ne peut être suivi. Si chaque expert a restitué ses propres observations, il incombait uniquement à l'expert psychiatre d'évaluer l'existence de symptômes évocateurs d'une atteinte psychique. Au demeurant, l'expert en neurologie est le seul expert non-psychiatre à avoir fait état de tristesse, sans donner de plus amples détails sur ce point puisqu'il ne s'agissait pas de l'objet de son examen. Les autres experts somaticiens n'ont pas mentionné d'élément de cette nature, l'expert en médecine interne générale ayant seulement relevé que l'intéressée n'avait montré aucun signe de stress ni moiteur des mains.

Il n'en demeure pas moins que l'expert psychiatre a procédé à une évaluation de la recourante au cours d'un entretien approfondi structuré, reprenant les symptômes évocateurs d'atteinte à la santé mentale par catégories – telles l'anxiété, les troubles phobiques, les symptômes dépressifs, le sommeil, les troubles mnésiques, les symptômes psychotiques –, chaque catégorie comptant des sous-catégories (cf. ch. 3.2, pp. 13 à 16 du rapport d'expertise psychiatrique). L'expert a ensuite expliqué qu'il ne retenait pas le diagnostic d'épisode dépressif en l'absence d'argument anamnestique ou objectif, pour ensuite exposer les éléments qui l'amenaient à retenir celui de trouble anxieux et dépressif mixte (ch. 6, p. 22 du rapport d'expertise psychiatrique). Il a par ailleurs confronté ses constatations avec les rapports des psychologues consultées par la recourante (ch. 7.1, p. 332 du rapport d'expertise psychiatrique). En l'occurrence, il a admis qu'en 2015, dans le contexte de ses douleurs et des conflits conjugaux, la recourante avait développé une symptomatologie psychique motivant un diagnostic d'épisode dépressif « clairement réactionnel », lequel s'était amendé sans prise en charge.

Etant au surplus relevé que la psychologue brièvement consultée en 2020 n'a pas retenu le diagnostic d'épisode dépressif et que la médication psychotrope prescrite par la médecin généraliste de la recourante depuis 2020 était uniquement destinée aux troubles du sommeil, il n'existe aucun élément permettant de douter du diagnostic posé par l'expert psychiatre.

La recourante a encore pointé le fait qu'elle n'est peut-être pas en mesure de s'investir dans une prise en charge psychiatrique et que cela ne serait pas le signe d'absence de toute souffrance, émettant en outre l'hypothèse qu'il s'agirait peut-être d'une problématique de paranoïa ou d'idées de persécution. L'absence de prise en charge n'est toutefois pas le seul élément sur lequel l'expert s'est fondé pour poser son diagnostic et, en particulier, déterminer le degré de gravité des symptômes dépressifs. Il s'est fondé sur l'ensemble des rapports médicaux, ainsi que sur ses propres constatations au cours de l'entretien ciblé. Dans ce contexte, l'expert psychiatre a investigué sur l'éventuelle présence d'un trouble de la personnalité ou de symptômes psychotiques, pour n'en constater aucun. De même, la psychologue S. \_\_\_\_\_ a fait état d'une méfiance à l'égard des psychiatres, mais l'a mise en relation avec des croyances culturelles et non avec des symptômes psychotiques. Par ailleurs, on peut également relever que la recourante a régulièrement consulté la Dre A. \_\_\_\_\_ dès 2018 et que celle-ci n'a pas relevé de signes de souffrance psychique. Il n'y a donc pas lieu de remettre en doute l'appréciation de l'expert au regard des réticences de la recourante envers la psychiatrie.

Cela étant, c'est le lieu de rappeler que le diagnostic ne suffit pas à faire admettre une invalidité. Il faut encore que l'atteinte diagnostiquée entraîne des effets sur sa capacité de travail. En l'occurrence, l'expert psychiatre du X. \_\_\_\_\_ a examiné les critères définis par la jurisprudence en matière d'atteintes psychiatriques, en particulier à l'ATF 141 V 281 déjà cité. Il n'a constaté ni élément de gravité de l'état psychique, ni sentiment de détresse en lien avec les douleurs. L'expert a constaté que les ressources personnelles de la recourante étaient faibles en raison de son analphabétisme et de son niveau

d'intelligence dans les limites inférieures de la norme, mais qu'elles n'étaient pas influencées par le trouble psychique léger, tandis que ses ressources externes étaient préservées et décrites comme bonnes par la recourante (cf. ch. 7.4 p. 23 s. du rapport d'expertise psychiatrique). Ainsi, contrairement à ce que semble soutenir celle-ci, l'expert n'a pas réfuté le caractère invalidant de l'atteinte au seul motif qu'il y aurait des incohérences dans ses plaintes.

La recourante estime ensuite que la problématique de violence conjugale aurait dû être prise en compte par l'expert psychiatre. Elle n'explique cependant pas en quoi cet élément aurait une influence sur sa capacité de travail. Cette question a été abordée lors de l'évaluation psychologique à laquelle la recourante a participé en fin d'année 2015. A cette époque, la recourante venait de quitter son mari et d'obtenir des mesures protectrices de l'union conjugale en raison de faits de violence. Lorsque la recourante a consulté à nouveau une psychologue, en début d'année 2020, soit près de cinq ans plus tard, cette problématique ne constituait pas une préoccupation pour la recourante, puisque le rapport de la psychologue S.\_\_\_\_\_ n'en fait état que dans l'anamnèse. Entretemps, s'il a mentionné le diagnostic d'épisode dépressif moyen et la problématique de violence conjugale dans son rapport du 28 février 2016, le Dr T.\_\_\_\_\_ s'est toutefois limité à renvoyer au rapport du P.\_\_\_\_\_ sur le sujet. Puis, au cours de l'enquête ménagère effectuée en novembre 2017, la recourante a exposé les modalités du droit de visite de son mari sur leur fille mineure sans mentionner de situation conflictuelle à cet égard. De même, la Dre A.\_\_\_\_\_ n'a signalé aucun incident, que ce soit dans son rapport du 4 mai 2018 ou dans ses rapports ultérieurs. Dans ces conditions, on ne voit pas de quelle manière les violences conjugales dont la recourante a été victime avant septembre 2015 pourraient exercer une influence négative sur sa capacité de travail postérieurement à cette date. Par conséquent, il ne s'agit pas d'un critère pertinent pour déterminer l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis le dépôt de sa demande de prestations auprès de l'intimée.

**d)** Pour finir, la recourante conteste l'expertise neurologique en pointant des conclusions contradictoires. En réalité, l'expert neurologue a seulement fait état de résultats d'examen paraissant contradictoires, mais qui ne relevaient pas d'une atteinte neurologique objective, hormis le canal carpien décrit comme léger. Il n'y a ainsi pas de contradiction et il faut constater une nouvelle fois que la recourante n'oppose pas un rapport médical émanant d'un spécialiste en neurologie aux conclusions de l'expert de V.\_\_\_\_\_.

**e)** Les griefs de la recourante peuvent d'autant moins être suivis que les différents médecins consultés par celle-ci s'accordent eux-mêmes à dire que, dans une activité respectant les contraintes liées à ses douleurs lombaires, il existe une capacité de travail. Tel est le cas notamment du Dr G.\_\_\_\_\_, qui encourageait la mise en place de mesures professionnelles à 50 % dans son rapport du 30 septembre 2020, ou de la Dre A.\_\_\_\_\_, qui évaluait la capacité dans une activité adaptée à 40 % depuis 2018 dans son rapport du 17 juillet 2020. Etant rappelé que les conclusions des médecins traitants peuvent être influencés par leur relation thérapeutique (cf. 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), on peut voir à tout le moins dans leurs rapports une congruence sur l'existence d'une capacité de travail résiduelle.

Il faut ainsi reconnaître une pleine valeur probante aux expertises du X.\_\_\_\_\_ et de V.\_\_\_\_\_, de sorte que l'intimé était fondé à retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à l'atteinte lombaire et au canal carpien.

**6.** La recourante fait encore valoir qu'il n'existe pas d'activité adaptée à l'ensemble des limitations fonctionnelles déterminées dans les expertises.

**a)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne

saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C\_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. On ne peut parler d'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsque celle-ci ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_98/2021 du 31 mai 2021 consid. 5.2 ; 9C\_774/2017 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 8C\_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2). Néanmoins, l'examen de l'exigibilité s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive (TF 8C\_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3 ; 8C\_95/2020 du 14 mai 2020 consid. 5.2.2).

**b)** En l'espèce, la recourante était âgée de 52 ans au moment où l'intimé a rendu sa décision, si bien que la jurisprudence relative aux assurés proche de l'âge de la retraite n'entre pas en ligne de compte

(cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3 ; TF 9C\_195/2019 du 11 juin 2019 ; 9C\_774/2017 consid. 5.3).

Par ailleurs, les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis déterminées par les experts peuvent être qualifiées de modérées, en ce qu'elles permettent l'accomplissement de toutes sortes de travaux légers. En ce qui concerne l'utilisation des mains, si l'expert en médecine interne générale a émis quelques doutes en raison d'une suspicion de canal carpien, il a cependant réservé l'avis d'un neurologue. Celui-ci a précisé à cet égard que le syndrome du canal carpien bilatéral, léger, ne permettait pas d'exercer une activité strictement manuelle, notamment une activité nécessitant des mouvements répétitifs avec exercice d'une force importante avec les mains. Il s'agit donc, là encore, d'une restriction peu contraignante. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, aucune restriction n'a été posée sur le plan psychique ou mental, étant encore relevé que l'expert psychiatre a retenu que son niveau intellectuel était dans les limites de la norme.

Dans sa fiche de calcul du 5 mai 2021, l'intimé a mentionné les possibilités existant dans le domaine industriel léger, telles que montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement, tâches simples de vérification ou autres tâches qui consistent à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques. Comme l'a rappelé le Tribunal fédéral en maintes occasions (cf. notamment TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les nombreuses références citées), il en existe encore bien d'autres, qui concernent de nombreux domaines. De telles activités ne requièrent pas de formation particulière, de sorte que l'on peut considérer qu'elles sont accessibles à la recourante. En effet, malgré un bagage scolaire resté rudimentaire, la recourante a néanmoins pu exercer différents emplois depuis son arrivée en Suisse. Il faut donc retenir qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante est raisonnablement exigible.

**7.** Pour le calcul de son degré d'invalidité, la recourante a contesté le statut mixte, 80 % active et 20 % ménagère, retenu par l'intimé, en exposant qu'elle pourrait travailler à 100 % eu égard à l'âge de sa fille. Elle n'a pour le surplus pas critiqué les chiffres utilisés dans le calcul, mais a requis l'application d'un abattement plus élevé sur le revenu avec invalidité. De son côté, l'intimé s'est limité à indiquer que le statut d'active ne changerait pas son avis, ce dont on peut effectivement inférer qu'il admet le recours à la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

Le calcul du salaire exigible établi le 5 mai 2021 se fonde sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour les deux termes du calcul, le revenu sans invalidité étant fondé sur la rubrique correspondant aux emplois non qualifié domaine du nettoyage pour une femme (domaines 77, 79-82, TA1\_skill\_level, niveau 1), et le revenu avec invalidité sur le chiffre de l'ESS correspondant au total, tous secteurs confondus, pour une femme au niveau de compétence 1, avec un abattement supplémentaire de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

S'agissant de l'abattement, la jurisprudence a déterminé que la personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité il est admis de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Toutefois, lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, il convient de prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données

statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2). Il faut également rappeler que le type d'activité visé par le tableau TA1\_skill\_level de l'ESS sont des activités généralement compatibles avec des limitations fonctionnelles légères (cf. TF 9C\_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 6.3 et les références citées ; 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3). Ainsi, seules les limitations fonctionnelles dépassant ce qui est compatible avec ces activités peuvent justifier un abattement supplémentaire. Or, comme déjà dit, les limitations fonctionnelles retenues par les experts sont relativement légères. En outre, il ne ressort pas d'autre élément susceptible d'influer négativement sur les perspectives salariales de la recourante pour les activités adaptées existantes, qui ne requièrent pas de formation particulière. Dès lors, en procédant à un abattement de 5 %, l'intimé a suffisamment tenu compte de la situation personnelle de la recourante.

Pour le surplus, si le calcul de l'intimé paraît correct dans son principe, il faut relever une incohérence dans le fait d'utiliser les données de l'ESS 2012 pour le revenu sans invalidité et l'ESS 2014 pour le revenu avec invalidité. Seules les données de 2014 devaient être reprises. Compte tenu des délais des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, il fallait en outre les indexer à 2015 (+ 0.5 %) et les adapter aux durées du travail correspondant aux rubriques de l'ESS concernées, pour l'année 2015. Ainsi, le revenu sans invalidité s'élève à 47'637 fr. (revenu ESS 2014 de 3'753 fr., durée de travail de 42.1 heures) et le revenu avec invalidité à 51'358 fr. 87 (revenu ESS 2014 de 4'300 fr., durée de travail de 41.7 heures, abattement supplémentaire de 5 %). Ces corrections ne modifient cependant pas le résultat, à savoir que la comparaison des deux revenus ne fait ressortir aucune perte de gain, de sorte que le degré d'invalidité est nul. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations, étant au surplus relevé que le degré d'invalidité resterait insuffisant pour ouvrir le droit à la rente même en appliquant l'abattement maximal de 25 % sur le revenu avec invalidité.

**8. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

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

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**c)** 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).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 janvier 2022 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

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

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

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap (pour Z. \_\_\_\_\_),
- 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 :