

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 février 2024

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Berberat, et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à
Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère d'un enfant, intermittente du spectacle, a déposé une première demande de prestations le 5 septembre 2007 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de lombosciatalgies dans un contexte de discopathie L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale, de lésion au dernier niveau et glissement de L5 sur S1, de micro-instabilité et d'arthrose facettaire associée, de fasciite plantaire gauche (talalgie, éperon calcanéen, calcifications et nodules sous le talon) et d'instabilité des deux chevilles.

Dans son rapport du 9 et son annexe du 15 octobre 2007, la Dre G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics allégués par l'assurée dans sa demande ; elle a toutefois ajouté des troubles de l'adaptation avec anxiété et dépression. Selon elle, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle de comédienne-danseuse depuis avril 2006, mais l'assurée disposait d'une complète capacité de travail dans une activité adaptée (employée de bureau) dès le 1^{er} novembre 2007.

Par rapport du 4 novembre 2007, le Dr M._____, spécialiste en médecine physique et en réadaptation, a posé les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies dans un contexte de discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1, d'hypermobilité articulaire généralisée et de troubles de l'adaptation avec anxiété, ainsi que de talalgie rebelle dans un contexte d'instabilité du médiopied, de luxation des tendons péroniers et de sensibilité marquée de l'insertion de l'abducteur du gros orteil. Selon ce spécialiste, la capacité de travail était nulle dans son ancienne activité de danseuse, mais totale dans une activité adaptée telle que le métier de réceptionniste ou d'employée de bureau (sans diminution de rendement) en tenant compte d'une alternance de posture, d'une restriction quant aux ports de charges et d'une position en porte-à-faux.

Dans un avis du 29 avril 2008, le Dr D._____, médecin auprès du Service médical régional (ci-après : le SMR) et spécialiste en chirurgie, a considéré le trouble de l'adaptation, par définition, comme ne persistant pas au-delà de six mois. Il n'était donc pas à l'origine d'une incapacité de travail distincte de longue durée et ne nécessitait pas d'examen complémentaire. Le SMR a dès lors conclu à une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité statique avec possibilité de changer souvent de posture, sans marche prolongée ni port de charges.

Dans un rapport du 28 janvier 2009 à l'OAI, le Dr W._____, médecin traitant de l'assurée, a avancé que l'état de santé de sa patiente n'était absolument pas stabilisé. Selon lui, il s'agissait d'un cas complexe où une fasciite plantaire bilatérale et une subluxation des tendons péroniers influençaient directement la statique et les problèmes lombaires.

L'OAI a également procédé à l'instruction du cas, en sollicitant des rapports auprès des médecins consultés par l'assurée, à savoir notamment auprès de la Dre AF._____, spécialiste en médecine interne générale, en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, et du Dr AG._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et a retenu que ces rapports indiquaient une évolution favorable de l'atteinte plantaire tout en mentionnant que les activités de danseuse ou de professeure de Pilates (l'assurée ayant débuté une formation d'entraîneur) n'étaient pas adaptées à l'état de santé de l'assurée. S'agissant des lombalgies, aucun nouvel élément n'avait été apporté. La capacité de travail était complète dans une activité adaptée (qui respectait les limitations fonctionnelles d'épargne de dos et qui ne demandait pas de station debout prolongée et de déplacements sur de longues distances) avec diminution de rendement de 10 % en raison de la nécessité de changer fréquemment de position (avis SMR du 2 avril 2009 du Dr V._____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine du travail).

Dans une lettre du 20 mai 2009 à l'attention de l'OAI, le Dr W._____ a relevé une aggravation de l'état de santé de l'assurée ; dans un rapport du 13 mai 2010, il a attesté d'une incapacité totale de travail dans toute activité (en relation avec les diagnostics incapacitants des pieds et du dos), précisant que l'assurée travaillait comme éducatrice de Pilates environ 5 heures par semaine.

Dans un avis SMR du 30 août 2010, le Dr R._____, spécialiste en médecine du travail, a considéré qu'il fallait s'en tenir aux précédentes conclusions du SMR du 2 avril 2009, relevant que les derniers rapports versés au dossier sur la pathologie lombaire n'apportaient aucun élément nouveau. S'agissant des douleurs plantaires, il indiquait qu'une intervention chirurgicale, qui n'entraînerait qu'une incapacité de travail de quelques semaines, pour exploration du tunnel tarsien et libération de celui-ci était proposée. Il soulignait que l'activité de l'assurée comme « éducatrice pilates », à raison d'environ 5 heures par semaine, était certes limitée par les douleurs lombaires et pédieuses mais rappelait que le Dr V._____, dans son dernier rapport, avait déjà indiqué que cette activité n'était pas adaptée à l'état de santé de l'assurée. Enfin, il relevait que les problèmes de pied avaient déjà été pris en compte, lors du dernier avis médical imposant des limitations de la station debout et des déplacements sur de longues distances, et que si ces recommandations étaient respectées, la capacité de travail restait entière. Précisant qu'il n'y avait pas de nouvelles limitations fonctionnelles, il retenait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution du rendement de 10 % en raison de la nécessité de changer fréquemment de position.

L'assurée a subi une infiltration le 21 octobre 2010 à la Clinique N._____. Dans un avis SMR du 27 janvier 2011, le Dr D._____ a indiqué que l'infiltration épidurale sacrée ne modifiait en rien les limitations fonctionnelles déjà connues.

Le 17 mars 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente limitée dans le temps, du 1^{er} avril 2007 au 31 janvier 2008.

Le Dr W._____ a informé l'OAI le 31 mars 2011 qu'il avait dû adresser sa patiente à un psychiatre. Le 14 avril 2011, ce médecin a ajouté que l'assurée présentait un état anxio-dépressif chronique et qu'elle consultait le Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le 8 juin 2011, le Dr Y._____ a expliqué suivre l'assurée en consultation depuis le 8 avril 2011 pour un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique en lien avec des problèmes rhumatologiques invalidants, estimant que son état de santé ne permettait actuellement pas la reprise d'une activité professionnelle.

L'assurée a encore produit le 16 juin 2011 un rapport du Dr L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie.

Le 6 juillet 2011, après avoir sollicité une prolongation de délai, l'assurée a, par l'intermédiaire de Me Philippe Graf, avocat auprès d'Inclusion Handicap, déposé des observations sur le projet de décision du 17 mars 2011, sollicitant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Avec son écriture, elle a produit un rapport du 1^{er} juin 2011 de la Dre T._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, selon lequel sa capacité de travail était nulle depuis 2005, un rapport du 29 juin 2011 du Dr Y._____, de teneur identique à son rapport du 8 juin 2011, ainsi qu'un rapport du 4 juillet 2011 de X._____, ergothérapeute.

Le 11 juillet 2011, une décision a été rendue, en langue allemande, notifiée à l'assurée directement, selon laquelle elle avait droit à une prestation mensuelle de 1'249 fr. pour la période du 1^{er} avril 2007 au 31 janvier 2008, ce qui représentait un montant de 12'490 fr. pour dix mois. Les voies de droit figuraient au pied de cette décision, précisant qu'il

pouvait être formé recours contre celle-ci auprès du « Tribunal des assurance[s], Route du Signal 8, 1014 Lausanne » dans un délai de trente jours.

Dans un rapport du 19 juillet 2011, produit à la demande de l'OAI, le Dr Y. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et d'anxiété généralisée, depuis le 8 avril 2011. Selon lui, l'activité exercée n'était plus exigible en raison de l'état physique et psychique et une activité adaptée n'était pas possible.

A la demande du SMR (avis du 10 août 2011 du Dr D. _____), un examen clinique psychiatrique a été effectué au SMR le 26 septembre 2011 par le Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 21 novembre 2011, le Dr S. _____ n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, retenant sans effet sur celle-ci une dysthymie (F34.1). Il estimait que, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était entière dans toute activité. Il a en outre exposé que l'assurée n'était en traitement psychiatrique que depuis avril 2011, sur conseil de son médecin traitant, dans le cadre d'une nouvelle demande AI. Il soulignait également des contradictions dans les rapports du psychiatre, le Dr Y. _____. Le Dr S. _____ a considéré que le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1), posé par ce spécialiste, n'était pas confirmé par l'anamnèse et les constatations cliniques. Selon la CIM-10, la caractéristique essentielle de ce trouble était une anxiété généralisée persistante ne survenant pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée (l'anxiété est « flottante »). Or, il n'avait pas retrouvé cette anxiété « flottante » et persistante dans les propos de l'assurée et ne l'avait pas constatée durant l'examen psychiatrique d'une durée de 2 heures et 20 minutes. S'il considérait que l'assurée avait pu passer par des moments dépressifs d'intensité moyenne à légère, la durée n'avait pas été suffisante pour nécessiter la mise en place de soins psychiatriques. Le traitement psychiatrique actuel était motivé, d'une part, par un abaissement de l'humeur et, d'autre part, par le besoin d'étayer la demande de prestations à l'AI. L'assurée souffrait donc d'une dépression chronique de l'humeur qui

était fluctuante, dont la sévérité était insuffisante et la durée des différents épisodes trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif léger ou moyen, même si ce trouble pouvait avoir répondu aux critères d'un épisode dépressif léger ou moyen dans le passé. L'évolution favorable de la thymie de l'assurée était à mettre sur le compte du traitement psychiatrique entrepris depuis avril 2011, en particulier au bon effet de l'antidépresseur prescrit.

Le SMR a, par avis du 1^{er} décembre 2011 du Dr D._____, évalué la capacité de travail de l'assurée à 100 % dans une activité adaptée, avec baisse de rendement de 10 %.

Le 2 février 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'au vu des conclusions de l'expertise psychiatrique du 26 septembre 2011, il maintenait sa position et qu'une décision conforme au préavis du 17 mars 2011 allouant une rente limitée dans le temps serait prochainement notifiée.

Le 1^{er} novembre 2012, l'assurée a entrepris l'activité d'instructrice de la méthode Pilates et Yoga auprès du Centre Pilates de [...], à raison de 25 %.

B. L'assurée a déposé le 5 septembre 2016 une nouvelle demande de prestations AI pour adultes, en mentionnant une aggravation de son état de santé en raison notamment de lombalgies invalidantes.

Le 6 septembre 2016, l'OAI l'a invitée à rendre plausible la modification de son état dans un délai de trente jours.

Le 27 septembre 2016, la Dre B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a informé l'OAI qu'elle avait encouragé sa patiente à solliciter un réexamen du droit aux prestations, compte tenu d'une nette aggravation de ses lombalgies. La Dre B._____ a joint à son envoi un rapport du 30 mai 2016 de la Dre T._____, selon lequel l'assurée souffrait de lombalgies chroniques

sévères et invalidantes, relevant qu'une nouvelle demande [de prestations AI] lui paraissait pertinente, qu'elle soutenait l'assurée dans cette démarche et que l'activité professionnelle à temps partiel d'enseignante de Pilates était adaptée à son handicap puisqu'elle pouvait conseiller des élèves et simultanément participer à la tonification et à l'étirement de ses structures musculaires.

Par avis du 9 janvier 2017, la Dre J._____, médecin auprès du SMR, a estimé que les nouveaux documents médicaux ne modifiaient pas les conclusions antérieures du SMR et que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du dos.

Le 12 janvier 2017, l'OAI a établi un projet de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée, en notant en particulier que sa précédente demande avait fait l'objet d'une décision « le 11 juillet 2011 ».

Le 21 janvier 2017, l'assurée a contesté le projet de décision du 12 janvier 2017, et a produit plusieurs pièces, parmi lesquelles un rapport d'IRM lombaire du 4 février 2015 du Dr AL._____, spécialiste en radiologie, un rapport du 13 mai 2015 du Prof. C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un rapport d'ergothérapie du 30 novembre 2016 ainsi qu'un rapport du 7 décembre 2016 de la Dre T._____, laquelle retenait que la situation de l'assurée n'était pas compatible avec une activité professionnelle au-delà de 20 %.

Dans un avis SMR du 13 février 2017, la Dre J._____ a de nouveau considéré que les documents médicaux produits ne modifiaient pas ses conclusions antérieures.

Par décision du 21 février 2017, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

Par arrêt du 9 octobre 2017 (cause AI 104/17 - 287/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours déposé par l'assurée, annulé la décision du 21 février 2017 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction et nouvelle décision. Elle a considéré en substance que la décision du 11 juillet 2011 avait été rendue de façon prématurée, puisque l'instruction n'était pas terminée, et qu'aucune décision n'avait été notifiée par la suite. L'OAI n'était ainsi pas fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande en l'absence de décision entrée en force sur le droit aux prestations ; il aurait dû traiter la nouvelle demande comme une première demande et procéder à toutes les mesures d'instruction qu'imposait une première demande, en particulier l'interrogatoire des médecins traitants et la mise en œuvre de toute autre mesure utile.

C. Entretiens, le 28 septembre 2017, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations et a produit, d'une part, un rapport du 30 mai 2017 de la Dre Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de troubles dissociatifs, sans précision (F44.9) et de personnalité anxieuse (F60.6) et, d'autre part, une expertise de chirurgie orthopédique du 6 juin 2017 du Dr AE._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a retenu les diagnostics incapacitants de maladie d'hypermobilité articulaire sévère depuis l'année 2008 (probablement constitutionnelle), maladie discale dégénérative en L4/L5 et L5/S1 (au 23 décembre 2015), maladie discale dégénérative L4/L5 stade V selon Pfirmann (dès le 4 février 2015), maladie discale dégénérative L5/S1 stade V selon Pfirmann (dès le 4 février 2015), spondylolisthésis de L4/L5 de type I selon Meyerding (au 4 juillet 2007), sténose canalaire spinale de type mixte en L5/S1 (le 20 juillet 2010), maladie de Bastrup avec conflit en L4/L5 (le 17 juillet 2008) et apophysomégalie transverse de L5 de type Castellvi II b avec conflit bilatéral avec l'os iliaque (17 juillet 2008). Concernant la capacité de travail, le Dr AE._____ a estimé que la profession habituelle de professeure de Pilates à un taux de 20 % n'était pas exigible. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles

(travail en position accroupie ; ramper, grimper ; mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude, ou des membres inférieurs (machine à commande à pied) ; vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale (provoqués par du matériel roulant sans suspension par exemple) ; monter fréquemment plusieurs escaliers ; marcher en terrain accidenté ou glissant ; marcher longtemps ; soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 kg ; garder la même posture (debout ou assis) plus de 30 ou 60 minutes ; position instable (échafaudages, échelles, escaliers) ; tout travail régulier, une activité dont l'assuré peut contrôler lui-même le rythme et l'horaire devant être privilégiée), la capacité de travail était pleine et entière.

Par lettre recommandée du 27 octobre 2017, le contrat de travail de l'assurée a été résilié pour le 31 décembre 2017.

Selon le questionnaire « employeur » adressé à l'OAI le 6 décembre 2017, l'assurée a travaillé à raison de 8 heures par semaine depuis janvier 2017, soit à 20 %.

Dans un questionnaire de détermination du statut du 20 décembre 2017, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100 % depuis toujours.

Le 9 février 2018, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 23 janvier 2018 de la Dre B._____ ainsi qu'une attestation du 29 janvier 2018 de la Dre Z._____.

Par projet du 5 avril 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de rente d'invalidité. Il a considéré qu'il ressortait des pièces médicales au dossier qu'en raison de son atteinte à la santé, l'activité habituelle de professeure de Pilates n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles (épargne du dos, pas de station debout prolongée, pas de déplacement sur de longues distances, pas de port de

charges et possibilité d'alterner fréquemment les positions), qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique invalidante et que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées, son rendement était toujours raisonnablement exigible à 100 % (comme par exemple dans une activité d'aide de bureau, de réceptionniste, d'enseignante d'allemand non diplômée ou encore dans le domaine de l'industriel léger). Par conséquent, l'assurée ne présentait pas de préjudice économique.

Par courrier de son conseil du 30 avril 2018, l'assurée a présenté des objections en se référant à plusieurs rapports médicaux figurant au dossier. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise « externe » pluridisciplinaire.

L'assurance perte de gain de l'ex-employeur de l'assurée a confié une expertise au Dr E._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Dans son rapport du 18 juin 2018, on peut lire que l'examen rhumatologique est complètement dans la norme mais difficilement interprétable dans le cadre d'une hyperlaxité. La mise sous tension de la sacro-iliaque droite était douloureuse. Se référant principalement aux conclusions de l'expertise réalisée le 6 juin 2017 par le Dr AE._____, il a retenu comme diagnostics une maladie d'hypermobilité articulaire sévère depuis l'année 2008, une maladie discale dégénérative en L4-L5 et L5-S1, une spondylolisthésis de L4-L5 de type I, une sténose canalaire spinale de type mixte en L5-S1, une maladie de Bastrup avec un conflit en L4-L5 et une suspicion de maladie de Bechterew, et a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité.

Compte tenu des appréciations médicales différentes entre les Drs AE._____ et E._____ sur la capacité de travail de l'assurée (cf. courrier du 22 octobre 2018 de l'OAI) et de l'avis du 31 mai 2018 du Dr A._____, spécialiste en médecine du travail et médecin auprès du SMR, préconisant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été confiée aux

Drs I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et O._____, spécialiste en rhumatologie, du Centre d'expertises Q._____, (ci-après : le Q._____) L'expertise bidisciplinaire a été réalisée le 4 juin 2019. Le rapport d'expertise du 17 juin 2019 indique notamment ce qui suit :

« 3.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Au plan somatique

Syndrome lombaire sans signes de compression radiculaire des MI [membres inférieurs] ni claudication neurogène sur discopathie L4-L5 et L5-S1 et canal vertébral étroit L5-S1 M51.3

Arthralgies sur hyperlaxité ligamentaire M25.2

Syndrome cervical récidivant M54.2

Au plan psychique

Nihil. Notre examen de 2h45 de ce jour est proche d'un examen psychiatrique normal.

L'épisode dépressif d'intensité légère retenu est en rémission.

Cela est d'autant que Madame concèdera, après notre examen, ne pas prendre le traitement antidépresseur prescrit par la Dre Z._____.

(...)

3.5 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Au plan somatique

Bénéficiant d'une bonne forme physique, l'expertisée possède de multiples ressources.

Elle a appris à faire des exercices et adapte son rythme de vie à ses symptômes. Grace à une formation suivant la méthode Pilates, elle a fait sa propre réhabilitation, et essaye de se prendre en main.

Ses normes et ses routines dans le quotidien sont organisées en vue le matin, de pouvoir exécuter ses activités sans devoir se plier vers le bas.

(...)

Mme a des activités spontanées : elle lit un peu, parfois regarde la TV, fréquente les bains thermaux.

En vue de donner ses cours Pilates, elle doit se préparer : elle va nager à la piscine, 3 fois par semaine, va au sauna, ou fait un bain ou une douche chaude.

Mme prend entièrement en charge son enfant, la préparation de ses repas ; elle l'amène à la crèche 3 fois par semaine ; l'après-midi, va à la place de jeux, marche en forêt, et après le souper elle fait le bain ; en plus, elle fait avec lui un peu de chant, et joue du piano. Elle porte son enfant le moins possible, elle le prend couchée ou assise, en essayant de montrer le moins possible qu'elle a un problème.

(...)

Au plan psychique

L'assurée conserve de nombreuses ressources :

Elle sait s'adapter aux règles et aux routines. Elle est capable de respecter les règles et de venir au rendez-vous comme convenu, y compris avec du retard.

Elle parvient à s'intégrer dans le processus d'organisation de la procédure asséculoologique.

La planification et la structuration de tâches ne fait pas défaut.

Cette assurée est limitée d'un point de vue algique, elle consacre le temps adéquat à des activités de gestion du ménage, de courses ou de nettoyages de son logement, même si elle est étayée en cela par son conjoint. Elle structure judicieusement l'ordre des étapes de travail.

Madame a une capacité de flexibilité et d'adaptation. Elle modifie son comportement, sa réflexion et son vécu à des situations changeantes, algiques notamment. Elle sait adopter des conduites différentes selon la situation. Cette assurée s'est habituée à des horaires flexibles de professeure de Pilates.

Elle sait faire usage de compétences spécifiques, notamment dans le domaine artistique ou de coaching de mouvements.

Sa capacité de jugement et de prise de décisions n'est pas entachée. Cette assurée n'est pas en proie à des manifestations psychotiques.

Cette assurée a conservé sa capacité de s'affirmer. Elle est particulièrement sthénique et sait exprimer son désarroi quant à ses difficultés personnelles, qu'elles soient passées ou actuelles. Madame sait défendre ses convictions sans violer les normes sociales.

Madame conserve un sens du contact envers des tiers. Elle entre aisément en contact avec d'autres.

La capacité à évoluer au sein d'un groupe est préservée, telle qu'en témoigne son activité de professeure de Pilates.

Les relations avec les proches sont décrites comme bonnes. Cette assurée est capable de donner et de recevoir un soutien affectif significatif.

Madame a des activités spontanées, notamment de chant ou de piano.

L'hygiène et les soins corporels de cette assurée ne font pas défaut.

Sa capacité de déplacement n'est pas entravée, notamment chez une assurée non détentrice d'un permis de conduire qui sait utiliser les transports en commun multiples.

Les difficultés procèdent d'une capacité d'endurance amoindrie du fait d'une fatigabilité, de phénomènes de déconditionnement psychique et de participations algiques.

3.6 Contrôle de cohérence

Au plan somatique

Les données subjectives nous ont paru cohérentes et plausibles, et en corrélation avec le status clinique et les examens complémentaires effectués.

Au plan psychique

Il existe des différences d'appréciation notables dans son dossier, avec une capacité de travail au motif somatique évaluée dans des domaines de compétences différents.

Il n'y a pas de limitation uniforme des activités dans tous les domaines de l'existence.

Cette assurée sait s'adapter aux tâches de ménage, rangement ou de courses à ses difficultés algiques. Elle les partage avec son conjoint.

Elle s'occupe correctement de son enfant. Elle apprécie la nage et la nature.

Il n'y a pas de perte de fonctionnalité majeure d'un point de vue psychiatrique chez une assurée qui présente un état proche de la norme. Ce d'autant qu'elle ne prend pas le traitement antidépresseur prescrit.

D'importantes difficultés existentielles infanto-juvéniles ont probablement été compensées par un niveau d'intelligence élevé.

La psychogénèse d'un trouble de la personnalité incapacitant n'est pas advenue.

La capacité de travail au motif psychiatrique de cette assurée demeure entière.

En fin d'entretien, l'assurée nous concédera "*je sais bien que je n'ai pas de psychopathologie incapacitante*".

Nous corroborons cet aspect subjectif.

Après l'entretien, invitée à bénéficier de contrôles sanguins, madame concède ne pas prendre le traitement antidépresseur par 2 cp de Sertraline 50 mg prescrit par la Dre Z._____.

Les explications données alors sont qu'elle ne souhaitait pas « apparaître dans un état modifié par le traitement ».

3.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Au plan somatique

Une activité en tant qu'instructrice de la méthode Pilates peut être exercée à raison de 4 h par jour, ceci depuis 06.2017, période depuis lequel Mme a accepté une ITT [incapacité totale de travail]. Telle qu'elle a été définie par le questionnaire de l'employeur du 06.12.2017, cette activité est adaptée et même bénéfique par rapport à son état, tel que nous l'avons constaté lors de notre expertise. Etant donné le tableau clinique, une activité partielle est justifiée, en vue de ne pas aggraver la symptomatologie.

Au plan psychique

8 heures 30 au motif psychiatrique.

3.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

Au plan somatique

Dans l'exercice d'une activité ne nécessitant pas le port de charges fréquent supérieur à 5 kg, avec éviction d'une importante sollicitation des ceintures scapulaires, des articulations des mains et portantes, ainsi que la station debout, assise ou accroupie prolongée ; une activité dont l'assurée peut contrôler elle-même le rythme et l'horaire apparaît comme idéale, ceci depuis toujours.

Au plan psychique

8 heures 30 au motif psychiatrique.

3.9 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)

Au plan somatique

Il y a une IT d'environ 50 % dans l'activité habituelle depuis 06.2017.

La CT est entière dans une activité adaptée, depuis toujours.

Au plan psychique

La CT est entière (CT de 100 %) depuis toujours en l'absence de psychopathologie incapacitante. Seules des inflexions ponctuelles de la CT ont pu être retenues, en APG.

(...) »

Dans une lettre du 12 juin 2019, écrite à la demande de l'assurée, la Dre Z. _____ a exposé qu'elle avait reçu celle-ci en urgence, sa patiente étant venue directement après l'expertise, paniquée avec l'idée « d'avoir fait tout faux ».

Dans un avis SMR du 28 juin 2019, la Dre U. _____, spécialiste en chirurgie, a indiqué se rallier aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire du Q. _____, qualifiée de précise, détaillée et

convaincante. Elle a précisé que le courrier du 12 juin 2019 de la psychiatre traitante ne permettait pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise.

Dans un rapport du 18 juin 2019, le Prof. AB._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé le diagnostic de spondylarthropathie axiale possible à probable. Il expliquait que ce diagnostic était « le moins mauvais », avec une probabilité supérieure à 50 %, pour expliquer la symptomatologie de l'assurée. Ce diagnostic n'était certainement pas définitif mais rentrait dans le cadre « du possible à probable ».

Dans un avis SMR du 2 septembre 2019, la Dre U._____ a estimé que l'avis médical du Prof. AB._____ ne remettait pas en question les conclusions de l'expertise. Elle a relevé que ledit rapport avait été établi dans un but purement thérapeutique, à la suite de consultations demandées par la Dre T._____ et qu'il ne faisait pas état de limitations fonctionnelles ni ne se prononçait sur la capacité de travail de l'assurée.

Par décision du 20 septembre 2019, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité au motif que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était entière et qu'elle ne présentait pas de trouble psychique invalidant.

D. Par acte du 25 octobre 2019, F._____, représentée par Me Olivier Carré, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à l'annulation de la décision du 20 septembre 2019 et à l'octroi de prestations [de l'assurance-invalidité]. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle fait valoir que les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du Q._____ ne sont pas convaincantes, qu'elles contiennent des contradictions quant à la capacité de travail retenue dans l'activité habituelle de professeure de Pilates (50 %) et celle dans une activité adaptée à ses limites fonctionnelles (100 % depuis toujours). Elle relève que d'autres spécialistes ont

considéré que l'activité de professeure de Pilates n'était pas adaptée à ses troubles somatiques et qu'elle se trouvait en incapacité totale de travailler dans quelque activité. La recourante se réfère notamment aux avis médicaux du Dr AP._____, et de la Dre T._____, ainsi qu'à ceux du Dr AE._____ (expertise privée de 2017), du Dr E._____ (expertise diligentée par l'assureur perte de gain en 2018) et du Prof. AB._____ (rapport du 18 juin 2019). A titre de mesure d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Par décision du 31 octobre 2019, la juge instructeur de la Cour de céans a fait droit à la requête de la recourante et l'a mise au bénéfice de l'assistance judiciaire (exonération des frais judiciaires et assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Carré) avec effet au 25 octobre précédent, étant précisé que l'assurée était astreinte à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1^{er} février 2020.

Par réponse du 2 décembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. En ce qui concerne les contradictions de l'expertise du Q._____, l'intimé relève notamment ce qui suit :

« La capacité de travail de 50% concerne la profession d'institutrice de Pilates. Les exigences relatives à l'activité habituelle de la recourante ont été détaillées par les experts (voir p. 5 du rapport d'expertise). Les spécialistes parlaient donc en connaissance de cause. Au vu de sa problématique de santé, l'assurée a besoin d'une réadaptation physique à laquelle elle se consacre en pratiquant du Pilates ; à cet égard, ont été prescrits par les médecins traitants à plusieurs reprises des traitements physiques, notamment dans le cadre de traitements intensifs et pluridisciplinaires au H._____ (v. not. p. 51/99 du rapport d'expertise). Cela explique la raison pour laquelle les experts ont estimé que l'activité habituelle de l'assurée n'était pas totalement contre-indiquée. Lors de la pratique de la méthode Pilates, la recourante peut gérer les positions, allonger la musculature et renforcer son corset musculaire (v. p. 55/99). A ce propos, les spécialistes observent que l'assurée se projette aisément comme professeure de Pilates à un taux d'activité réduit, les mouvements étant « doux, perpétuels et positifs » (p. 82/99).

Nous ne voyons dès lors pas en quoi les praticiens se sont montrés incohérents dans l'admission d'une certaine capacité de travail de l'assurée dans sa profession et d'une pleine aptitude au travail dans une activité adaptée en tout point à sa symptomatologie sur le plan rhumatologique. »

Après avoir sollicité une prolongation de délai pour se déterminer, la recourante a produit plusieurs rapports médicaux dont un rapport du 30 janvier 2020 de la Dre Z._____, lequel fait état de nouvelles études montrant que les traumatismes précoces affectent profondément le développement cérébral et ont des conséquences jusqu'à l'âge adulte. Sa compréhension de la situation était que les douleurs causées par sa maladie physique et la souffrance psychique étaient liées. Une vision globale devait entrer dans le jugement de la capacité de travail. En conclusion, elle préconisait une évaluation psychologique plus approfondie. La recourante a également adressé un rapport établi le 7 mars 2020 par le Prof. AB._____, à la requête de son conseil, dont il ressort notamment que « le diagnostic, c'est-à-dire le processus pathologique responsable, définit l'histoire naturelle, le pronostic et la réponse thérapeutique de la maladie, et donc certainement la capacité de travail à termes ». Il se trouvait justement dans ce cas de figure avec un diagnostic de rhumatisme inflammatoire (spondylarthrite), diagnostic dont l'histoire naturelle, le pronostic et surtout les conséquences fonctionnelles étaient fort différents de ceux associés à un diagnostic de syndrome lombaire sans signes de compression radiculaire. Les conséquences fonctionnelles pourraient également être évaluées différemment. Le Prof. AB._____ ajoutait qu'une « spondylarthropathie [était] de nature à évoluer de façon très restrictive en termes de capacité fonctionnelle et de qualité de vie. La littérature démonstr[ait] que l'on p[ouvai]t s'attendre à une aggravation globale des lésions structurelles et, surtout chez les femmes, de la douleur au cours des ans. L'évolution naturelle de la maladie n'[était] donc pas favorable sans traitement et, malheureusement, tous les patients, loin de là, répond[ai]ent à [leur]s traitements. Il [était] donc raisonnable de penser que cette maladie inflammatoire, et ce contrairement au diagnostic de lombalgie retenu par les experts du Q._____, [était] de nature à influencer de façon définitive et de manière négative la capacité fonctionnelle et de gain sur le moyen et long terme de Madame F._____ ». S'il admettait ne pas s'être « penché sur la problématique des limitations fonctionnelles », il précisait tout de même que « le handicap quotidien [était] important, suffisamment pour motiver un essai thérapeutique ».

Par réplique du 6 novembre 2020, la recourante a déclaré maintenir son recours ainsi que sa requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle a en outre produit un rapport du 3 novembre 2020 de la Dre Z._____, puis, le 30 novembre 2020, un rapport du 27 novembre 2020 de cette praticienne à son conseil, qui corrige et précise le précédent. Il y est fait état que la recourante s'est construit un « faux soi », en apparence normal, ce qui avait pour conséquence qu'il était difficile de suivre une direction claire dans la vie et de faire face à la réalité, de faire confiance, d'accepter une médication et de suivre une thérapie approfondie. La recourante avait construit une « façade » qui la montrait sûre et compétente, mais ses difficultés étaient restées à l'intérieur, souvent cachées mais faisant surface dans des moments de stress et devenant handicapantes. Elle avait des grands problèmes d'estime d'elle-même, des difficultés dans les relations à autrui, difficulté à faire confiance, difficulté à accepter ses propres fragilités physiques ou psychiques. Les douleurs étaient souvent augmentées par des tensions psychologiques, la peur et l'insécurité. Contrairement à ce qui a été retenu par l'expert psychiatre, la recourante avait fait part à cette praticienne que les relations avec ses proches, les membres de sa famille d'origine, étaient très difficiles et conflictuelles. Tout contact avec ces derniers la mettait sous stress. Avec son compagnon, elle vivait par moments des fortes tensions et la situation s'était plutôt péjorée les dernières années. Il y avait des moments de violence psychique et verbale, et cela devant leur jeune enfant. Ces tensions épuisaient la recourante. Le diagnostic d'un état de stress post-traumatique complexe était évident. La recourante avait des séquelles de traumatismes complexes, ayant vécu des situations traumatisantes à répétitions et cela depuis l'enfance et elle avait développé un trouble de la personnalité complexe (personnalité anxieuse F60.6), à la suite de maltraitances et de négligences. Elle rencontrait également beaucoup de difficultés relationnelles, des difficultés de se réguler au niveau de la peur et des émotions. L'état de stress extrême non spécifié mettait en évidence qu'il y avait une perturbation de la régulation des émotions et des impulsions, une perturbation de la perception ou de la conscience, un trouble de la

perception de soi, une altération des relations interpersonnelles, une somatisation et une altération dans la perception de la vie.

Par duplique du 30 novembre 2020, l'intimé a maintenu ses conclusions sur la base de l'avis SMR du 24 novembre précédent de la Dre U._____, qui indique, en référence aux rapports de la Dre Z._____, qu'une évaluation complète de l'état de santé de la recourante a été faite lors de l'expertise bidisciplinaire et que les commentaires de la psychiatre traitante relatifs à certains chapitres de l'expertise (entretien approfondi, anamnèse psychiatrique systémique, évaluation de la cohérence et de la plausibilité, appréciation des capacités, des ressources et des difficultés) ainsi que les résultats des trois questionnaires qu'elle a fait passer à sa patiente relèvent d'une appréciation différente d'un même état de fait entre l'expert et la psychiatre traitante. La Dre U._____ relève en outre que la psychiatre traitante ne fait aucune description des limitations fonctionnelles psychiatriques de sa patiente ni ne mentionne quelle capacité de travail serait envisageable, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Quant à la teneur du rapport du 7 mars 2020 du Prof. AB._____, dans lequel celui-ci admet ne pas s'être spécifiquement penché sur la problématique des limitations fonctionnelles mais que le handicap quotidien est important, la Dre U._____ réaffirme que les consultations auprès de ce spécialiste avaient pour but de tenter de déterminer un diagnostic ainsi que des stratégies de traitement et qu'il n'est nulle part fait mention dans ce rapport ni des limitations fonctionnelles, ni de la capacité de travail de la recourante. Tout en admettant le fait que si l'importance du diagnostic est indéniable, elle relève que ce sont les répercussions de l'atteinte à la santé en termes de limitations fonctionnelles qui sont décisives pour fixer la capacité de travail et que les hypothèses diagnostiques et thérapeutiques mentionnées par ce spécialiste ne sont dès lors par déterminantes dans l'évaluation de la capacité de travail de la recourante. Elle confirme que, de son point de vue, les conclusions de l'expertise bidisciplinaire restent valables.

Par déterminations du 18 décembre 2020, l'intimé a confirmé ses conclusions, ne voyant pas dans le rapport actualisé de la Dre Z._____ du 27 novembre 2020 de motifs de s'écarter des résultats de son instruction au vu de l'avis SMR du 24 novembre 2020 qui s'exprimait sur le précédent rapport de la Dre Z._____ et dont les conclusions restaient valables.

Par déterminations du 1^{er} mars 2021, la recourante a notamment produit un courrier du 26 janvier 2021 de la Dre Z._____, laquelle indique que l'expert psychiatre et elle-même se rejoignent sur le fait que la recourante a vécu des importantes difficultés existentielles infanto-juvéniles. Leurs vues divergent quant à l'impact de ces faits sur la santé psychologique. Cette praticienne a estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle de professeure de Pilates, ou dans une activité adaptée, à 50 %, en posant les limitations fonctionnelles suivantes : des difficultés relationnelles ressenties, face à autre, la recourante se trouvait souvent soit dans une position de victime ou, plus rarement, d'agresseur, et toute possibilité de discuter et de trouver des compromis viables, encore difficile ; difficulté dans la gestion des émotions, avec l'apparition d'états dissociatifs, des reviviscences de sentiments de peur, d'impuissance et de détresse ; hypersensibilité au stress ; contact à autrui très fatigant et pour cela, souvent, évité ; et tendance à s'isoler socialement. A cette occasion, la recourante a également indiqué que son atteinte rhumatologique se révélait plus lourde puisque le Prof. AB._____ évoquait, dans un rapport du 13 janvier 2021, des indices d'inflammations aux pieds et des problèmes digestifs associés. Était également produit un rapport du 21 janvier 2021 du Dr AK._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel fait état d'un kyste arthro-synovial douloureux de la MP-I du pied gauche à mettre en lien avec une arthrose débutante de l'articulation, soit surtout un problème mécanique liée à l'anatomie de la MP-I et dont l'influence de la spondylarthrite dans le développement du kyste arthro-synovial était peu probable, proposant une intervention chirurgicale.

Le 11 mai 2021, la recourante a confirmé ses conclusions et ses moyens, déclarant persister à considérer nécessaire une expertise judiciaire pluridisciplinaire (rhumatologie, orthopédie et psychiatrie). Elle a par ailleurs produit un rapport du 29 mars 2021 de la Dre Z. _____ en réponse aux questions du conseil de la recourante, laquelle précisait que son estimation de la capacité résiduelle de 50 % se basait « sur la diminution de la capacité au travail rémunéré, engendrée par la problématique psychiatrique, en faisant abstraction de l'atteinte physique, qui devrait être évaluée par des spécialistes en médecine somatique ». Elle jugeait la capacité au travail de professeure de Pilates à environ 6 heures d'enseignement en individuel, précisant que son « estimation se bas[ait] sur la diminution de la capacité engendrée par la problématique psychiatrique en incluant les douleurs physiques ». Était également produit un rapport du 9 avril 2021 du Prof. AB. _____ au conseil de la recourante, lequel a exposé que la recourante avait bénéficié d'une évaluation par le Dr AC. _____ (orthopédiste) et le Dr AD. _____ (gastro-entérologue). D'un point de vue diagnostique, il n'y avait pas de modification fondamentale puisque le Dr AC. _____ retenait également le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, diagnostic qui correspondait à une nomenclature plus ancienne de la même maladie, soit la spondylarthropathie axiale. En ce qui concernait le rapport du Dr AD. _____, si celui-ci n'avait pas retrouvé d'éléments clairs en fonction d'une maladie inflammatoire digestive associée à la spondylarthropathie, il admettait ou évoquait dans ses commentaires et propositions qu'il serait probablement plus raisonnable de débiter un anti-TNF α , les crampes ressenties par la recourante étant liées aux poussées articulaires et donc suggestives d'une association entre les deux problématiques. Il s'agissait donc d'un examen négatif en termes de diagnostic de maladie inflammatoire du tube digestif, mais qui n'excluait nullement la spondylarthropathie et même la présence d'une atteinte inflammatoire digestive à bas bruit dans ce contexte. S'agissant de la capacité de travail, celle-ci restait fortement limitée en raison des douleurs ostéoarticulaires puisque la recourante était tout juste capable d'assumer un maximum de 6 à 8 heures d'enseignement de Pilates hebdomadaires. En conclusion, la recourante souffrait d'une spondylarthrite avec une atteinte axiale et aussi

périphérique confirmée par un orthopédiste, maladie dont l'évolution restait défavorable. Cette maladie était invalidante et active, actuellement incompatible avec une activité professionnelle à plus de 20 % dans son activité de professeure de Pilates.

Par déterminations du 8 juin 2021, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Après avoir notamment rappelé que la psychiatre traitante évoquait une capacité résiduelle de travail de 50 % « compte tenu de la problématique psychiatrique associée à l'aspect rhumatologique » tout en parlant d'une capacité de travail de quelques heures dans la fonction de professeure de Pilates, soit environ 6 heures d'enseignement hebdomadaire individuel, et que le Prof. AB. _____ estimait que la recourante n'était pas en mesure d'assumer plus de 6 à 8 heures hebdomadaires d'enseignement de Pilates, ce qui représentait une capacité de travail de moins de 20 %, l'OAI s'est référé à l'avis SMR du 4 juin 2021 de la Dre U. _____ qui conclut que les rapports médicaux de la Dre Z. _____ et du Prof. AB. _____ ne comportent pas d'éléments objectifs nouveaux, rattachés à la période qui prévalait jusqu'à la décision litigieuse, qui seraient suffisamment pertinents pour l'amener à modifier son opinion sur la capacité de travail de la recourante.

Par déterminations du 2 novembre 2021, la recourante a contesté l'objectivité de la Dre U. _____ et confirmé, pour ce motif, sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire et actualisée. Elle a en outre notamment produit un rapport du 2 novembre 2021 de la Dre Z. _____, laquelle s'est prononcée sur l'avis du 4 juin 2021 du SMR, indiquant que dans la situation complexe de la recourante, elle pensait ne pas pouvoir séparer les atteintes physiques et psychiques.

Par déterminations du 6 décembre 2021, l'intimé a confirmé ses conclusions en se référant à l'avis du même jour de la Dre U. _____ du SMR qui conclut à l'absence d'éléments médicaux objectifs pertinents rattachés à la période qui prévalait jusqu'à la décision litigieuse

susceptible de modifier son point de vue quant à la capacité résiduelle de travail de la recourante.

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. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

3. 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^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

4. 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.

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les arrêts cités).

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 dans la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). 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 LPGGA).

5. 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).

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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 LPGGA), 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) La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

d) 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).

7. a) En l'occurrence, la recourante conteste les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du Q._____ ordonnée par l'intimé, retenant comme diagnostics incapacitants un syndrome lombaire sans signes de compression radiculaire des membres inférieurs ni claudication neurogène sur discopathie L4-L5 et L5-S1 et canal vertébral étroit L5-S1, des arthralgies sur hyperlaxité ligamentaire et un syndrome cervical récidivant, sur laquelle ce dernier s'est fondé pour lui nier tout droit à des prestations d'invalidité compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La recourante fait valoir en substance qu'elle est en contradiction avec les avis médicaux de ses médecins traitants. Quant à l'intimé, il considère que l'expertise a pleine valeur probante et que ses conclusions sont convaincantes. Il relève qu'aucun élément objectif au dossier ne serait suffisamment pertinent pour modifier sa position quant à la capacité de travail de la recourante.

b) Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue du Q._____ a procédé à l'examen de la recourante, pris connaissance du dossier, fait état de ses plaintes, décrit son quotidien, et même pris contact téléphoniquement avec la Dre T._____ (p. 60 de l'expertise). Au terme de son examen, il a retenu les diagnostics incapacitants de syndrome lombaire sans signes de compression radiculaire des membres inférieurs ni claudication neurogène sur discopathie L4-L5 et L5-S1 et canal vertébral étroit L5-S1 (M51.3), d'arthralgies sur hyperlaxité ligamentaire (M25.2) et de syndrome cervical récidivant (M54.2).

aa) Pour ce faire, l'expert a écarté la suspicion de spondylarthropathie inflammatoire en l'absence de critères reconnus ; il relevait en particulier que la recourante n'était pas porteuse de l'antigène HLA B 27 et qu'il n'y avait pas de lésions inflammatoires à l'IRM des articulations sacro-iliaques effectuée le 5 juillet 2018. Il n'avait pas non

plus d'arguments pour une autre maladie inflammatoire articulaire, en particulier pour une arthrite rhumatoïde, une arthrite psoriasique, ni pour une maladie de système de type collagénose. L'expert a ainsi noté que la recourante se déplaçait sans boiterie, que ses mouvements étaient fluides et que le déshabillage et rhabillage étaient effectués sans difficulté apparente (p. 60 ibidem). L'expert a également observé que la recourante pouvait poser les mains à plat au sol sans plier les genoux, montrant un Schober à 12,8, DDS, que la mobilité lombaire était normale, avec douleurs en fin de course à l'extension lombaire et qu'il n'y avait pas de douleurs à la palpation de la région lombaire ni fessière. L'expert a aussi constaté l'absence de signes de compression articulaire des membres inférieurs. Ces éléments lui permettaient de conclure à un syndrome lombaire sans signes de compression articulaire des membres inférieurs ni claudication neurogène sur discopathie L4-L5 et L5-S1 et canal vertébral étroit L5-S1 (M51.3).

Par ailleurs, l'expert a noté que les Drs M._____ et AF._____ avaient posé les diagnostics d'hypermobilité articulaire généralisée et de talalgie rebelle dans un contexte d'instabilité du médiopied et luxation des tendons péroniers. Or la recourante indiquait elle-même que « les talons, ça [allait], suivant le sol ; avec des supports plantaires prescrits » (p. 53 ibidem), que les irradiations vers les membres inférieurs étaient devenues moins fréquentes et qu'elle avait moins de douleurs nocturnes, de sorte qu'elle pouvait dormir (p. 53 ibidem). L'expert a ainsi écarté le syndrome d'hypermobilité généralisée en l'absence de critères, pour retenir celui d'arthralgies sur hyperlaxité ligamentaire (M25.2), précisant que son examen clinique retrouvait une hyperlaxité avec un index de Beighton de 5/9.

Enfin, l'expert a retenu comme diagnostic incapacitant celui de syndrome cervical récidivant, la recourante signalant des cervicalgies (p. 53 ibidem).

C'est sur la base de ces observations que l'expert rhumatologue a constaté que la capacité de travail dans l'activité

habituelle était de 50 % depuis juin 2017. Elle était toutefois entière dans une activité adaptée « depuis toujours » en retenant les limitations suivantes : pas de port de charges fréquent supérieur à 5 kg, avec éviction d'une importante sollicitation des ceintures scapulaires, des articulations des mains et portantes, ainsi que la station debout, assise ou accroupie prolongée. L'activité idéale était celle dont la recourante pouvait contrôler elle-même le rythme et l'horaire.

S'il est vrai que cet expert a indiqué que l'activité d'instructrice de Pilates était « adaptée et bénéfique par rapport à son état », il faut comprendre, comme l'a d'ailleurs admis la recourante, que cette méthode l'a aidée, en particulier à renforcer son corset musculaire et qu'elle a pu réaliser sa propre réhabilitation (p. 55 et 72 *ibidem*). La Cour de céans ne voit dès lors pas en quoi l'expert se serait montré incohérent dans l'admission d'une certaine capacité de travail dans l'activité habituelle et d'une pleine capacité dans une activité adaptée.

bb) Pour le surplus, les rapports du Prof. AB. _____ ne viennent pas remettre en cause les observations de l'expert rhumatologue. Il convient de relever que, dans un premier temps, le Prof. AB. _____ n'a évoqué que la possibilité « à 50 % » d'un diagnostic de spondylarthropathie axiale, notant qu'il s'agissait du « diagnostic [...] le moins mauvais pour expliquer la symptomatologie » de la recourante (cf. rapport du 18 juin 2019). Ce faisant, il n'a pas retenu ce diagnostic comme certain. Ce n'est que dans un deuxième temps que le Prof. AB. _____ a retenu ce diagnostic, sans toutefois en expliquer les raisons (cf. rapport du 7 mars 2020). Dans ces conditions, l'appréciation de ce médecin n'est pas de nature à faire douter de celle, pleinement probante, de l'expert rhumatologue, d'autant que le Prof. AB. _____ ne s'est prononcé ni sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, ce qu'il a d'ailleurs admis dans son rapport du 7 mars 2020 (« *je ne me suis pas spécifiquement penché sur la problématique des limitations fonctionnelles* »). Ce praticien ne s'est prononcé que sur la capacité de travail habituelle de la recourante (cf. rapport du 9 avril 2021).

Concernant l'atteinte aux pieds mentionnée par le Prof. AB._____, ce praticien a indiqué que le Dr AC._____ avait retenu le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, diagnostic qui correspondait à une nomenclature plus ancienne de la même maladie, soit la spondylarthropathie axiale (cf. rapport du 9 avril 2021). Les rapports produits dans le cadre de la présente procédure ne viennent nullement étayer ce point de vue médical. Outre le fait que la recourante n'a pas daigné produire ledit rapport dans le cadre de la présente procédure, le Dr AK._____ a indiqué que l'influence de la spondylarthrite dans le développement du kyste arthro-synovial était peu probable. L'opinion de ce praticien se voulait rassurante et une intervention était même proposée (cf. rapport du 21 janvier 2021).

Quant au volet digestif, aucune atteinte de maladie inflammatoire du tube digestif ne semble avoir été objectivée par le Dr AD._____ (cf. rapport du 9 avril 2021 du Prof. AB._____).

cc) Au vu de ces éléments, il apparaît que le Prof. AB._____ a listé un diagnostic sans l'étayer, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée et sans décrire les limitations fonctionnelles que ce diagnostic engendrerait. Il n'a de surcroît pas critiqué de manière motivée les conclusions de l'expert, ni apporté d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte par l'expert. Dans ces circonstances, l'avis de ce médecin, dont la recourante entend se prévaloir n'est qu'une appréciation différente - au demeurant peu objectivée - d'un même état de fait. Ces rapports médicaux ne sauraient en conséquence être de nature à mettre en doute la valeur probante du volet rhumatologique de l'expertise et la Cour de céans n'a ainsi aucun motif de s'en écarter.

c) Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a pas retenu d'atteinte psychique incapacitante.

aa) Après avoir pris connaissance du dossier et examiné la recourante, l'expert psychiatre a noté que cette dernière présentait un

épisode dépressif léger, sans symptôme somatique (F32.00), en rémission, en raison de la présence de fluctuations thymiques avec apparition d'une humeur dépressive, d'une augmentation de la fatigabilité avec baisse de l'intérêt et du plaisir, une diminution de l'estime de soi et une attitude pessimiste face à l'avenir, sans présence d'éléments pour retenir un syndrome somatique associé. Cet épisode était en rémission, d'autant que la recourante ne prenait pas de traitement antidépresseur (p. 87 ibidem) et que, malgré le fait qu'elle ne prenne pas sa médication, elle demeurait capable de travailler en qualité d'institutrice de Pilates. L'expert a également retenu la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) au motif de la présence d'une attitude de recherche de l'attention d'autrui, la recourante réagissant avec un sentiment de détresse à la douleur et étant insatisfaite quant aux résultats des traitements et investigations somatiques (p. 88 ibidem).

Ce faisant, l'expert a noté que l'examen psychiatrique était proche d'un examen normal, très éloigné des grands syndromes psychologiques incapacitants. Il n'existait pas de sémiologie en rapport avec un déficit cérébro-organique, la recourante conservant une bonne mémoire et un focus d'attention durant l'entretien de 2h45. La recourante était exempte de manifestations psychotiques florides. Il n'existait pas de signe direct ou indirect de manifestation hallucinatoire cénesthésique qui puisse expliquer le vécu algique. Les fonctions thymiques apparaissaient dans la norme. Il existait une modulation affective efficiente, notamment autour des intérêts de son fils ou des phénomènes d'injustice. Elle était capable d'émettre des sourires, voire des rires, d'humour ou de dérision. Elle verbalisait des phénomènes d'anxiété en rapport avec ses limitations algiques ou sa difficulté à arriver à l'heure à des rendez-vous (p. 87 ibidem).

Observant que la recourante avait correctement fonctionné jusqu'aux faits en cours, l'expert a réfuté de manière convaincante tout trouble de la personnalité incapacitant (p. 87 ibidem). En effet, malgré une anamnèse personnelle infanto-juvénile traumatique, avec notamment la présence d'une sœur handicapée, la recourante s'était toujours

correctement comportée comme artiste et actrice de scène avant que son état de santé ne se prêterit autour de phénomènes algiques, et elle n'avait jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique stationnaire (p. 89 ibidem).

L'expert a expliqué pour quelle raison il n'avait pas retenu le diagnostic de trouble panique, la recourante n'émettant pas de manifestation anxieuse paroxystique (p. 87 et 89 ibidem).

C'est ainsi qu'aucune limitation fonctionnelle n'a été arrêtée par l'expert psychiatre, lequel a relevé que la capacité de travail de la recourante était entière au motif psychiatrique quelle que soit l'activité envisagée (étant toutefois précisé qu'elle avait un rendement réduit de 10 % compte tenu du déconditionnement psychique), d'autant plus que la recourante conservait de nombreuses ressources : elle savait s'adapter aux règles et aux routines ; elle parvenait à s'intégrer dans le processus d'organisation de la procédure asséculoologique ; la planification et la structuration des tâches ne faisait pas défaut ; limitée d'un point de vue algique, elle arrivait tout de même à consacrer le temps adéquat à des activités de gestion du ménage, de courses ou de nettoyages de son logement ; elle conservait une capacité de flexibilité et d'adaptation ; elle savait faire usage de compétences spécifiques ; sa capacité de jugement et de prises de décisions n'était pas entachée ; elle conservait sa capacité de s'affirmer ; elle avait un sens du contact envers les tiers ; la capacité à évoluer au sein d'un groupe était préservée ; les relations avec les proches étaient bonnes ; elle avait des activités spontanées ; l'hygiène et les soins corporels ne faisaient pas défaut ; sa capacité de déplacement n'était pas entravée (p. 91-92 ibidem).

bb) Les rapports subséquents de la Dre Z. _____ ne conduisent pas à remettre en cause son appréciation.

Tout d'abord, s'agissant des griefs formels, il faut constater que la durée de l'examen psychiatrique (en l'occurrence 2h45) – qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical – ne

saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref, que son travail ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (cf. TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 et les arrêts cités). En outre, le fait que l'expert ait renoncé à prendre contact avec la psychiatre traitante de la recourante n'est pas suffisant à remettre en question ses conclusions. En effet, il a été à même d'examiner l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante, dans son domaine de spécialisation, et il n'est pas prétendu qu'une telle prise de contact aurait amené l'expert à modifier ses constatations, la psychiatre traitante indiquant simplement qu'un échange aurait été utile « *afin d'avoir une vision complète et donner un jugement clair sur chaque situation* » (cf. rapport du 27 novembre 2020). Enfin, concernant les remarques émises par la psychiatre traitante (cf. rapport du 2 novembre 2021) à l'utilisation par l'expert de la mini CIF-APP (outil d'hétéro-évaluation des limitations de l'activité et de la participation dans les maladies psychiques, basé sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé), son utilisation n'est pas une obligation en matière d'expertise psychiatrique ou un prérequis permettant de nier ou de reconnaître la valeur probante d'un rapport (cf. arrêt CASSO AI 255/22 - 224/2023 consid. 6c).

Sur le fond ensuite, le rapport du 27 novembre 2020 de la psychiatre traitante et ses commentaires relèvent d'une appréciation différente d'un même état de fait entre elle et l'expert psychiatre, ce qu'elle a d'ailleurs admis ultérieurement dans son courrier du 26 janvier 2021 (« *l'expert psychiatre et moi-même nous rejoignons sur le fait que Mme F._____ a vécu des importantes difficultés infanto-juvéniles. Nos vues divergent quant à l'impact que ces faits ont eu sur sa santé psychologique actuelle* »). Il convient également de préciser que la psychiatre traitante ne fait aucune description des limitations fonctionnelles psychiatriques ni ne s'est prononcée sur la capacité de travail de la recourante, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une

activité adaptée, dans ses rapports des 30 janvier et 27 novembre 2020. Ce n'est que dans le courrier du 26 janvier 2021, après avoir été sollicitée par le conseil de la recourante, que cette praticienne a fait état d'une capacité de travail de 50 % dans toute activité et de limitations fonctionnelles. Elle a ensuite confirmé ce taux dans son rapport du 29 mars 2021, précisant, de manière contradictoire, que la capacité de travail dans l'activité de professeure de Pilates n'était que de 6 heures hebdomadaires, soit 20 %. Elle expliquait baser son estimation sur la diminution de la capacité engendrée par la problématique psychiatrique « en incluant les douleurs physiques », ce qui sort indubitablement de son domaine de compétence, comme l'a, à juste titre, observé le SMR dans son avis du 4 juin 2021.

cc) Il convient dès lors de relever que le volet psychiatrique est lui aussi probant : l'expert psychiatre a en effet expliqué pourquoi il écartait les diagnostics retenus par la psychiatre traitante ; il a pris connaissance de l'entier du dossier et répondu de façon claire aux questions posées, en faisant état des éléments fournis par la recourante, de son anamnèse et de ses activités journalières. La position de cet expert rejoint ainsi celle du Dr S. _____ qui n'avait, lui non plus, pas retenu de diagnostic incapacitant psychiatrique en 2011.

dd) En l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 4 *supra*) n'a pas à être effectuée (TF 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

d) On notera encore que les deux experts ont procédé à une évaluation consensuelle bidisciplinaire, à l'issue de laquelle ils ont retenu que la capacité de travail était entière, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique, dans une activité adaptée depuis toujours.

e) La recourante ne peut donc être suivie lorsqu'elle se plaint d'une instruction lacunaire en se prévalant des rapports des Drs AE. _____, E. _____, AP. _____ (pour lequel aucun rapport ne figure au dossier au demeurant), T. _____, Z. _____ ou encore du

Prof. AB._____. Ceux-ci ne font pas état d'éléments jetant un doute sur l'appréciation des experts, ni n'établissent de contradiction avec leur appréciation, laquelle n'a dès lors pas lieu d'être complétée.

Au vu de ce qui précède, et en l'absence d'avis médical objectif contradictoire, la Cour de céans s'en tient aux conclusions claires et convaincantes des experts et l'OAI était ainsi fondée à se baser sur l'expertise du Q._____ pour retenir que la recourante présentait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle et entière depuis toujours dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : pas de port de charges fréquent supérieur à 5 kg, avec éviction d'une importante sollicitation des ceintures scapulaires, des articulations des mains et portantes, ainsi que la station debout, assise ou accroupie prolongée. L'activité idéale était celle dont la recourante pouvait contrôler elle-même le rythme et l'horaire.

8. Cela étant il convient encore d'examiner le calcul du préjudice économique subi par l'intéressée.

a) Afin de déterminer si la recourante subit une invalidité, il convient de comparer le revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle. Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). S'agissant du revenu d'invalide, en l'absence d'activité effectivement exercée par l'assurée dans une activité adaptée raisonnablement exigible, la jurisprudence admet de se reporter aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur

la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2).

b) En l'occurrence, dans la décision litigieuse, l'intimé ne fournit pas de calcul quant à la comparaison des revenus.

Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est 2018, à l'issue du délai d'attente d'un an dès juin 2017, correspondant à la date où l'incapacité de travail dans l'activité habituelle a été constatée.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'ancien employeur de la recourante a indiqué que dès janvier 2017, le salaire annuel de cette dernière était de 21'620 fr. pour un 20 % (cf. questionnaire pour l'employeur du 6 décembre 2017).

Dans le cas d'espèce, il sied d'écarter d'emblée tout recours à l'extrapolation à 100 % des revenus effectifs pour déterminer le salaire sans invalidité de la recourante. Au moment de la survenance de l'incapacité de travail, en juin 2017, la recourante n'était déjà plus en mesure d'exercer son activité habituelle à 100 %. Son taux d'activité atteignait 20 %. Bien que l'intéressée ait déclaré vouloir travailler à 100 % en cas d'absence d'atteinte à la santé ; elle n'a jamais occupé d'emploi à 100 %. Il ne peut dès lors être admis que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 %. Dans ces circonstances, le recours aux données statistiques de l'ESS doit être privilégié.

Se référant alors à l'ESS, le salaire mensuel pour les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé s'élève à 4'371 fr., part au 13^{ème} salaire comprise, selon l'ESS 2018 pour une semaine de 40 heures. Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2018, à savoir 41,7 heures (OFS, Durée

normale du travail dans les entreprises selon la division économique 2004-2021). Le revenu sans invalidité, sur la base de l'ESS, s'élève à 4'556 fr. 75 par mois (4'371 r. x 41,7 : 40 heures), correspondant à 54'681 fr. par année.

Quant au revenu d'invalidé, dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle reconnue en Suisse, il doit être déterminé selon les données statistiques de l'ESS en se référant au revenu mensuel brut pour une activité simple et répétitive. En l'occurrence, l'on aboutit donc également au montant de 54'681 fr. de revenu annuel.

Ainsi, il résulte de la comparaison des revenus que la recourante ne présente aucune incapacité de gain. Dès lors, elle ne peut se voir octroyer une rente. Il y a lieu de relever que même avec un abattement sur le revenu d'invalidé - dont le maximum autorisé par la jurisprudence est de 25 %, étant précisé qu'un tel taux ne doit pas être retenu ici, au vu des limitations fonctionnelles de l'intéressée - le taux d'invalidité aurait été inférieur au minimum requis pour bénéficier d'une rente.

9. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise judiciaire serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et les références citées).

10. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice

doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de la partie recourante, qui succombe.

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Carré peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Il convient de relever que, par décision du 3 mars 2022, la juge instructrice a fixé l'indemnité de conseil d'office de Me Carré à 4'763 fr. 15 pour la période allant du 25 octobre 2019 au 2 février 2022, débours (5 %) et TVA, par 7,7 % compris. Le 31 octobre 2023, le conseil de la recourante a déposé sa liste des opérations et débours pour la période allant au-delà du 3 février 2022. Dite liste inclut sept lettres, trois conférences téléphoniques avec la recourante ainsi qu'un total d'une heure d'étude du dossier, soit un total de 2,1166 heures. Au tarif horaire pratiqué en matière d'assistance judiciaire de 180 francs, cela représente un montant de 381 francs, auquel il convient d'ajouter un montant forfaitaire de 5 %, soit 19 fr. 05, pour les débours (soit un montant intermédiaire de 400 fr. 05) et la TVA, par 7,7 %, sur l'ensemble, soit un total de 430 fr. 85. Il apparaît que cette liste peut intégralement être suivie.

d) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat 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).

e) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa *a contrario*).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 septembre 2019 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.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil d'office de la recourante, est arrêtée à 430 fr. 85 (quatre cent trente francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La partie 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,

- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :