

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 février 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Métral, juge, et Peter, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représentée par Inclusion Handicap,
Me Florence Bourqui, avocate, à Lausanne

et

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

Art. 8 et 43 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1977, divorcée, est mère de deux enfants nés en 2004 et 2007. Elle a exercé plusieurs activités d'employée administrative à compter de 1997 et a été engagée en qualité de conseillère back office à 100 %, dès le 1^{er} mars 2011, par E._____Sàrl.

Elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité par une première demande formelle déposée le 14 décembre 2011 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimée). Elle mentionnait une incapacité de travail prononcée dès le 20 juillet 2011, au motif de dépression.

Par rapports à l'OAI des 13 janvier et 28 juin 2012, la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état des diagnostics d'épisode dépressif moyen au décours, d'agoraphobie, de trouble panique et de trouble somatoforme indifférencié. Elle considérait que sa patiente pouvait reprendre son activité lucrative à 40 % dès le 16 janvier 2012 et à 100 % dès le 1^{er} avril 2012.

Retenant une incapacité de travail inférieure à une année et l'absence de toutes limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle, l'OAI a rendu une décision de refus de reclassement professionnel et de rente d'invalidité le 3 septembre 2012.

B. B._____ a formulé une seconde requête de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI le 3 mars 2017, mentionnant des douleurs au dos et à la nuque, des vertiges et une dépression, ainsi qu'une hospitalisation de plusieurs semaines en raison d'une hépatite E, d'une embolie pulmonaire et d'une anémie. Elle signalait une incapacité totale de travail à compter du 28 octobre 2016. La dernière activité lucrative déployée avait été un emploi de secrétaire de gestion à plein temps de mai 2012 à janvier 2013 auprès de Y._____SA.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les rapports des Drs C._____ et D._____, médecin généraliste traitant. La Dre C._____ a indiqué, le 2 avril 2017, que l'assurée présentait un épisode dépressif moyen et un trouble anxieux depuis novembre 2011, au titre des diagnostics incapacitants. Une agoraphobie, présente depuis février 2004, n'avait aucune incidence sur la capacité de travail. Celle-ci était nulle depuis le 16 décembre 2016 pour une durée indéterminée. Quant au Dr D._____, il a notamment relevé que sa patiente était en incapacité totale de travail depuis le 29 octobre 2013 et fait part des diagnostics incapacitants suivants, dans un rapport complété le 21 mai 2018 :

- état dépressif ;
- trouble anxieux ;
- agoraphobie ;
- attaques de panique ;
- obésité sévère ;
- fibromyalgie ;
- parasomnie ;
- syndrome des jambes sans repos ;
- lombalgies chroniques aspécifiques / discopathie L5-S1 et spondylose antérieure modérée ;
- syndrome vertigineux chronique fluctuant (probable inconfort du mouvement et de l'espace) ;
- embolie pulmonaire le 4 novembre 2016 ;
- syndrome du canal carpien bilatéral.

Il mentionnait également les diagnostics ci-après, considérés comme sans impact sur la capacité de travail :

- stéatose hépatique ;
- status post hépatite E aiguë ;
- stéatose pancréatique ;
- carence martiale ;
- valve aortique et valve mitrale légèrement calcifiées ;
- kyste rénal droit ;
- ménométrorragie / fibrome ;
- status post amygdalectomie ;
- status post appendicectomie ;
- status post 2 césariennes ;
- status post pyélonéphrite.

Etaient annexés les rapports de consultations spécialisées, où s'était rendue l'assurée, à savoir :

- un rapport de la Dre M._____, spécialiste en neurologie, du 25 octobre 2013, mettant en évidence un syndrome du canal carpien bilatéral ;
- un rapport de l'Hôpital L._____ du 10 novembre 2016, préconisant notamment le suivi d'un kyste rénal de pôle moyen du rein droit et relevant une hépatite E ;
- un rapport du Dr K._____, spécialiste en pneumologie, du 14 mars 2017, retenant un syndrome des jambes sans repos et une parasomnie respiratoire à caractère obstructif de degré léger à moyen ;
- un rapport de la Policlinique H._____ du Centre hospitalier J._____ du 27 mars 2017 des suites de l'embolie pulmonaire survenue le 4 novembre 2016 ;
- un rapport du Dr G._____, spécialiste en cardiologie, du 10 avril 2017, relatant l'absence de signe de maladie cardiaque ou coronarienne, en dépit d'un souffle fonctionnel et de valves aortique et mitrale avec discrète calcification ;
- un rapport du Dr F._____, spécialiste en rhumatologie, du 31 mai 2017, retenant une fibromyalgie et des lombalgies chroniques aspécifiques sur discopathie L5-S1 et spondylose antérieure modérée.

Le Dr D._____ a rapporté, le 21 août 2019, que sa patiente avait subi une néphrectomie totale droite par laparoscopie le 12 juillet 2019, en raison d'un carcinome rénal chromophile. Son état de santé était stable. Il estimait que la capacité de travail était limitée à 30 % ou 40 % dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée sur le plan somatique. Il renvoyait au surplus à l'évaluation de la Dre C._____ du point de vue psychique.

Par rapport du 29 août 2019, sur questions de l'OAI, la Dre C._____ a précisé que sa patiente présentait un trouble somatoforme indifférencié et une récurrence d'un état dépressif léger. L'incapacité de travail totale se poursuivait jusqu'au 30 octobre 2019. La capacité de travail serait de 50 % dans l'activité habituelle une fois l'état dépressif

amendé. Un maximum de 60 % pourrait être atteint dans une activité adaptée. L'assurée peinait à bouger et à avoir une activité physique en raison de ses douleurs et du surpoids.

La Dre N._____, médecin au Service d'urologie du Centre hospitalier J._____, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 27 septembre 2019. Elle a signalé une bonne évolution des suites de la néphrectomie, sans prononcer d'incapacité de travail durable, l'assurée devant éviter les efforts physiques pendant six semaines post opératoires. Un suivi bisannuel avait été décidé pour pallier le risque de récurrence.

Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) a recommandé, le 4 octobre 2019, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire des registres psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne générale. La réalisation en a été confiée au Centre médical d'expertises P._____ par communication du 27 novembre 2019.

L'assurée a été examinée au sein du P._____ les 9 et 14 janvier 2020 par les Drs R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, S._____, spécialiste en rhumatologie, et T._____, spécialiste en médecine interne générale. Ces derniers ont rédigé le rapport correspondant le 10 février 2020. Ils ont communiqué leur évaluation consensuelle du cas, considérant que l'ensemble des diagnostics évoqués auprès de l'assurée ne justifiait pas d'incapacité de travail, hormis en novembre 2016 à 100 % (pyélonéphrite aiguë et embolie pulmonaire), ainsi que du 12 juillet à mi-septembre 2019 à 100 % (prise en charge du carcinome rénal). Aucune incapacité de travail ne résultait du trouble somatoforme douloureux et du trouble dépressif. En dépit de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique (tristesse, humeur dépressive et tension nerveuse) et du registre de la médecine interne en raison de l'obésité (exclusion des efforts physiques soutenus, du port de charges répété de plus de 10 kg, de la marche et de la station debout prolongées), l'assurée conservait des ressources et des mécanismes adaptatifs pour faire face à la douleur.

Le SMR s'est rallié à ces conclusions en date du 18 février 2020.

Fondé sur ces éléments, l'OAI a établi un projet de décision le 20 février 2020. Il a informé l'assurée de ses intentions de nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, étant donné que sa capacité de travail demeurerait entière pour toutes activités.

Par correspondance du 28 février 2020, complétée le 17 avril 2020 avec l'assistance de Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, l'assurée a contesté le projet précité. Elle a requis la poursuite de l'instruction de son cas, au vu des conclusions et des constats contradictoires consignés dans le rapport d'expertise du P._____. Elle remarquait que les observations du Dr S._____ n'étaient pas congruentes avec son appréciation de la capacité de travail, faute d'explications de l'impact du diagnostic de fibromyalgie, pourtant qualifié de sévère. Quant au volet psychiatrique, il s'avérait incomplet, étant donné que le Dr R._____ ne s'était pas prononcé sur les conséquences concrètes du trouble somatoforme douloureux. Il avait également insuffisamment étayé son appréciation des ressources de l'assurée et de sa capacité de travail, tout en écartant, sans explication, les appréciations des médecins traitants.

L'OAI s'est adressé à son service juridique, lequel a recommandé, le 1^{er} mai 2020, de questionner plus avant les experts du P._____, en particulier afin qu'ils s'expriment sur le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux au regard de la grille des indicateurs préconisée par la jurisprudence fédérale et fournissent des explications complémentaires sur les ressources mobilisables à disposition de l'assurée.

A la suite de ces compléments, requis par l'OAI auprès du P._____ le 6 mai 2020, les experts ont indiqué, le 15 juin 2020, que les divergences observées dans leur rapport du 10 février 2020 pouvaient notamment s'expliquer par l'horaire des différents examens. L'assurée

était plus alerte en fin de matinée. Elle se trouvait préoccupée par une maladie diagnostiquée auprès de son père, ce qui ne devait toutefois pas retentir significativement sur sa capacité de travail. Tout au plus pouvait-on, à leur avis, envisager un rendement diminué de 20 %.

L'OAI a dès lors rendu une décision le 25 juin 2020, reprenant les termes de son projet de décision du 20 février 2020. Un courrier d'accompagnement du même jour, rédigé par son service juridique, indiquait que le rapport d'expertise du P._____ pouvait se voir accorder pleine valeur probante, que les conclusions des experts ne s'écartaient pas substantiellement des observations des médecins traitants et que l'analyse des indicateurs pertinents avait été effectuée à satisfaction. Vu les explications complémentaires apportées par le P._____ le 15 juin 2020, un rendement diminué de 20 % pouvait cependant être admis, ce qui permettait de reconnaître un degré d'invalidité de 20 %, sans changement sur l'absence de droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

C. B._____, représentée par Me Bourqui, a déféré la décision du 25 juin 2020 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 31 août 2020. Elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle a essentiellement contesté la valeur probante conférée à l'expertise du P._____, mettant en exergue les divergences des observations et conclusions des experts rhumatologue et psychiatre. Elle a plus particulièrement relevé les discordances entre les constats et l'appréciation communiqués par le Dr R._____, lequel n'aurait pas justifié sa position. Les éléments rapportés par le Dr S._____, en contradiction avec ses propres conclusions, n'avaient pas davantage fait l'objet de discussions. Les experts précités semblaient ne pas avoir véritablement procédé à un consilium avant de faire part de l'évaluation définitive du cas. Ils n'avaient pas exposé les motifs ayant permis de s'écarter de l'avis des médecins traitants. Les questions posées par le service juridique de l'OAI demeuraient sans réponse, tandis que la grille des indicateurs pertinents n'avait pas été analysée. Le service juridique de

l'OAI avait pallié lui-même aux défauts du rapport d'expertise, en l'absence d'appréciation médicale probante, alors qu'il n'appartenait pas aux juristes de se substituer aux médecins. L'assurée a requis que soit diligentée une nouvelle expertise pluridisciplinaire, confiée à un autre organisme. Elle a enfin sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite, vu la précarité de sa situation financière.

Par décision du 3 septembre 2020, la magistrate instructrice a accordé l'assistance judiciaire à l'assurée, l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi que désignant Me Bourqui en qualité d'avocate d'office, à compter du 31 août 2020.

L'OAI a répondu au recours le 2 octobre 2020 et proposé son rejet, en se référant aux conclusions du rapport d'expertise du P. _____ et à la teneur de sa correspondance du 25 juin 2020, annexée à la décision querellée.

Par correspondance du 20 octobre 2020, l'assurée a indiqué ne pas avoir d'observations complémentaires à formuler.

Me Bourqui a signalé, le 11 janvier 2021, s'en remettre à la Cour de céans s'agissant de la fixation d'une éventuelle indemnité, due au titre de l'assistance judiciaire.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré

ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

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

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

c) En l'espèce, le recours formé le 31 août 2020 contre la décision de l'intimé du 25 juin 2020 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement l'appréciation de sa capacité de travail.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

5. a) Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de

l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

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

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

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

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

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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il

a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

7. En l'occurrence, il convient de déterminer si le rapport d'expertise pluridisciplinaire du P._____ du 10 février 2020 revêt une

valeur probante suffisante pour statuer sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité de la recourante.

a) Ledit rapport comprend un volet de médecine interne générale, investigué par la Dre T._____ (cf. rapport d'expertise du P._____ du 10 février 2020, Annexe 3, p. 21 à 28) Celle-ci a retenu exclusivement des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de la recourante, à savoir un status post néphrectomie totale droite par laparoscopie des suites d'un carcinome rénal chromophile droit, une obésité de stade III, un syndrome des jambes sans repos et un syndrome d'apnées obstructives du sommeil léger, non appareillé. Elle a fait part de son évaluation du cas en ces termes :

« [...] Sur le plan de la médecine interne générale l'expertisée présente une obésité actuellement de stade 3, sans comorbidités qui s'inscrit dans un contexte de troubles du comportement alimentaire sans prise en charge actuelle spécifique, avec un poids qui semble stabilisé. L'existence d'une fatigue permanente associée à cette obésité a motivé la réalisation d'une polygraphie nocturne à la recherche d'un SAOS. L'examen a révélé l'existence d'un syndrome des jambes sans repos, actuellement peu symptomatique (impatiences dans les jambes en fin de journée sans que soit véritablement rapportée par l'expertisée une incidence sur l'endormissement et le sommeil) ainsi qu'un SAOS de degré léger sans indication à un appareillage CPAP. Lors d'une hospitalisation en 2016 pour pyélonéphrite aiguë ont été mises en évidence une embolie pulmonaire sans répercussion cardiaque, une hépatite E sans anomalie au CT-scan abdominal, ainsi qu'une masse rénale dont l'évolution a permis de découvrir un carcinome rénal nécessitant une intervention par néphrectomie totale droite le 12.07.2019. L'évolution en a été favorable avec un bilan urologique concluant à une pleine capacité de travail dès mi-septembre 2019.

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

Madame B._____ pourrait bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire dans le cadre de son obésité morbide.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il y a cohérence et plausibilité pour la médecine interne générale.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Il n'y a pas de perte de capacité pour la médecine interne générale. Tout au plus peut-on retenir des limitations fonctionnelles en lien avec l'obésité de stade III limitant les efforts physiques soutenus, le port répété de charges de plus de 10 kg, la marche et la station debout prolongées. Les ressources mobilisables semblent limitées chez Madame B._____ qui semble avoir du mal à planifier et structurer des tâches, qui ne peut actuellement appliquer ses compétences et qui a du mal à s'assumer seule pour les tâches quotidiennes. Par contre elle n'est pas isolée socialement, est

entourée familialement et amicalement, est autonome pour ses déplacements, est capable de s'adapter à règles et routine. [...] »

Elle a dès lors conclu à une capacité de travail préservée dans une activité respectant les limitations fonctionnelles liées à l'obésité, telle que l'activité habituelle. Des incapacités de travail temporaires pouvaient être prises en compte durant un mois en 2016, compte tenu de la pyélonéphrite, et du 12 juillet à mi-septembre 2019 dans le contexte de l'intervention liée au carcinome rénal.

b) Cette appréciation est congruente avec les rapports des différents spécialistes ayant pris en charge la recourante (dont notamment ceux du Dr K. _____ du 14 mars 2017, de la Policlinique H. _____ du Centre hospitalier J. _____ du 27 mars 2017 et de la Dre N. _____ du 27 septembre 2019). Elle apparaît motivée et convaincante. La recourante ne formule d'ailleurs aucune critique en lien avec l'évaluation de sa situation sur le plan de la médecine générale.

8. a) Le registre rhumatologique a été examiné cliniquement par le

Dr S. _____ pour le compte du P. _____ (cf. rapport d'expertise dudit centre du 10 février 2020, Annexe 2, p. 13 à 20). Il a retenu les diagnostics non incapacitants de fibromyalgie, de discopathie L5-S1 modérée et d'ostéophytes C5-C6. Il a communiqué les conclusions suivantes :

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

Madame B. _____ souffre d'une douleur diffuse depuis de très nombreuses années ayant entraîné des arrêts de travail et des licenciements de la majeure partie de ses postes précédents, en particulier en 2010 où on reprochait à l'expertisée sa lenteur d'exécution, ses erreurs dont les collègues étaient obligés de rattraper les conséquences et un diagnostic de fibromyalgie a été posé.

En 2013 l'expertisée est victime d'une électrocution en faisant du repassage après qu'une carafe d'eau se soit renversée sur la multiprise. Elle est vue par un neurologue qui fait le diagnostic d'une myélopathie cervicale après électrocution, avec syndrome du canal carpien bilatéral. L'électromyogramme réalisé confirme l'existence d'une neuropathie focale des nerfs médians au canal carpien, le diagnostic étant que ces canaux carpiens ont été décompensés par

l'électrocution. L'expertisée voit la totalité de ses douleurs diffuses augmenter depuis cet accident.

Une radio cervicale en novembre 2011 révèle l'existence de quelques ostéophytes C5-C6.

En novembre 2016 est diagnostiquée l'existence d'un kyste rénal droit et gauche de type Bosniak F II-III.

En mai 2017 lors d'un examen rhumatologique le diagnostic de fibromyalgie est confirmé, avec une discopathie L5-S1 et spondylose antérieure modérée. Rien n'est réellement proposé pour le traitement étant donné les contre-indications rénales aux anti-inflammatoires et les contre-indications hépatiques aux antalgiques. L'expertisée subit une néphrectomie pour carcinome rénal droit. Elle est actuellement sous surveillance.

Ses douleurs persistent et le diagnostic de fibromyalgie peut être formellement posé. Les points WPI sont positifs à 19/19. Les signes de sévérité SSS 2A sont à 8/9 et les signes associés sont à 2/3. Le retentissement de cette fibromyalgie sur la vie quotidienne est donc important.

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

Le traitement est rendu difficile par les contre-indications rénales et hépatiques et les traitements non médicamenteux ne peuvent être que la physiothérapie, si possible en piscine, l'hypnose, la sophrologie, le TENS, ne pouvant donner souvent que des résultats partiels.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il y a de nombreuses incohérences entre les constatations objectives radiologiques qui ne montrent que des atteintes soit légères en cervical ou modérées en lombaire ne pouvant expliquer les limitations importantes constatées à l'examen clinique. Il n'y a pas d'irradiation neurologique et l'examen neurologique est normal.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Le retentissement de la fibromyalgie me paraît important sur la vie quotidienne et l'expertisée ne peut trouver de soulagement dans les médicaments classiques du fait des contre-indications. L'expertisée ne vit qu'autour de ses douleurs et son activité ne dépend que de cela. En ce sens ses ressources me paraissent pauvres et elle se présente avec un aspect triste et déprimé. Et ceci malgré qu'elle ait une expérience professionnelle lui permettant d'effectuer une activité adaptée du point de vue rhumatologique. [...] »

Il a en définitive estimé que la capacité de travail de la recourante était entière dans son activité habituelle, adaptée à son état de santé rhumatologique.

b) Les conclusions du Dr S._____, du point de vue de son strict champ de compétences, apparaissent conciliables avec ses constats objectifs. On relève en effet que ce spécialiste n'a mis en évidence aucun substrat organique d'un degré de gravité suffisamment important pour

justifier une incapacité de travail significative. Il rejoint d'ailleurs les observations consignées en son temps par le Dr F._____, à l'issue de son rapport du 31 mai 2017 adressé au Dr D._____, dans la mesure où le spécialiste précité se prononçait comme suit :

« Sur la base des déclarations de la patiente, des constatations de l'examen clinique et du bilan radiologique lombaire que j'ai réalisé, je confirme ton diagnostic de fibromyalgie, parallèlement à des lombalgies chroniques aspécifiques car liées à une discopathie L5-S1 et à une spondylose banale. Je n'ai actuellement, sur la base de l'anamnèse et du présent examen clinique et du bilan paraclinique radiologique et biologique fait à l'Hôpital L._____, pas de piste en faveur d'une connectivité ou d'un rhumatisme inflammatoire sous-jacent à ses douleurs. Du point de vue thérapeutique, je suis malheureusement fort démuni comme tu le sais, en cas de fibromyalgie ; cette entité nosologique est fortement controversée quant à son origine somatique, seule une prise en charge cognitivo-comportementale avec un suivi psychothérapeutique pourrait vraiment permettre de soulager cette patiente. [...] »

c) La recourante fait grief au Dr S._____ de n'avoir pas pris en compte les répercussions concrètes de la fibromyalgie, alors même qu'il a considéré cette affection comme sévère dans le cas particulier. Ce grief est toutefois infondé.

aa) Il convient en effet de rappeler que 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. Dès lors que les facteurs psychosomatiques avaient une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, le concours d'un médecin spécialisé en psychiatrie était donc indispensable pour en poser le diagnostic (ATF 132 V 65 consid. 4). Il apparaît par conséquent que l'impact de la fibromyalgie diagnostiquée auprès de la recourante, assimilée à un trouble somatoforme douloureux, doit être évalué au moyen de la grille d'indicateurs exposée au consid. 5c supra et que les résultats des investigations conduites avec le concours de spécialistes en psychiatrie sont déterminants pour ce type de pathologie.

bb) En l'occurrence, les reproches de la recourante à l'encontre de l'appréciation du Dr S._____ reposent essentiellement sur les indications consignées par ce dernier sous le chiffre 7.4 de son rapport d'examen rhumatologique (cf. rapport d'expertise du P._____ du 10 février 2020, Annexe 2, p. 19 et consid. 8a ci-avant). Le Dr S._____ a relevé l'impact important de la fibromyalgie sur la vie quotidienne de la recourante et fait un état de son « aspect triste et déprimé ». Ces éléments sortent toutefois du registre purement rhumatologique et justifient précisément une évaluation consensuelle du cas à l'aune des indicateurs jurisprudentiels, en collaboration avec le spécialiste en psychiatrie.

9. a) L'aspect psychiatrique de la situation de la recourante a été évalué par le Dr R._____ le 14 janvier 2020 (cf. rapport d'expertise du P._____ du 10 février 2020, Annexe 1, p. 6 à 12). Il a rapporté les constatations et diagnostics ci-après :

« [...] L'expertisée est bien orientée aux trois modes, c'est-à-dire dans le temps, l'espace et concernant la situation.

L'expertisée ne présente aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents ni celle d'anciens souvenirs. Bien que nous n'ayons pas mesuré le quotient intellectuel, cette expertisée ne présente pas de problèmes à ce niveau-là.

En ce qui concerne la lignée psychotique et au moment de l'entretien, l'expertisée ne présente pas de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages du Moi, barrages, bizarreries ou réponses à coté. Il n'y a pas de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives. Pas d'idées délirantes notamment de persécution.

Pas d'idées interprétatives ou de concernement simples ou délirantes.

Au moment de l'entretien et concernant la lignée dépressive, l'expertisée présente une tristesse fluctuante en fonction des douleurs et de sa situation, l'humeur est fluctuante. Il n'y a pas de signes cliniques d'un ralentissement psychomoteur. Présence de sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement par rapport à sa situation ; pas de sentiment d'inutilité ou de ruine. L'élan vital n'est pas perturbé. Pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. A notre connaissance, l'expertisée n'a jamais fait de tentative de suicide. Elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Présence de troubles du sommeil à cause des douleurs.

Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuites dans les idées. Pas de comportement provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur. Pas de contact familial avec l'expert.

Concernant le registre anxieux, au moment de l'entretien l'expertisée présente une légère tension nerveuse, nous n'avons pas pu objectiver les angoisses qu'elle décrit, notamment de la peine à respirer, pendant l'entretien. Pas de phobie, de rituel ni de TOC.

Pas de signes cliniques d'un stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ni de cauchemars.

Concernant les conduites alimentaires, il n'y a pas de boulimie ni d'anorexie.

Par rapport aux conduites d'addiction, l'expertisée ne fume pas. Elle ne boit pas d'alcool et ne consomme aucune drogue.

[...]

Nous avons retenu un trouble somatoforme indifférencié F45.1 existant depuis plusieurs années avec des plaintes somatiques multiples, variables dans le temps et persistantes, d'un degré plutôt léger. Sur ses plaintes qui prennent une grande importance dans la vie de l'expertisée, il s'est greffé plusieurs maladies, ainsi une embolie pulmonaire et un cancer du rein.

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique F33.01, existant depuis plusieurs années, avec tristesse et humeur dépressive d'un degré plutôt léger notamment en fonction de la douleur, avec sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement ainsi qu'une tension nerveuse liée à la douleur. Du point de vue anamnestique, le trouble a toujours été léger.

Pas de trouble d'addiction. »

Le Dr R. _____ n'a retenu « aucune incapacité de travail pendant l'entretien, ni du point de vue anamnestique ». Son évaluation médicale est notamment libellée comme suit :

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

Prise en charge irrégulière par un psychiatre depuis 2011, dernier entretien le 30.10.2019 et l'expertisée n'a pas de rendez-vous. La dose de Venlafaxine ne correspond pas à un état dépressif, ce qui confirme que le trouble dépressif a toujours été léger, mais il est dans la valeur thérapeutique.

Du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune contre-indication à ce que l'expertisée effectue une mesure de réadaptation, mais elle s'attend à avoir une rente AI.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Les plaintes formulées par l'expertisée sont plausibles et cohérentes durant l'entretien, elle est plaintive à cause de ses douleurs, mais nous constatons que cela ne l'empêche pas de s'occuper de manière active de ses enfants et d'avoir des activités journalières. Elle est également très bien soutenue par les membres de son Eglise.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Madame B. _____ est capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses

connaissances. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, elle est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec des tiers, elle est très bien soutenue par les membres de sa communauté religieuse. Elle est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin d'elle-même et à subvenir à ses besoins. Elle dispose de mobilité et peut se déplacer. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée. »

b) A l'instar de la recourante, on peut observer que l'appréciation du Dr R._____ est particulièrement succincte et peu motivée. Ce dernier s'est en effet limité à faire état de la situation observée au jour de son examen par une énumération des éléments qui - à son sens - faisaient défaut dans le cas d'espèce. Il n'a aucunement discuté les diagnostics et constats rapportés par le Dre C._____ et n'a pas davantage expliqué les raisons qui le conduisaient à écarter l'évaluation de la capacité de travail opérée par cette praticienne. Au demeurant, sa propre évaluation de la capacité de travail ne repose que sur des éléments ténus.

c) Ainsi que le soulève la recourante, le Dr R._____ n'a pas non plus discuté les constats consignés par ses confrères experts, ne mentionnant en particulier même pas les remarques du Dr S._____ quant à l'impact du trouble somatoforme douloureux sur la vie quotidienne de la recourante. Au surplus, on peut se rallier aux griefs formulés par la recourante, en ce qu'elle estime que l'appréciation du Dr R._____ est elle-même entachée de contradictions, sur lesquelles ce spécialiste n'a pas pris la peine de s'exprimer. On peut à cet égard mettre en évidence le descriptif de la vie quotidienne, tel que rapporté par l'expert psychiatre (cf. rapport d'expertise du P._____ du 10 février 2020, Annexe 1, p. 8) :

« [...] L'expertisée se réveille autour de 6h30, mais à cause de la douleur elle ne peut pas bouger de son lit, alors elle appelle ses enfants pour qu'ils préparent eux-mêmes le petit-déjeuner. Ensuite l'expertisée se lève à pas d'heure. Elle va dormir autour de 23h, mais elle ne dort pas à cause de la douleur et du syndrome des jambes sans repos. Ses amis et ses parents l'aident pour faire le ménage, son médecin a demandé à la gérance de lui installer une machine à laver et sécher le linge dans son appartement, ce qui fut fait. Pour les commissions, l'expertisée va à [...] avec ses enfants, ce sont eux qui portent les choses lourdes. L'expertisée prépare les

repas. Elle regarde environ 2 heures par jour la télévision, notamment des séries policières et des enquêtes. Elle va sur Internet avec son natel, notamment sur WhatsApp et Facebook. Elle informe avoir fait du fitness qu'elle a arrêté en 2017. Elle va environ 2 fois par année chez la coiffeuse, la dernière fois à Noël. Elle fait les paiements via Internet. Elle se sent bien entourée, a des amis notamment de la Mission catholique italienne qui sont toujours présents quand elle en a besoin, soit pour l'accompagner en voiture, soit pour l'aider à domicile, et également si elle a envie de discuter. Un membre de l'Eglise vient tous les dimanches pour lui donner la communion à la maison et lui lire un passage de la Bible. L'expertisée précise être très croyante et prier tous les jours. Dernières vacances en 2014 à [...], elle n'a pas de projet pour cette année. »

Vu ces éléments, on ne peut comprendre sur quelles bases le Dr R._____ a été en mesure de considérer que la recourante était capable « de s'occuper de manière active de ses enfants et d'avoir des activités journalières ». On ne voit pas davantage d'où la recourante tirerait ses ressources et capacités, notamment d'adaptation et de décision. On ignore enfin comment le Dr R._____ parvient à la conclusion que la capacité de résistance et d'endurance de la recourante ne serait que « légèrement diminuée à cause de la douleur ».

d) Force est dès lors de déduire que l'examen psychiatrique effectué par le Dr R._____ ne fournit pas une analyse étayée et convaincante du cas, à l'aune des indicateurs imposés par la jurisprudence fédérale. Il n'est en outre pas possible de remédier aux défauts du rapport corrélatif, même en le confrontant aux autres rapports médicaux versés au dossier de la recourante, tant les constats et conclusions du Dr R._____ sont lapidaires et dénués de toute motivation.

10. a) Les mêmes critiques peuvent être adressées à l'évaluation consensuelle du cas ressortant du rapport d'expertise du P._____ du 10 février 2020. Cette évaluation ne contient aucune analyse sérieuse et consistante, notamment en lien avec les indicateurs jurisprudentiels pertinents. Il s'agit bien plutôt de la reprise des observations et conclusions individuelles de chacun des experts, sans plus ample concertation. On peut citer notamment ce qui suit :

« [...] **4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence**

L'expertisée a des ressources et des mécanismes adaptatifs pour faire face à la douleur.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Pas de facteurs de surcharge chez Madame B._____.

Les ressources mobilisables semblent limitées chez Madame B._____ qui a du mal à planifier et à structurer des tâches, qui ne peut actuellement appliquer ses compétences et qui a du mal à s'assumer seule pour les tâches quotidiennes, à cause de la douleur. En revanche elle n'est pas isolée socialement, est entourée familialement et amicalement, elle est très bien soutenue par les membres de sa communauté religieuse. Elle est autonome pour ses déplacements, est capable de s'adapter à des règles et routine. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, elle est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec des tiers. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée.

4.6. Contrôle de cohérence

L'expert rhumatologue a mis en évidence de nombreuses incohérences entre les constatations objectives radiologiques qui ne montrent que des atteintes soit légères en cervical ou modérées en lombaire ne pouvant expliquer les limitations importantes constatées à l'examen clinique. Il n'y a pas d'irradiation neurologique et l'examen neurologique est normal.

Les experts psychiatre et en médecine interne signalent que les plaintes formulées par l'expertisée sont plausibles et cohérentes durant l'entretien. Elle est plaintive à cause de ses douleurs, mais nous constatons que cela ne l'empêche pas de s'occuper de manière active de ses enfants et d'avoir des activités journalières.

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

Incapacité de travail de 100 % en novembre 2016 et du 12.07.2019 jusqu'à mi-septembre 2019. En dehors de ces périodes, Mme B._____ a été capable de travailler. [...] »

b) Les insuffisances de cette évaluation n'ont au demeurant pas échappé au service juridique de l'intimé, puisqu'il a expressément recommandé de solliciter les experts pour un complément dans son avis du 30 avril 2020. Il a, à juste titre, estimé que les experts devaient se prononcer sur le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux à la lumière de la grille des indicateurs pertinents et expliquer leur position sur les ressources à disposition de la recourante.

c) A l'instar de cette dernière, on ne peut cependant qu'observer que les experts n'ont donné aucune suite à la requête de l'intimé du 6 mai 2020. Bien plus, leur prise de position du 15 juin 2020, selon laquelle une « certaine divergence [pouvait] être due, en partie au

moins à l'heure à laquelle Madame B._____ [avait] été examinée », accroît le discrédit sur les éléments consignés dans le rapport d'expertise du 10 février 2020. Il s'ensuit qu'on ne peut que constater que les experts du P._____ ont failli à remplir la mission que l'intimé leur avait confiée.

11. Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas possible d'accorder une quelconque valeur probante au rapport d'expertise pluridisciplinaire précité, ni par conséquent de statuer sur le droit éventuel de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. Ainsi que l'a au surplus rappelé la recourante, l'analyse opérée a posteriori par le service juridique de l'intimé le 25 juin 2020 ne permet, à l'évidence, pas de remédier à l'absence d'une appréciation médicale fouillée et convaincante.

12. On soulignera enfin, à titre superfétatoire, la motivation défailante contenue dans la décision du 25 juin 2020, laquelle considère que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé invalidante. Or, le courrier d'accompagnement du même jour, supposé en « faire partie intégrante », porte le degré d'invalidité reconnu à 20 %, sur la base de la détermination subséquente des experts du P._____ du 15 juin 2020. Cette contradiction justifierait de douter que la décision de l'intimé apparaisse compréhensible pour un assuré non représenté.

13. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGa).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, les importantes lacunes du rapport d'expertise pluridisciplinaire du P. _____ et l'absence de détermination des experts sur les compléments légitimement requis par l'intimé justifient le renvoi de la cause à ce dernier pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Il apparaît particulièrement pertinent en l'occurrence de disposer d'un consilium pour statuer sur la capacité de travail de la recourante dans une approche fonctionnelle globale du cas d'espèce. Cette expertise devra se conformer aux exigences fixées par la jurisprudence fédérale applicable à l'évaluation des troubles somatoformes douloureux et pathologies assimilées, ainsi que des troubles psychiques.

d) On précisera qu'il n'appartient pas à la Cour de céans à ce stade, contrairement à ce que souhaiterait la recourante, de mandater un centre d'expertise spécifique, l'intimé devant à cet égard se conformer

aux exigences de l'art. 72^{bis} RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 ; cf. également ch. 2077 ss de la Circulaire du la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales).

14. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée, a droit à des dépens, dont le montant peut être arrêté à 1'800 fr. vu l'importance et la complexité de la cause. Cette indemnité de dépens sera portée à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD ; ATF 135 V 473).

d) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui depuis le 31 août 2020 (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Cette dernière ayant renoncé à déposer une liste de ses opérations, la Cour de céans statue en équité et fixe l'indemnité d'office à 1'200 fr., débours et TVA compris. Dite indemnité est en l'occurrence couverte par l'indemnité de dépens imputée à l'intimé.

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

prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 25 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap, Me Florence Bourqui, à Lausanne (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :