

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 décembre 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

F._____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate auprès d'Inclusion Handicap Service juridique à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], présente une myopathie (maladie neuromusculaire) évoluant depuis la petite enfance.

Par communication du 28 avril 1995, elle a bénéficié de la part de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) de la prise en charge d'un traitement orthodontique, du 15 mars 1995 au 30 avril 2004, au regard du chiffre 208 OIC ([ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21] infirmité congénitale touchant la face).

Par décision de l'OAI du 16 décembre 1998, l'assurée s'est vu reconnaître le droit à une formation scolaire spéciale, à un traitement logopédique, du 7 septembre 1998 au 30 septembre 2000 ainsi qu'à des contrôles jusqu'au 30 septembre 2001.

Au terme de ses études, après avoir œuvré dans diverses ONG et résidant à l'étranger jusqu'en 2014, elle a bénéficié des prestations du revenu d'insertion (RI) depuis le mois d'octobre 2015 date de son retour en Suisse ; elle a ensuite travaillé (dans le cadre d'une mesure RI) du 30 avril au 31 août 2018 comme assistante de projet à temps partiel auprès de la W._____ à [...]. En 2017, elle a obtenu un CAS en Aide et conseils aux victimes d'infractions. Depuis le 1^{er} septembre 2018, elle a donné des cours de chant dans l'école de musique A._____ à [...], à raison de quelques heures par semaine. A force de recherches, elle a décroché un poste de directrice de chorale au taux de 15 % depuis le mois de janvier 2019 au sein du R._____ à [...].

B. a) En raison d'une fatigue grandissante et de la paralysie de l'un de ses doigts, l'assurée a signé un formulaire de détection précoce déposé le 28 août 2018.

b) Dans le cadre de la phase d'intervention précoce, une spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI s'est entretenue avec l'assurée le 18 septembre 2018. A la rubrique « observations et remarques » du rapport d'entretien rédigé le même jour, l'assurée a annoncé ne pas pouvoir tout gérer et que cela était compliqué pour elle ; elle ne parvenait pas à travailler à temps partiel auprès de la W._____, donner des cours de chant, faire des concerts ainsi que ses exercices musculaires et se reposer. A la rubrique « objectifs et stratégie », il est écrit qu'en raison de sa capacité de travail réduite, l'intéressée attendait des prestations financières de la part de l'assurance-invalidité sous la forme d'une rente.

c) Le 4 octobre 2018, à l'invitation de l'OAI, F._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme de mesures professionnelles et/ou d'une rente. Elle indiquait souffrir de « myopathie, dystrophie musculaire, paralysie des doigts, fatigue accentuée, trouble de la déglutition, besoin de mobilité constante pour lutter contre la spasticité » depuis la petite enfance, joignant notamment un certificat médical du 20 avril 2018 de la Dre Z._____, spécialiste en neurologie, attestant d'une atteinte parétique (faiblesse musculaire) touchant en particulier le tronc et les membres, avec une prédominance d'atteinte distale aux membres supérieurs (mains), à laquelle s'ajoutait un status rétractile, avec un dos raide ; l'atteinte fonctionnelle était plus marquée depuis 2015 (positions non ergonomiques compensatrices) et l'assurée devait pouvoir exercer régulièrement (minimum deux fois par semaine) sa musculature en la renforçant ainsi qu'en la travaillant en endurance, avec également des exercices de stretching réguliers afin de lutter contre les rétractions tendineuses et travailler la souplesse du dos.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 9 novembre 2018 de la Dre Z._____, consultée depuis le mois de mars 2018, laquelle a diagnostiqué, avec incidence sur la capacité de travail, une myopathie évoluant depuis l'enfance. Sans effet sur la

capacité de travail, elle a diagnostiqué un reflux gastro-œsophagien. Cette neurologue estimait la capacité de travail « entre 30% et 50% » dans un poste adapté à l'état de santé de l'assurée, précisant que « doivent être tenus compte dans la détermination du taux de capacité de travail, les déplacements nécessaires, ceux-ci étant inducteur de fatigue supplémentaire et d'inconfort positionnel (voire de douleurs) ; par ailleurs, la patiente nécessite des pauses conséquentes (min. 1h) pour déjeuner. Dans ce contexte, un 30% d'activité, avec ½ h de déplacement à l'aller et au retour, peut être optimal ; alors qu'un 50% avec un tel temps de déplacement est trop important et serait délétère à la patiente ». Les limitations fonctionnelles dues à la myopathie lentement progressive consistaient en une fatigabilité physique, un inconfort ostéoarticulaire, voire des douleurs, induit par la position assise prolongée ainsi qu'une limitation par la parésie dans l'utilisation du clavier et le port de charge (classeurs par exemple). Sur le plan thérapeutique, le suivi neuromusculaire et de neuro-rééducation régulier, la physiothérapie et l'ergothérapie devaient se poursuivre. Des investigations génétiques ainsi qu'un suivi de phoniatry étaient en cours. La Dre Z. _____ n'avait pas attesté des arrêts de travail, avec la précision que « la patiente semble avoir jonglé, par rapport à ses limitations fonctionnelles et fatigabilité, entre divers postes à temps partiel » ;

- un rapport du 27 mars 2018 consécutif à une consultation en date du 25 janvier 2018 auprès de l'unité nerf-muscle du Service de neurologie au CHUV, du Prof. X. _____ et de la Dre E. _____, tous deux spécialistes en neurologie, posant le diagnostic de dystrophie musculaire (avec positivité isolée des anticorps anti-Scl70 et anti-PM-Scl75, mais critères pour une sclérodémie systémique ou un syndrome de chevauchement non remplis, ainsi qu'une analyse génétique non compatible avec une dystrophie musculaire facio-scapulo-humérale). Ces spécialistes faisaient part d'une évolution clinique stable sur le plan de la dystrophie musculaire à prédominance distale aux membres supérieurs et proximale aux membres inférieurs associée à une atteinte bulbaire et possiblement respiratoire à minima, sans avoir de traitement spécifique à proposer. La prise en charge reposait sur un réentraînement musculaire, avec la

prescription de neuf séances de physiothérapie ainsi que la recommandation de la pratique d'une activité physique régulière, à raison de deux ou trois séances d'au moins trente minutes par semaine.

Selon le formulaire 531bis du 27 novembre 2018, si l'assurée était en bonne santé, elle travaillerait à 100 % depuis 2015 en tant que chargée de projet, ceci par intérêt personnel et nécessité financière.

Par communication du 26 juillet 2019, l'OAI a informé l'assurée que des mesures d'intervention précoce ainsi que de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées dans son cas.

Aux termes d'un courrier du 26 août 2019 adressé à l'OAI, l'assurée a fait part de sa satisfaction dans le poste de directrice de chorale, au taux de 15 %, depuis le mois de janvier 2019, au sein du R. _____ d'[...]; cet emploi lui permettait de bouger physiquement et de manger à des horaires non-handicapants pour son rythme de déglutition. Elle ajoutait que le CAS en pédagogie [...] suivi d'octobre 2019 à juillet 2020 à [...] (à raison d'un week-end par mois), sans contre-indication de la part de ses médecins, lui permettrait d'obtenir un meilleur salaire, voire augmenter légèrement son taux de travail en postulant comme enseignante individuelle et en proposant des ateliers vocaux complémentaires. Ce faisant, elle demandait la prise en charge par l'OAI de cette formation dispensée à la Haute École de musique de [...] d'un montant de 4'500 fr., l'employeur participant à hauteur de 500 francs.

Selon un compte-rendu de la permanence juriste établi le 27 août 2019, la situation devait être examinée par un conseiller en réadaptation professionnelle à l'OAI afin de définir la proportionnalité ainsi que l'adéquation de la prise en charge de cette formation. En l'état, le cas était en cours d'instruction sur le plan médical malgré l'existence d'une atteinte à la santé depuis l'enfance/l'adolescence. En outre le revenu sans invalidité se devait également d'être examiné chez l'assurée qui n'avait jamais eu de gros revenus, ni d'activité à 100 %.

Le 19 septembre 2019, la Dre Z._____ a répondu comme suit à un questionnaire de l'OAI :

- “1. *Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?*

Myopathie non encore typisée, avec :

Possible atteinte de la musculature respiratoire (pressions respiratoires maximales et débit de pointe à la toux abaissés (mai 2018)).

Rhinolalie ouverte liée à un voile court et hypotone ; nasonnement, initialement important, (2005) traité par :

Trois injections de graisse autologue rétropharyngées les 11.01.2006, 13.03.2006 puis 06.08.2007.

2. *Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?*

Sur le plan neuromusculaire, l'évolution est dans l'ensemble stationnaire. Par contre, possiblement à travers une importante diminution de la fatigue, sont notés lors de la dernière consultation du 29 juillet 2019, par rapport à celle du 14 janvier 2019, une discrète et positive prise pondérale, une sérénité sur le plan thymique, une diminution des efforts de déglutition, et la patiente est d'autant plus leste. Ce bénéfice est obtenu à travers un poste naturellement adapté et à temps très partiel, qui permet à la patiente de se mouvoir à son aise durant son temps de travail, et en dehors lui laisse le temps de se reposer en suffisance, de faire les exercices nécessaires au maintien de sa souplesse et de son endurance musculaire et physique, d'être plus attentive à son alimentation et également de manger à son rythme et en toute quiétude. Sinon, la patiente continue à mobiliser régulièrement, en particulier ses mains, à travers la pratique du piano, ce qui a un effet ergothérapeutique. Le chant contribue à l'entraînement de la musculature laryngo-pharyngée. Un changement de régime alimentaire semble avoir permis de supprimer un reflux acide et indirectement amélioré le confort local. Elle n'est pas algique. Elle est asymptomatique sur le plan cardiorespiratoire.

3. *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ? (sur un taux de 100%, même si le taux contractuel est inférieur)*

L'activité actuelle de directrice de chorale au R._____ d'[...], est en cours depuis janvier 2019, à un taux de 15%. Dans une telle activité, qui est naturellement adaptée à la patiente (liberté de mouvement, liberté d'organisation des horaires), j'estime la capacité de travail entre 30% et 40% environ.

4. *Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? (sur un taux de 100%, dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps)*

La capacité de travail ne s'est pas modifiée. Par contre la patiente avait été en stage à la W._____ (mesures professionnelles chômage) à [...], à 50%, poste qui s'est révélé trop demandeur en termes de santé pour la patiente. En effet, depuis la fin de cette activité, mais avec un délai d'amélioration de plus de 7 mois, j'ai pu constater une amélioration clinique de la patiente, comme décrit au point 1.

Ainsi, la capacité de travail dans une activité adaptée, semble se situer entre 15% et 40% environ.

5. *Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*

Diminution d'endurance physique en lien avec la myopathie, nécessitant temps de repos à la demande et en suffisance. Troubles de déglutition nécessitant un temps de repas suffisamment long et idéalement à domicile (calme et sans pression de temps ni sociale), pour assurer une nutrition correcte et régulière, base de l'état général.

Inconfort ostéoarticulaire en lien avec le status rétractile en particulier du rachis de la myopathie, nécessitant liberté de mouvement/de position. Parésie distale MS [membre supérieur] et tronculaire, limitant l'utilisation du clavier et le port de charge.

6. *Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?*

Je n'ai pas géré les arrêts de travail, Et, sauf erreur de ma part, il n'y en a pas eu ; la patiente a jonglé, par rapport à ses limitations fonctionnelles et fatigabilité, entre divers postes à temps partiel.

7. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*

Il n'y a malheureusement pas de traitement étiologique de la myopathie. Bilan d'organes réguliers à la recherche de complications éventuelles dans le cadre de l'atteinte myopathique.

Sur le plan symptomatique, la patiente prend un supplément de Mg (crampes). Après avoir été en séances de physiothérapie spécifiques, elle effectue à domicile, quotidiennement, des exercices de yoga ; physiothérapie (mains et status rétractile) à la demande. L'ergothérapie est effectuée à travers les exercices au piano. Activité sportive douce et selon tolérance (natation/marche).

8. *Pronostic ?*

Susceptible d'aggravation très lentement progressive (se chiffre en années, voire plus).

9. *Autres remarques ?*

Patiente sans déficience intellectuelle, et plutôt brillante. Dans ce contexte, l'activité adaptée doit avoir lieu dans le circuit économique normal."

En annexe à ses réponses aux questions posées, la Dre Z. _____ a joint un rapport du 21 mars 2019 de consultation du 19 mars précédant auprès du Service ORL et chirurgie cervico-faciale au CHUV, qui se termine comme suit :

"En conclusion, l'examen ORL de Mme reste sommaire en raison de son refus d'un examen laryngé (optique 70, transbuccal, voir nasofibroscopie). Compte tenu de ses plaintes et de sa gêne hypopharyngée par des glaires souvent collants, associée à un reflux gastro-oesophagien symptomatique, je lui ai proposé de tester un traitement antacide par Dexilant 30 mg par jour durant 3 semaines puis de le prendre au besoin voire de le poursuivre durant plusieurs mois s'il améliore sa symptomatologie. Prescription conjointe d'un mucolytique (teinture d'Erysimum officinale) à prendre avant ses concerts (15 à 20 gouttes à la fois dans un peu de liquide, au maximum 3 fois par jour). Je me tiens à disposition pour la revoir quand nécessaire, mais n'ai pas prévu de rendez-vous d'emblée."

Lors d'un entretien du 1^{er} octobre 2019 avec le gestionnaire en charge du cas à l'OAI, l'assurée a informé son interlocuteur de la remise par ses soins des documents médicaux attestant de l'ancienneté de l'atteinte à la santé l'empêchant de travailler à un taux habituel. De retour en Suisse en 2015, elle expliquait que son état de santé l'avait contrainte à réduire son taux d'activité et que le diagnostic posé lui avait permis de comprendre cette diminution progressive. Le travail de bureau principalement assis ainsi que celui avec le clavier de l'ordinateur était incompatible avec l'atteinte à la santé et les limitations fonctionnelles. Elle répétait que l'enseignement musical, adapté aux restrictions fonctionnelles, permettait de poursuivre une activité professionnelle, à un taux actuel de 15 à 20 %, possible jusqu'à un taux d'occupation de 40 % au maximum. Les étirements musculaires étaient quotidiens chez cette assurée qui entendait conserver une plasticité, de même que des plages de repos et les temps nécessaires pour se nourrir en lien avec la problématique de déglutition (document intitulé « Assuré - Note d'entretien » du 1^{er} octobre 2019).

Dans un rapport du 15 novembre 2019, les médecins du Service de médecine génétique au CHUV ont indiqué, au terme de leur consultation du 18 janvier 2018 pour investigation d'une myopathie d'évolution lente affectant la musculature faciale, pharyngée et des extrémités surtout supérieures à prédominance distale, que l'analyse d'un panel de 333 gènes impliqués dans les myopathies n'avait pas mis en évidence d'anomalie pathogène en lien avec la symptomatologie de l'assurée qui restait donc sans étiologie clinique. La prochaine réévaluation était prévue d'ici quatre à cinq ans.

De son côté, l'assurée a remis à l'OAI, le 19 décembre 2019, les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 18 novembre 2019 signé par le Dr I. _____ consécutif à une consultation du 14 novembre précédant auprès de l'Hôpital de la [...] à [...], dont on extrait ce qui suit :

"[...] L'anamnèse relève l'existence de probables difficultés anciennes au niveau des mains, puisqu'elle a la notion que les objets lui échappaient, sans que cela ait constitué une gêne véritablement ressentie par la patiente, qui décrit surtout depuis 3-4 ans des difficultés notables.

Elle présente également depuis longtemps, des troubles de déglutition, avec notamment des sensations de blocage sans fausses routes qui interviennent au niveau pharyngé, survenant avec le pain, les pommes de terre, les pizzas, alors que les liquides passent bien. Elle décrit également une stase salivaire qui entraîne une gêne surtout depuis quelques années.

La voix est modifiée, avec un nasonnement, ce qui n'a pas empêché la patiente d'acquérir des compétences de chanteuse, dont elle a fait son métier. Il est possible que les anomalies au niveau du palais s'intègrent dans ce problème général.

La patiente décrit une certaine fatigabilité à la parole, moins pour le chant, où la technique compense sans doute certaines insuffisances.

Au niveau des mains, la gêne entraîne une gêne fonctionnelle pour l'ouverture de bouteilles scellées, le port de charges lourdes.

Aux membres inférieurs, il n'y a pas de gêne significative, la patiente est capable de faire de la randonnée, elle est peut-être un peu plus fatigable ces dernières années, avec utilité d'employer des bâtons de marche en montagne. Le périmètre est illimité sur le plat. Il n'y a pas vraiment d'intolérance à l'effort. Le maintien d'une

position au yoga peut être un peu délicat, mais globalement il n'y a pas d'impossibilité.

Examen clinique

La patiente est en bon état général, pèse 50 kg pour 1,64 m. La musculature est globalement grêle, il n'y a pas de rétractions.

Au niveau facial, on note un signe de Souques, une oculomotricité normale. La patiente décrit occasionnellement une tendance à avoir du mal à retrouver le regard axial si elle se frotte les yeux. Je ne sais pas si cela a une grande valeur, il n'y a en tout cas pas d'ophtalmoplégie internucléaire, pas d'ophtalmoparésie à l'examen.

Le palais est un peu ogival, la mâchoire inférieure étroite, ce que l'on peut voir dans des pathologies neuromusculaires remontant à la petite enfance.

La patiente présente un décollement d'omoplates modéré, n'entraînant pas de limitation à l'élévation des bras. La force est diminuée au niveau des membres supérieurs sur le chef moyen du deltoïde à droite (4+/5), alors que les biceps et les triceps sont satisfaisants. Les radiaux sont clairement déficitaires, à 4-/5 à droite et 4+/5 à gauche, de même que les fléchisseurs du poignet à 4-/5 et 4+/5 à gauche. Les extenseurs des doigts sont très déficitaires à 2/5, avec une impossibilité à étendre complètement les derniers doigts. La force de préhension est diminuée au dynamomètre à 12.2 kg à droite et 14.3 kg à gauche, pour une norme autour de 20 kg. Les fléchisseurs au testing sont par contre assez satisfaisants. Le Barré est tenu 2.30 mn.

Aux membres inférieurs, on retrouve un déficit modéré sur les moyens fessiers à 4/5, les ischio-jambiers à 4+/5 à droite et 4/5 à gauche. Le reste de la musculature est normal, chez une patiente capable de s'accroupir, de se porter sur la pointe des pieds ou des talons. Le Mingazzini est tenu 1 15 mn.

Il n'y a pas de déficit axial.

AU TOTAL

- Nous sommes donc dans une atteinte qui prédomine du côté droit et en distalité au niveau des membres supérieurs, associée à un discret décollement d'omoplates et à une atteinte de la sphère pharyngée ancienne.
- La patiente a bénéficié d'une exploration approfondie en Suisse, avec notamment plusieurs EMG et une imagerie musculaire. Une biopsie musculaire pratiquée au niveau deltoïdien, montre un muscle qui n'est pas normal et qui peut être le siège de quelques vacuolisations. Un panel de 333 gènes de myopathies a été proposé, qui n'a pas permis d'apporter une solution moléculaire à l'affection, toutefois très probablement génétique.
- L'impression globale est que nous pourrions être en face
 - d'un syndrome myasthénique congénital, notamment de type canal lent. J'ai demandé de vérifier ce jour l'EMG

dans cette optique, mais le Dr [...] qui a pratiqué l'examen confirme l'absence totale d'argument pour cette hypothèse,

- une pathologie de type myopathie vacuolaire de début précoce, sachant qu'un certain nombre de gènes sont connus dans ces entités, mais que d'autres gènes restent à découvrir
- Dans tous les cas, il sera utile de faire examiner la mère de la patiente, afin de savoir s'il y a des arguments pour un portage de la même affection. Il conviendrait également de proposer à celle-ci un prélèvement d'ADN, les prélèvements des apparentés étant toujours utiles pour faciliter l'enquête génétique. Le cas échéant, diverses approches pourront être discutées en fonction des programmes disponibles en Suisse.”;

- un rapport du 31 juillet 2019 adressé au médecin de famille de l'intéressée, dans lequel la Dre Z._____, confirmant la teneur de ses réponses du 19 septembre 2019 au questionnaire de l'OAI, a notamment écrit ceci dans la rubrique « anamnèse socio-professionnelle » : « Actuellement, elle perçoit une aide sociale à 50% ; elle travaille en tant que professeur de chant à [...] (20%) ; et elle a actuellement un poste en tant que cheffe de cœur à [...] (un après-midi/semaine=15% y inclus préparation du cours). Et, elle a une activité bénévole à 10% dans une association d'accompagnement aux personnes adoptées qu'elle a fondée (activité intellectuelle à partir de son domicile). Elle chante et joue du piano et se produit en concert ; cela lui donne également du travail, afin de rechercher où se produire. Finalement, elle [a] début[é] des cours de formation pédagogique en musique à l'Institut [...] à [...] dès septembre 2019 ».

A sa demande, l'OAI s'est encore vu communiquer les éléments suivants :

- Des réponses du 20 mars 2020 du Prof. X._____, aux questions complémentaires adressées le 5 février 2020 par l'OAI qui sont les suivantes :

“1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

Myopathie génétiquement déterminée.

2. *Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?*

Lente progression.

3. *Pourriez-vous nous fournir une copie des rapports de consultation et des différents résultats d'investigation ?*

Oui en annexe.

4. *Quelles sont les limitations fonctionnelles durables d'ordre strictement médical ?*

Voir l'annexe.

5. *Sur la base de votre suivi et de votre expertise en la matière, quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (par exemple une activité légère, permettant d'alterner les positions, sans mouvement/manutention de force et/ou répétitif, avec éventuelle baisse de rendement et/ou pauses supplémentaires), et depuis quand ? (sur un taux de 100%, dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps)*

Entre 80 et 100%

6. *Si cette dernière ne devait pas être de 50 à 100%, merci de nous en préciser les raisons.*

--

7. *Autres remarques";*

En annexe à ses réponses complémentaires à l'OAI, le Prof. X._____ a joint un rapport du 14 octobre 2019 relatif à la dernière consultation le 6 juin précédant, dont il ressort le diagnostic de déficit moteur bulbaire et du tronc sur une myopathie à déterminer ainsi que, celui différentiel, de myasthénie grave/dystrophie musculaire avec analyse génétique négative, et confirmant la stabilité de la symptomatologie dans l'attente de l'évaluation de l'institut de myologie de [...] ainsi que la proposition de poursuite d'une activité physique et sportive régulière avec la prescription de séances de physiothérapie ;

- un rapport du 27 décembre 2017 des médecins de la Consultation d'[...] de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) au CHUV, posant les diagnostics de myopathie musculaire, parésie faciale inférieure bilatérale,

anticorps anti-PM-Scl75 (dot) faiblement positif, anticorps anti-Scl70 (ECL), avec une discrète diminution de la capacité de diffusion de degré léger et l'absence d'argument actuel en faveur d'une maladie de système, de rhinoplastie graisseuse en 3 temps entre l'âge de 13 et 20 ans, ainsi que de reflux gastroœsophagien. Les médecins immunologues n'ont pas proposé de traitement immunosuppresseur empirique, mais noté qu'afin d'écarter une possible myopathie respiratoire, leurs confrères pneumologues avaient organisé une nouvelle séance des fonctions pulmonaires à laquelle l'assurée ne s'était pas présentée, avec des nouvelles mesures prévues en janvier 2018. Devant aussi, la présence d'une anémie microcytaire hypochrome, les immunologues suggéraient de compléter le bilan de l'intéressée à la recherche d'une dysthyroïdie ;

- un rapport de consultation du 16 février 2017 du Dr K._____, spécialiste en neurologie, lequel a examiné l'assurée à cette unique reprise ; cette dernière s'était révélée intolérante à l'examen électrophysiologie de telle sorte que l'ENMG (électroneuromyogramme) avait dû être interrompu.

Dans un avis médical du 16 avril 2020, le Dr V._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a fait le point de situation en ces termes :

"Conclusion : Au vu des éléments ci-dessus, nous retenons la présence de limitations fonctionnelles durables.

Les répercussions fonctionnelles décrites par les différents spécialistes tendant à montrer que si une diminution de la CT [capacité de travail] dans une activité adaptée peut sans nul doute être retenue, ces répercussions ne peuvent à l'heure actuelle être considérées comme d'une sévérité telle qu'aucune activité, même adaptée, ne pourrait être réalisée à plus de 30%. Nous retenons donc l'appréciation de la CT du Prof X._____. Le début de l'IT [incapacité de travail] durable correspond vraisemblablement à la période à laquelle les symptômes de l'assurée l'ont mené à consulter un spécialiste en neurologie.

Début de l'IT durable : Fin 2017

Evolution de l'IT : 20% depuis fin 2017

CT dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée : 80%

Limitations fonctionnelles : Activité légère, permettant d'alterner les positions, sans mouvements/manutentions de force et/ou répétitive, fatigabilité nécessitant des pauses supplémentaires, pas d'activité en hauteur (échelles/échafaudage), pas d'activité nécessitant de la dextérité ou de la force avec les deux mains.

Début de l'aptitude à la réadaptation : Sans interruption significative

Exigibilité d'un traitement : Non

Cet avis fait office de rapport SMR."

Selon un document intitulé « REA - Rapport final » du 15 janvier 2021, l'assurée, née en [...], était au bénéfice d'une formation universitaire (Licence ès sciences politiques de l'Université de [...] en 2007), d'un CAS HES-SO (2017) en aide et conseils aux victimes d'infractions et également diplômée de la [...] de [...] (Bachelor of Arts) en 2010. Selon l'extrait du compte individuel (CI) AVS, le revenu annuel le plus élevé compris en 2003 et 2019 était de 8'964 fr. en 2015, l'intéressée travaillant hors de Suisse entre 2010 et 2014. Elle était actuellement professeure de chant à temps partiel et bénéficiaire de l'aide sociale. Aucune mesure d'ordre professionnel n'avait été mise en œuvre, sans qu'une aide au placement ne soit de mise au vu du contrat de travail en cours. Sur la base de l'avis SMR du 16 avril 2020, de la comparaison entre le revenu hypothétique sans invalidité (93'099 fr. 42) et celui d'invalidité (74'479 fr. 54), en 2018 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS - TA1 - TOTAL / FEMMES / Niv. 4, « en l'absence de mise en valeur des différentes formations sur le marché de l'emploi »), un préjudice économique de 18'619 fr. 88 correspondait à un degré d'invalidité de 20%.

Le 3 février 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Selon ses constatations, à l'échéance du délai légal d'attente d'une année, en l'occurrence le 14 novembre 2018, l'intéressée présentait une incapacité de travail et de gain de 20 % dans toute activité professionnelle, ce qui lui excluait le droit à la rente. S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci n'existait pas en l'absence de la possibilité de réduire le préjudice économique de l'assurée.

Dans le cadre des objections des 4 et 26 mars 2021 de l'assurée, agissant par son conseil, sur ce projet de refus de prestations, l'OAI a requis le point de vue du SMR, qui, par la voix du Dr V._____, a pris position comme suit sur les critiques formulées (avis « audition » du 14 avril 2021) :

“Suite à notre dernier avis SMR, la demande a été rejetée par projet de décision du 03.02.21. L'assurée conteste ce projet et rapporte dans son courrier du 04.03.21 que les conclusions du rapport du Prof X._____ ne peuvent être suivie[s], remontant à 2018. Le conseil de l'assurée critique également la qualité de l'instruction médicale. Aucun élément médical n'est présenté.

Conclusion : Les éléments à la base de notre appréciation datent bien de mars 2020. Dans son rapport, le Prof X._____ répond de manière précise à nos questions. Le rapport annexé ne remonte pas à 2018 mais bien à octobre 2019. Les critiques du conseil de l'assurée ne sont pas fondées : en effet, le Prof X._____, spécialiste en neurologie et responsable de la consultation de l'unité [...] du Chuv, consultation à laquelle le Dr K._____ a fait référence, suit l'assurée depuis 2018. Il a une connaissance approfondie des maladies neuromusculaires et a accès à l'ensemble des investigations, anamnèses et examens cliniques ayant été réalisés. Ses conclusions ne peuvent dès lors pas être simplement écartées.

De plus, rappelons que nous avons bien relevé les différentes appréciations de la CT [capacité de travail] au dossier et avons expliqué pour quelle raison celle du Prof X._____ nous semblait plus pertinente. Nous rappelons une fois de plus qu'à la même période où le Dr Z._____ attestait une CT limitée à 30%, le Dr I._____, spécialiste en neurologie à [...] et auteur du rapport du 18.11.19, décrivait une assurée présentant une gêne fonctionnelle pour l'ouverture de bouteilles scellées et le port de charges lourdes, sans gêne significative aux membres inférieurs, avec une assurée capable de faire de la randonnée, avec un périmètre limité sur le plat, sans intolérance à l'effort. La résistance physique et la tolérance à l'effort décrite ne paraissent donc clairement pas être en faveur d'une IT [incapacité de travail] significative et durable dans toute activité, notamment dans des activités adaptées et légères, correspondant aux nombreuses limitations fonctionnelles retenues (limitations qui ont été décrites explicitement au Prof X._____ dans le courrier du 05.02.20).

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas de raison de modifier nos précédentes conclusions.”

Par décision du 19 avril 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assurée. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, il estimait que son projet du 3 février 2021 reposait sur une instruction complète du cas

sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

C. F._____, représentée par Me Florence Bourqui du Service juridique d'Inclusion Handicap, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 18 mai 2021 en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI « pour nouvelle instruction sur la capacité de travail et de gain, et pour nouvelle décision quant aux droits à des mesures de réadaptation et à une rente d'invalidité ». La recourante a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'avis du SMR, lequel service ne pouvait se contenter de la mention « 80 à 100% » inscrite par le Prof. X._____. Ce faisant, elle a contesté la capacité de travail retenue. Elle a produit à cet égard, un courriel du 12 mai 2021 adressé à son assistante sociale par le Prof. X._____, dont le contenu est le suivant :

“Bonjour Mme [...],
C'est vrai qu'il est toujours difficile d'apprécier les octrois de rente. Avec Mme F._____, nous avons surtout consacré nos efforts à assurer un diagnostic précis, tout en tentant de faire un traitement symptomatique, et nous n'avons pas insisté sur ses limitations professionnelles.
Le diagnostic s'est révélé difficile et [nous] avons demandé un avis spécialisé à l'institut de myologie à [...]. Par la suite, elle a été suivie par la Dre Z._____, qui n'a pas lié son appréciation avec notre suivi. Nous avons récemment encore complété des analyses génétiques, mais qui se sont révélées non informatives.
Nous ne l'avons pas revu depuis l'automne 19, tant bien que je vous propose de voir avec Madame Z._____ si elle a apprécié les activités fonctionnelles et notamment professionnelles de Mme F._____.
Si ce n'est pas le cas, il faudra bien prévoir une consultation dédiée, nouvelle chez nous.”

Dans sa réponse du 23 juillet 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le bien-fondé des avis SMR des 16 avril 2020 et 14 avril 2021 dans le sens d'une capacité de travail de 80% ressortant des réponses amenées à leurs questions par le Prof. X._____, produisant un avis « recours » du 21 juin 2021 du Dr V._____ auquel il se ralliait. Cet avis médical est rédigé en ces termes :

“La demande a été rejetée par décision du 19.04.21. Dans le cadre du présent recours, le conseil de l’assurée présente un courriel du Prof X._____ en réponse à Mme [...] (le reste des échanges n’est pas présenté). Le Prof X._____ précise que dans le cas de Mme F._____, les efforts se sont portés sur le diagnostic qui s’est avéré difficile à déterminer. Par la suite, le suivi a été assuré par la Dre Z._____ qui n’a selon lui pas lié son appréciation avec leur suivi. Le suivi s’est terminé en automne 2019. Il se réfère donc à l’appréciation de la Dre Z._____, et au besoin à sa consultation.

Conclusion : Les appréciations au dossier des Prof X._____ et de la Dre Z._____ ont été réalisées sur des observations faites à la même période. La différence d’appréciation de la CT [capacité de travail] a été discutée dans nos précédents avis. Si le Prof X._____ mentionne avoir porté ses efforts dans un premier temps sur le diagnostic, et si ses réponses ont été aussi brèves que précises, force est de constater qu’il avait à l’époque où il s’est positionné une vision d’ensemble de la pathologie et de ses répercussions, comme en témoigne notamment les rapports médicaux en provenance de son service. Son appréciation ne peut dès lors pas être écartée. Comme mentionné précédemment, il n’y a plus aucun argument en faveur d’une péjoration récente, tout comme d’élément permettant de retenir que la CT dans une activité adaptée aux nombreuses limitations fonctionnelles retenues serait durablement limitée à un maximum de 30%.

Nous proposons de maintenir nos précédentes conclusions.”

Le 3 août 2021, en réplique, confirmant ses précédentes conclusions, la recourante a renvoyé aux arguments développés dans l’acte de recours déposé le 18 mai 2021.

Une copie de cette dernière écriture a été communiquée à l’office intimé le 5 août 2021 par le tribunal, pour son information.

D. Par décision du 3 juin 2021, F._____ a été mise au bénéfice de l’assistance judiciaire avec effet au 31 mai précédant. Elle était exonérée du paiement d’avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d’office en la personne de Me Florence Bourqui lui a été désigné.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la requérante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sa capacité de travail.

3. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1).

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.

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

c) 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).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) En l'espèce, l'autorité intimée a refusé de mettre en œuvre des mesures professionnelles et d'allouer une rente, au motif que le taux d'invalidité de la recourante est de 20 % ; présentant une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 14 novembre 2017 pour des raisons de santé, celle-ci présente une incapacité de travail et de gain de 20 % dans toute activité professionnelle à l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 14 novembre 2018. Cette décision se base sur les avis successifs du Dr V. _____ du SMR, selon lequel, sur le plan physique, l'atteinte à la santé, en l'occurrence une myopathie évoluant depuis l'enfance, avec une première conséquence fonctionnelle en 2015 et début

des investigations en lien avec les divers symptômes en 2017, justifie la prise en compte de limitations fonctionnelles (pour rappel, *activité légère, permettant d'alterner les positions, sans mouvements/manutentions de force et/ou répétitive, fatigabilité nécessitant des pauses supplémentaires, pas d'activité en hauteur [échelles/échafaudages], et pas d'activité nécessitant de la dextérité ou de la force avec les deux mains*) et d'une diminution de la capacité de travail de 20 % dans toute activité depuis la fin 2017 selon l'estimation du 20 mars 2020 du Prof. X._____.

De son côté, la recourante conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Elle fait valoir que l'appréciation de la capacité de travail à laquelle a procédé la Dre Z._____ les 9 novembre 2018 et 19 septembre 2019 doit l'emporter sur l'avis du Prof. X._____, lequel tient « en trois mots, et renvoie à des rapports de consultation dont le but était l'établissement du diagnostic avant tout, et non l'appréciation de la capacité de travail », le rapport du Dr I._____ n'étant également pas pertinent. De l'avis de la recourante, le SMR ne pouvait se contenter de la mention « 80 à 100% » inscrite par le Prof. X._____ sans instruire davantage le cas sur le plan médical. Elle en veut pour preuve le contenu d'un courriel du 12 mai 2021 du Prof. X._____ produit en cause où celui-ci confirme ne pas avoir évalué la capacité de travail.

b) Dans le cas présent, il est tout d'abord constant que la recourante ne présente aucune atteinte psychique à la santé.

Sur le plan somatique, selon la Dre Z._____ l'assurée est connue de longue date pour une myopathie évoluant progressivement depuis l'enfance touchant le tronc et les membres, avec une prédominance d'atteinte distale aux membres supérieurs, ainsi qu'une possible atteinte de la musculature respiratoire, à laquelle s'ajoute un status rétractile avec dos raide. Elle présente également un reflux gastro-œsophagien, sans incidence sur la capacité de travail. L'atteinte fonctionnelle résultant de la myopathie est plus marquée depuis 2015, avec un tableau clinique notamment caractérisé par une fatigabilité

musculaire, une asthénie ainsi qu'une paralysie de l'un des doigts. En raison des symptômes de l'atteinte neurologique à la santé, la Dre Z._____ a mis en place un suivi neuromusculaire et de neuro-rééducation régulier, avec de la physiothérapie et l'ergothérapie, des exercices de stretching ainsi que la pratique régulière d'une activité de renforcement musculaire. Cette neurologue a, dans un premier temps, évalué la capacité de travail « entre 30% et 50% » dans un poste adapté à l'état de santé compte tenu des restrictions fonctionnelles retenues à savoir, une fatigabilité physique, un inconfort ostéoarticulaire, voire des douleurs, causées par la position assise prolongée et une limitation en raison de la parésie dans l'utilisation du clavier et le port de charge (rapport du 9 novembre 2018). Dans ses réponses du 19 septembre 2019, elle a noté une évolution dans l'ensemble stable de la maladie avec une importante diminution de la fatigue, une discrète et positive prise pondérale, une sérénité sur le plan thymique et une diminution des efforts de déglutition lors de la dernière consultation du 19 juillet 2019. Elle y précise que l'activité professionnelle de directrice de chorale au R._____ d'[...] depuis janvier 2019, à un taux de 15 %, est « naturellement adaptée à la patiente » (liberté de mouvement et d'organisation des horaires). Elle a ajouté que, dans une activité adaptée, la capacité de travail semblait se situer entre 15% et 40% environ. Dans un rapport contemporain du 31 juillet 2019 (pièce 75), la Dre Z._____ a toutefois indiqué, dans l'anamnèse, que l'assurée travaillait au taux de 20 % (en tant que professeure de chant à [...]), à 15 % (comme cheffe de chœur à [...]) et qu'elle avait une activité bénévole à 10 % dans une association d'accompagnement aux personnes adoptées qu'elle avait fondée. A cela s'ajoutait encore du chant et du piano, la production de concerts ainsi qu'une formation pédagogique en musique à l'Institut [...] de [...] dès le mois de septembre 2019. Il apparaît donc que l'assurée serait capable d'exercer une activité adaptée à un taux supérieur à celui mentionné les 9 novembre 2018 et 19 septembre 2019 par la Dre Z._____.

Retenant le diagnostic incapacitant de « myopathie génétiquement indéterminée », le Prof. X._____ a, pour sa part, évalué la capacité de travail résiduelle de l'assurée entre 80 et 100 % dans une

activité adaptée aux limitations fonctionnelles mais toutefois sans plus ample motivation, ni liste des restrictions retenues (réponses du 20 mars 2020 au questionnaire adressé le 5 février précédant par l'OAI).

Les 16 avril 2020 et 14 avril 2021, le Dr V._____ du SMR a suivi l'évaluation de ce médecin spécialiste à la consultation spécialisée de l'unité nerf-muscle du Service de neurologie au CHUV en estimant que les nombreuses limitations fonctionnelles ne permettaient pas de retenir que la capacité de travail de l'assurée était durablement limitée à un maximum de 30 %, en la fixant donc à 80 %. Le SMR est ainsi d'avis que si le Prof. X._____ mentionne avoir concentré ses efforts dans un premier temps sur le diagnostic, et si ses réponses ont été aussi brèves que précises, celui-ci bénéficiait à l'époque où il s'est positionné d'une vue d'ensemble de la pathologie et de ses répercussions, comme en témoignaient les rapports médicaux en provenance de son service. De plus, en l'absence d'argument en faveur d'une péjoration récente, l'avis du Prof. X._____ ne saurait être écarté (avis SMR du 21 juin 2021 du Dr V._____).

c) Le SMR ne peut être suivi dans son analyse du cas dès lors que l'avis du 20 mars 2020 du Prof. X._____ est très succinct, surtout en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail qui n'est pas motivée, et que le Prof. X._____ ne décrit pas les limitations fonctionnelles. Faute de contenir une appréciation de la situation médicale qui soit suffisamment claire et des conclusions bien motivées, l'avis de ce spécialiste ne saurait avoir une valeur probante sur la question de la capacité de travail au sens de la jurisprudence (cf. consid. 4d supra).

d) Les autres pièces médicales au dossier qui se prononcent sur la capacité de travail sont les rapports de la Dre Z._____ qui, comme on l'a vu ci-avant, n'est toutefois pas cohérente dans son évaluation avec le taux d'activité réellement exercé par l'assurée. Dans son rapport du 18 novembre 2019, excepté des troubles de déglutition ainsi qu'une gêne fonctionnelle au niveau des mains pour l'ouverture de bouteilles scellées ainsi que le port de charges lourdes, le Dr I._____ décrit une assurée

sans gêne significative aux membres inférieurs, capable de faire de la randonnée, avec un périmètre illimité sur le plat, sans intolérance à l'effort, et dont la voix modifiée, avec un nasonnement, n'a pas empêché le métier de chanteuse. Le rapport du Dr I. _____ fournit donc des indices en faveur d'une incapacité de travail moins significative que 70 % mais sans pour autant évaluer la capacité de travail.

e) Outre les carences déjà relevées en lien avec l'estimation de la capacité de travail, il convient de constater que le dossier ne permet également pas de déterminer avec suffisamment de précision quelles sont les activités exercées par la recourante et à quel taux exactement. Il n'est en outre pas possible de savoir sur quelle base les limitations fonctionnelles ont été fixées ; les explications avancées par le SMR, selon lesquelles les limitations ont été décrites explicitement au Prof X. _____ dans le courrier du 5 février 2020 (pièce 82) sont erronées puisque ce document n'énonce pas de restrictions fonctionnelles.

f) En l'état du dossier, on constate qu'il manque aussi une appréciation complète et détaillée sur le point de savoir dans quelle mesure les atteintes à la santé sont susceptibles d'avoir un effet sur la capacité de travail de la recourante, en particulier sur le taux d'activité exigible dans une activité adaptée, et respectivement examiner si, parmi les activités professionnelles pratiquées, il en existe éventuellement une qui soit adaptée au handicap physique.

g) Compte tenu de tout ce qui précède, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. L'instruction est lacunaire sur la fixation des limitations fonctionnelles et l'appréciation de la capacité de travail notamment dans une activité adaptée à l'état de santé physique défaillant. Compte tenu de ces carences, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera

à l'intimé de compléter l'instruction médicale avant de rendre une nouvelle décision.

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

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

La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

c) Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 19 avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il complète l'instruction au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour F._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :