

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 novembre 2024

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu et Parrone, juges
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourante, représentée par Me Séverine Berger, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé comme agente de nettoyage pour le compte de F._____ depuis le 15 novembre 2012 (à 30 % depuis le 1^{er} juin 2014). Elle souffre notamment d'une fibromyalgie à prédominance lombaire et rhizomélique depuis 2010, d'obésité d'origine multifactorielle depuis l'âge de 18 ans, d'insuffisance veineuse aux membres inférieurs et d'arthrose diffuse.

Le 27 mars 2017, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a indiqué qu'elle présentait un corps fatigué, un dos douloureux, des jambes gonflées d'eau et beaucoup d'anémie, précisant qu'elle était épuisée après quelques heures de ménage.

Elle n'a toutefois annoncé aucune incapacité de travail à son employeur et a continué à travailler.

Dans un rapport du 8 août 2017, le Dr S._____, médecin-traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'obésité, de lombalgies permanentes par déconditionnement musculaire lombaire et discopathies non protrusives des deux derniers étages lombaires ainsi que de polyinsertionite depuis 2010. Il a estimé que l'assurée ne disposait plus que d'un rendement de 20 % dans son activité habituelle « d'aide-infirmière » (sic) en raison de la charge physique inhérente à cette profession, mais qu'elle disposait, dès le 1^{er} mars 2017, d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité essentiellement assise, voire avec quelques postures variées, avec une importante limitations des efforts physiques (port de charge supérieure à 10 kg, station debout et marche sur terrains irréguliers à éviter ; montée d'échelle impossible), et une place de travail calme. Il a indiqué que des troubles d'ordre psychiatrique étaient à l'origine des troubles du comportement alimentaire et de la polyinsertionite que présentait

l'assurée, précisant que cette dernière bénéficiait d'un suivi psychiatrique depuis le mois de mai 2017.

Selon un rapport du 20 septembre 2017 de la Dre W._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, l'assurée souffrait, entre autres, également d'un syndrome d'hypermobilité articulaire.

Dans un rapport du 24 janvier 2018 à l'OAI, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du [...], a indiqué qu'il suivait la patiente en consultation depuis le 3 mai 2017. Il a posé le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1) et ceux en cours d'investigation de boulimie (F50.2) et de syndrome post-traumatique (F43.1). Nonobstant les douleurs corporelles, les difficultés à marcher, les angoisses, la fatigue intense ainsi que l'intolérance au stress, à l'autorité et aux situations conflictuelles que présentait l'assurée, le Dr G._____ a estimé que, d'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail de sa patiente était entière dans son activité habituelle d'agente d'entretien.

L'assurée a annoncé une incapacité de travail totale à compter du 29 octobre 2018 (cf. certificat médical du 29 octobre 2018 du Dr S._____).

A la demande de l'OAI, le Dr G._____ a indiqué, dans un rapport du 8 janvier 2019, que l'état de santé de l'assurée n'avait pas évolué depuis son dernier rapport du 24 janvier 2018. Il a relevé que l'intéressée avait vécu de nombreux traumatismes qui avaient favorisé l'émergence d'un processus dissociatif. Le traitement psychothérapeutique d'orientation psychanalytique mis en place a mis en évidence la personnalité de la patiente « qui n'arrive pas à maintenir une capacité de travail à 100 % mais qu'à 50 % ».

Selon un rapport du 28 janvier 2019 du Dr P._____, spécialiste en rhumatologie, l'assurée souffrait notamment de lombalgies sur spondylose avec probable discopathie dégénérative, de cervicalgies

sur cervico-disco-facettarthrose étagée modérée, de douleur à l'épaule gauche sur arthrose acromio-claviculaire impactant une tendinopathie du sus-épineux, d'une douleur mécanique aux genoux sur chondropathie fémoro-patellaire et périphérique ainsi que d'une hyperlaxité ligamentaire généralisée bénigne plus marquée au niveau articulaire périphérique.

Dans un rapport du 8 avril 2019 à l'OAI, le Dr S._____ a encore indiqué que l'assurée souffrait de dyspnées résiduelles à la suite de deux récents épisodes d'embolie pulmonaire, d'un important lymphœdème des membres inférieurs, d'une gonarthrose bilatérale sévère (par surcharge), de lombalgies permanentes liées à l'obésité, d'une tendinite du sus-épineux gauche (chez une patiente gauchère) et d'une importante répercussion somatomorphe du syndrome anxio-dépressif chronique. Il a estimé que l'activité habituelle de femme de ménage était difficilement envisageable, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée.

Estimant qu'il ne disposait pas d'une évaluation structurée et argumentée de la capacité de travail de l'assurée, en particulier dans une activité adaptée, et compte tenu de l'intrication de plaintes somatiques avec substrat organique (embolie pulmonaire) et sans substrat organique évident (polyinsertionite, fibromyalgie), auxquelles s'ajoutaient des diagnostics psychiatriques, le Dr V._____, médecin au SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a, par avis du 20 août 2019, préconisé la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, cardiologie et psychiatrie) afin d'évaluer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'intéressée.

Dite expertise a été confiée aux Drs D._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, M._____, spécialiste en rhumatologie, Z._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du [...] ([...]). Ceux-ci ont rendu leur rapport le 23 mars 2021. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé

les diagnostics - ayant ou non une incidence sur la capacité de travail - suivants :

- Obésité depuis l'âge de 18 ans avec fluctuation importante du poids, E66.0
- Hypertension artérielle, I10
- Asthme mixte résiduel : allergique, d'effort et au froid, status post-désensibilisation, J45.0
- Insuffisance mitrale légère, I34.0
- Status variqueux sévère avec cure de varices en 1998, puis récurrence, I83.9, et persistance d'une insuffisance veineuse profonde majeure, I87.2
- Status après deux embolies pulmonaires en 2017 et 2018 sur thrombose veineuse profonde des membres inférieurs, I26 et I80.2
- Lombalgies sans irradiation sur discopathie, M51.9
- Cervicalgies sans irradiation sur discopathie et arthrose postérieure modérée, M51.3
- Douleurs des pouces sur rhizarthrose modérée prédominant à gauche, M19.0
- Fibromyalgie, M79.7
- Trouble anxieux et dépressif mixte, F41.2
- Trouble douloureux somatoforme persistant, F45.4
- 7 accouchements par voie basse entre 1988 et 2003
- Status post-stérilisation par ligature des trompes en 2004, Z30.2
- Précordialgies atypiques d'origine extracardiaque probable, R07.2

Les experts ont considéré que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle de femme de ménage pour des raisons de médecine interne et de rhumatologie, ce depuis le mois d'octobre 2018, mais qu'elle était de 80 % (100 % avec une diminution de rendement de 20 %) à compter de cette même date dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement au-delà de 3 kg à partir du sol, pas de port de charge de plus de 5 kg proche du corps, pas de porte-à-faux ni de rotation répétée et prolongée du buste et du rachis cervical, pas d'effort de préhension ni de prosupination forcée des deux mains, pas de piétinement prolongé, pas de position à genoux ou accroupie ; pas de travail en hauteur ; pas de montée répétée d'escaliers ; pas de longs déplacements en montée). Ils ont précisé qu'une perte pondérale importante pouvait avoir un effet bénéfique important tant sur la dyspnée que sur l'insuffisance veineuse sévère, avec une possible augmentation de la capacité de travail six mois après une (quasi-) normalisation du poids, sous réserve de l'évaluation par un pneumologue,

lequel devrait le cas échéant se prononcer sur les limitations restantes sur le plan respiratoire.

Le Dr V._____, du SMR, par avis du 2 avril 2021, a indiqué qu'il ne voyait aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 5 mai 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'elle envisageait de lui refuser le droit aux mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, au motif qu'elle présentait un degré d'invalidité de 0 %.

Par pli du 25 mai 2021, l'assurée a transmis ses objections à l'encontre du projet de décision précité, revendiquant une rente entière d'invalidité. Elle a fait valoir qu'elle n'était pas apte, tant d'un point de vue physique que psychique, à faire une reconversion professionnelle et qu'il lui serait difficile de trouver un emploi convenable compte tenu de toutes les restrictions que son état de santé lui imposait. Indiquant qu'elle conservait des séquelles physiques et psychiques de ses deux embolies pulmonaires et qu'elle souffrait notamment de douleurs aux muscles, d'une fibromyalgie ainsi que d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, elle estimait que des limitations fonctionnelles supplémentaires devaient être retenues.

Dans un rapport du 3 juin 2021, le Dr S._____ a indiqué que l'assurée souffrait, en sus des autres diagnostics déjà relevés, d'un syndrome d'Ehlers-Danlos (forme mixte articulaire et vasculaire). Il a estimé que l'intéressée disposait d'une capacité de travail de 20 % dans une activité lui permettant d'alterner les positions et qui n'impliquait pas de soulever/porter des charges de plus de 5 kg près ou loin du corps. Il a joint plusieurs rapports du Dr P._____ (cf. notamment rapports des 29 août et 13 décembre 2019 ainsi que du 15 juin 2020).

Par avis du 15 juillet 2021, le Dr V._____, du SMR, a indiqué que le rapport médical du Dr S._____ et ceux du Dr P._____ n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux qui auraient été ignorés lors de l'expertise. Dans la mesure où le syndrome d'Ehlers-Danlos,

évoqué par le Dr S._____, n'avait pas été retenu par les experts, il s'agissait, selon le Dr V._____, d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Par décision du 21 juillet 2021, l'OAI a confirmé en tous points son projet de décision du 5 mai 2021.

B. Par acte du 23 août 2021, E._____ a déféré la décision du 21 juillet 2021 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants, avec, au besoin, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a repris les arguments qu'elle avait présentés dans son courrier du 25 mai 2021, produisant par ailleurs un rapport du 28 juin 2022 (recte : 2021) du Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et en maladie des reins (néphrologie), lequel a posé le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile.

Par courrier du 2 décembre 2021, l'assurée, agissant désormais par sa mandataire, Me Séverine Berger, s'est déterminée sur l'expertise du 23 mars 2021, arguant, en substance, que celle-ci était entachée de plusieurs incohérences sur les plans rhumatologique et psychiatrique qui justifiaient la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ou, à tout le moins, des compléments d'expertise.

Dans sa réponse du 21 décembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le Dr V._____, du SMR, dans son avis du 20 décembre 2021, a estimé que le rapport du 28 juin 2021 du Dr X._____ n'apportait aucun élément susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise, relevant en particulier que le Dr X._____ ne prenait pas position sur les limitations fonctionnelles ou sur la capacité de travail de l'assurée.

Le 7 septembre 2022, l'OAI a transmis un rapport du 21 juillet 2022 du Dr K._____, lequel a posé le diagnostic de trouble du spectre de l'hypermobilité vs syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. L'OAI a précisé que ce rapport ne l'amenait pas à modifier ses conclusions.

Par réplique du 24 novembre 2022, l'assurée a conclu, sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision du 21 juillet 2021, en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité, subsidiairement à des mesures professionnelles avec effet au 1^{er} octobre 2019. Elle a critiqué plusieurs pans de l'expertise, notamment le fait que les experts n'avaient pas clairement déterminé si elle souffrait d'un trouble du spectre de l'hypermobilité ou d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, qu'il n'était pas possible de comprendre les motifs ayant conduit l'expert rhumatologue à considérer que le diagnostic de fibromyalgie n'était pas invalidant ou encore les raisons pour lesquelles l'experte psychiatre n'avait pas retenu un épisode dépressif majeur. L'assurée a ajouté que l'expertise comportait de graves lacunes et contradictions et qu'elle n'était plus d'actualité dans la mesure elle datait de près de deux ans et que des investigations médicales postérieures avait montré que son état de santé s'était aggravé depuis lors. Elle a notamment produit un rapport du 21 novembre 2022 de L._____, psychologue, et du Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lesquels ont fait état d'une péjoration de ses symptômes dépressifs, coïncidant avec la décision de refus de l'OAI, et posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise visant à déterminer si elle souffrait d'un trouble du spectre de l'hypermobilité ou d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, ainsi qu'une nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique.

Par duplique du 22 décembre 2022, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours.

Le 21 mars 2023, l'assurée a versé au dossier un rapport du 16 février 2023 du Dr P._____, lequel a notamment confirmé qu'elle souffrait d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, qu'elle disposait d'une capacité de travail limitée et qu'elle ne pouvait plus exercer d'activité professionnelle constituée du fait de ses atteintes physiques et psychiques.

Par courrier du 22 mai 2023, le juge instructeur a informé les parties qu'il avait décidé de mettre en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire (médecine interne générale, rhumatologie, cardiologie et psychiatrie).

Dite expertise a été confiée à l'[...] à [...], singulièrement aux Drs Q._____, spécialiste en médecine interne générale, H._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, O._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, ainsi que par C._____ et N._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport consensuel rendu le 27 février 2024, les experts ont posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de trouble anxieux et dépressif mixte, de probable lipœdème de type 3 et 4, de stade 3, masqué par une obésité importante, et d'insuffisance veineuse des membres inférieurs de stade C2A, sur varicosités diffuses et extra-saphéniennes, dans un contexte de status post sclérothérapie en 1998, d'absence de reflux des quatre saphènes et d'absence de syndrome post-thrombotique. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'agente de nettoyage était nulle depuis 2017-2018, mais qu'elle était de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activité physiquement lourde, accroupie ou à genoux, ou soumise à un stress de rendement ; pas de travaux debout en position statique en continu ; activité physiquement légère, sans déplacement à pied, de préférence assise avec possibilité de varier les positions, de se lever au moins une fois par heure et de marcher pendant son travail, et peu exigeante par rapport aux capacités d'adaptation, de planification, de flexibilité, de structuration des tâches, à maintenir un niveau de rendement continu et à mettre en œuvre des compétences professionnelles, ainsi qu'en termes de besoin accru d'activités spontanées), ce depuis 2017-2018, ajoutant qu'une réévaluation psychiatrique sera nécessaire dans les deux ans. Ils ont précisé qu'il était peu probable que la capacité de travail de l'intéressée s'améliore.

Par déterminations du 18 mars 2024, l'OAI, se fondant sur l'avis du 12 mars 2024 du Dr V._____, du SMR, a indiqué qu'il n'avait aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire.

Dans ses déterminations du 9 août 2024, l'assurée a notamment fait valoir que l'incapacité de travail de 30 %, correspondant à celle reconnue par l'expert psychiatre, ne tenait pas compte de l'effet additif d'autres pathologies qui pourraient augmenter ce taux. Relevant une divergence importante entre l'avis de l'expert interniste et celui de l'expert cardiologue, elle a requis l'interpellation de ce dernier afin qu'il indique clairement s'il existe une incapacité de travail, respectivement des limitations fonctionnelles ou une baisse de rendement en lien avec ses problèmes d'ordre cardiologique.

E n d r o i t :

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

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

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

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

b) En l'occurrence, la recourante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 27 mars 2017. Elle est en incapacité totale de travail attestée depuis le mois d'octobre 2018 de sorte qu'elle pourrait prétendre à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2019 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). L'ancien droit demeure dès lors applicable au cas d'espèce.

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 (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021]).

aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle

concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2).

Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

5. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un

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

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

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et

bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

7. **a)** En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante présente des douleurs diffuses, dans un contexte d'obésité, des symptômes de type cardio-pulmonaires, de l'arthrose diffuse ainsi que des troubles de nature anxio-dépressive.

b) Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 23 mars 2021 ne permettait pas à la Cour des assurances sociales de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante.

Il y a tout d'abord lieu d'observer que le diagnostic d'hypermobilité n'a pas été discuté en détail par l'expert rhumatologue, alors même qu'il était en possession de rapports médicaux qui en faisaient état. L'expert rhumatologue n'explique pas les raisons pour lesquelles il a nié l'existence d'une hyperlaxité articulaire ou d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, bien qu'il fasse mention de la présence d'un certain nombre de signes de Beighton. De même, l'expertise comportait plusieurs lacunes et incohérences en lien avec les limitations fonctionnelles. A cet égard, il sied en particulier de relever que le status variqueux ne semblait pas avoir été pris en compte dans les limitations fonctionnelles décrites dans le cadre de l'évaluation consensuelles, laquelle suggérait une activité légère plutôt sédentaire. Pourtant, l'expert interniste avait précisément décrit les limitations fonctionnelles avec lesquelles il fallait compter en présence d'un status variqueux, indiquant à cet égard que la recourante devait pouvoir adopter régulièrement des positions de drainage veineux et faire uniquement de courts déplacements. Ces limitations fonctionnelles étant incompatibles avec l'assertion de l'expert rhumatologue selon laquelle la recourante était capable d'effectuer une activité sédentaire, on était en droit d'attendre des experts qu'ils expliquent pourquoi les limitations fonctionnelles mentionnées par l'expert interniste ont été abandonnées dans le cadre de l'évaluation consensuelle. Il existait également une contradiction entre l'absence de limitation fonctionnelle mentionnée par l'expert psychiatre et la nécessité d'éviter une activité provoquant de

l'anxiété, impliquant des tâches multiples ou complexes ou nécessitant une grande autonomie, formulée dans l'évaluation consensuelle au niveau des ressources. Enfin, l'appréciation du cardiologue apparaissait incohérente, en tant qu'il considérait, sans étayer son propos, que toute activité était envisageable au regard des limitations évoquées (une dyspnée d'effort, due de manière prépondérante à un asthme continu, un déconditionnement et une obésité morbide).

c) Au vu de ce qui précède, il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire (médecine interne générale, rhumatologie, cardiologique et psychiatrie), laquelle a été réalisée par les Drs Q._____ (volet médecine interne générale), H._____ (volet rhumatologique), C._____ et N._____ (volet psychiatrique) et O._____ (volet cardiologique). Celle-ci a été complétée par un examen angiologique confié au Dr I._____, spécialiste en angiologie.

d) Cela étant, il n'y a aucune raison de s'écarter du rapport d'expertise judiciaire établi le 27 février 2024.

aa) D'un point de vue formel, le tribunal constate que les experts ont rendu leur rapport sur la base d'une anamnèse détaillée et complète, en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par la recourante, de ses antécédents, du déroulement de sa journée type et de son traitement. Chacun des experts a personnellement rencontré la recourante et procédé à son examen clinique. Compte tenu des antécédents de thrombose veineuse profonde et le diagnostic de lymphœdèmes des membres inférieurs au dossier, les experts ont estimé nécessaire de compléter leur analyse en requérant une évaluation angiologique. Leurs conclusions, prises sur la base d'une description claire du contexte médical, sont dûment motivées, claires et exemptes de contradiction. Ils ont par ailleurs discuté en détails les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail de la recourante chacun dans leur discipline respective, puis dans le cadre d'une évaluation consensuelle. Ils ont par ailleurs expliqué les raisons pour

lesquelles ils n'ont pas retenu certains diagnostics susceptibles d'entrer en considération.

bb) Sur le plan matériel, il sied en particulier de relever que l'expert rhumatologue a uniquement retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique d'étiologie indéterminée, touchant tant l'hémicorps supérieur qu'inférieur, à droite et à gauche. Il a justifié ce diagnostic par le constat que les douleurs ne pouvaient être ni prouvées ni réfutées d'un point de vue médical, ajoutant que la persistance et l'intensité de la symptomatologie n'étaient pas explicables de manière prépondérante selon un modèle biomédical seul, sans pour autant remettre en doute l'authenticité des plaintes de la recourante. Il a en revanche exclu l'existence d'une maladie inflammatoire ou active progressive. S'agissant du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, il n'a pas pu confirmer ou infirmer ce diagnostic à l'examen clinique. Il a en particulier relevé qu'il lui était impossible de déterminer si l'origine des douleurs diffuses présentées par la recourante était attribuable à ce syndrome ou à un syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgie. L'expert rhumatologue a considéré que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle d'agente de nettoyage était nulle depuis le mois d'octobre 2018 mais qu'elle était entière dans une activité adaptée (activité physiquement légère, sans déplacement à pied, de préférence assise avec possibilité de varier les positions, pas d'activité accroupie et/ou à genou, ni d'activité soumise à un stress de rendement).

De son côté, l'expert cardiologue a indiqué que les examens effectués ne montraient pas de pathologie cardiovasculaire claire chez l'expertisée. Au vu de l'échocardiographie effectuée, la probabilité d'une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée ou d'une hypertension pulmonaire thrombo-embolique chronique était faible. A défaut d'évoquer des problèmes cardiovasculaires, l'échocardiographie a toutefois permis d'obtenir d'autres informations importantes relatives à l'état de santé de la recourante. A cet égard, il a relevé que l'examen de l'expertisée avait été extrêmement difficile à réaliser, les simples changements de position étant très limités par des douleurs lombaires,

sacro-iliaques et scapulaires. De même, l'appui de la sonde d'échocardiographie sur la poitrine avait reproduit les douleurs décrites dans l'anamnèse et s'étaient révélées extrêmement pénibles, avec des sanglots. Une ergospirométrie a également dû être interrompue de manière prématurée en raison de symptômes ostéoarticulaires (lombalgies et douleurs dans les membres inférieurs). L'expert cardiologue a toutefois relevé que, sur le faible effort ayant pu être réalisé, il ne retrouvait aucun élément typique en faveur d'une limitation fonctionnelle d'origine cardiovasculaire. Il en a déduit que les extrêmes difficultés pour la recourante de réaliser l'échocardiographie et l'ergospirométrie s'expliquaient uniquement par les affections d'ordre rhumatologique (syndrome algique extrêmement sévère au niveau des vertèbres lombaires, du thorax et des membres inférieurs, compatible avec un syndrome somatoforme douloureux ou une fibromyalgie).

S'agissant de l'état de santé psychique de la recourante, les experts psychiatres ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble anxieux et dépressif mixte. Concernant le premier diagnostic, ils ont observé que la recourante présentait des plaintes somatiques diverses, évoluant au fil des années, associées à de multiples investigations et prises en charge médicales ainsi qu'une attention excessive dirigée sur les symptômes se manifestant par un contact répété avec des professionnels de la santé. Quant au second diagnostic, ils ont indiqué que l'intéressée présentait une symptomatologie dépressive intermittente ainsi qu'une symptomatologie anxieuse (ruminations et inquiétudes concernant son état de santé ainsi que sentiment de nervosité et de tension associé à des symptômes neurovégétatifs), dont l'intensité et la durée n'étaient toutefois pas suffisantes pour justifier un diagnostic séparé d'épisode dépressif ou de trouble anxieux. Ils ont précisé que le trouble anxieux et dépressif mixte était alimenté et majoré par les problèmes physiques et par le syndrome douloureux somatoforme persistant, ces deux pathologies se chevauchant et s'autoalimentant, ce qui prédisait un mauvais pronostic d'évolution. Ils ont observé que les limitations fonctionnelles de la recourante étaient avant tout liées au syndrome somatoforme persistant. Les experts

psychiatres ont ensuite procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables en cas d'atteintes psychiques. A cet égard, ils ont tout d'abord constaté que la recourante était fragilisée par sa symptomatologie douloureuse, la fatigue associée et les troubles anxieux et dépressifs, lesquels provoquaient une réduction claire des activités professionnelles et extra-professionnelles. Elle présentait, en fonction de ses douleurs et/ou de sa fatigue, une légère limitation de ses capacités d'adaptation aux règles et aux routines ainsi que de ses capacités de planification et de structuration des tâches ; sa flexibilité et sa capacité d'adaptation étaient également limitées, aussi bien en raison de sa condition physique et du syndrome douloureux somatoforme que de sa symptomatologie anxieuse et dépressive. Sa capacité à persévérer suffisamment longtemps dans un temps habituellement exigé et à maintenir un niveau de rendement continu était impactée de manière conséquente en raison d'une fatigabilité importante et de ses douleurs. La recourante disposait néanmoins de certaines ressources, tant internes (capacité à éprouver du plaisir conservée et envie de sortir, de marcher, de voir ses enfants ou de cuisiner quand elle n'a pas de douleurs ; motivation conservée ; capacités de jugement, à prendre des décisions, d'affirmation, de se déplacer seule en transport public ou encore d'entretenir des relations proches et d'évoluer au sein d'un groupe) qu'externes (bien entourée par son conjoint et sa famille, par quelques connaissances et contacts téléphoniques avec des membres de sa famille élargie). Il ressortait également de la description de sa journée type que son fonctionnement quotidien était maintenu. Les experts psychiatres n'ont de surcroît pas constaté d'exagération des symptômes. Ils ont indiqué que le trouble anxieux et dépressif mixte nécessitait une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique, précisant par ailleurs qu'un risque de chronicisation de ce trouble et d'évolution vers un trouble dépressif ou anxieux spécifique existait. En fin de compte, les experts psychiatres ont estimé que les limitations fonctionnelles de la recourante étaient surtout liées au syndrome douloureux somatoforme persistant, avec cependant un équilibre entre les limitations fonctionnelles et les ressources résiduelles de l'expertisée, comme en témoignaient un

fonctionnement quotidien maintenu et une vie de famille préservée malgré les limitations.

Enfin, l'évaluation angiologique a, quant à elle, mis en exergue un lipœdème de type 3 et 4 de stade 3, masqué pour une obésité importante. Ce diagnostic était toutefois incertain en raison de l'obésité concomitante ainsi que de l'absence à l'examen clinique d'ecchymoses et de douleurs à la palpation des masses lipomateuses. Elle a également mis en évidence une insuffisance veineuse modeste des membres inférieurs sur varicosités diffuses extra-saphéniennes sans nécessité de prise en charge. L'existence de lymphœdèmes a en revanche été exclu. Le Dr I. _____ a précisé que les limitations de la patiente n'étaient pas du ressort angiologique et a exclu toute limitation de la capacité de travail à ce titre dans son activité habituelle.

e) Ainsi, il convient de retenir que la recourante dispose, depuis 2017-2018, d'une capacité résiduelle de travail de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activité physiquement lourde, accroupie ou à genoux, ou soumise à un stress de rendement ; pas de travaux debout en position statique en continu ; activité physiquement légère, sans déplacement à pied, de préférence assise avec possibilité de varier les positions, de se lever au moins une fois par heure et de marcher pendant son travail, et peu exigeante par rapport aux capacités d'adaptation, de planification, de flexibilité, de structuration des tâches, à maintenir un niveau de rendement continu et à mettre en œuvre des compétences professionnelles, ainsi qu'en termes de besoin accru d'activités spontanées).

Contrairement à l'avis de la recourante, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique ou par le biais de questions complémentaires à poser aux experts. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit dans le cadre de l'expertise judiciaire mise en

œuvre et ayant pu être librement appréciés par la présente juridiction (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3). De surcroît, les conclusions de l'expertise sont claires en tant qu'elles retiennent, notamment, l'existence d'une capacité résiduelle de travail de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées et qu'elles écartent la présence d'une pathologie cardiovasculaire. Par ailleurs, l'on ne voit pas en quoi des explications complémentaires au sujet de la médication de la recourante seraient susceptibles de modifier les conclusions de l'expertise, l'intéressée admettant au demeurant elle-même que cette question n'a aucune incidence sur le taux de sa capacité de travail.

f) La recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle argumente qu'il lui est impossible, au regard de ses troubles physiques et psychiques, de trouver une activité adaptée.

En effet, la notion de marché équilibré du travail figurant à l'art. 16 LPGA est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b). La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in

Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 ad art. 7).

Or, en l'occurrence, les limitations fonctionnelles mises en évidence par le corps médical (pas d'activité physiquement lourde, accroupie ou à genoux, ou soumise à un stress de rendement ; pas de travaux debout en position statique en continu ; activité physiquement légère, sans déplacement à pied, de préférence assise avec possibilité de varier les positions, de se lever au moins une fois par heure et de marcher pendant son travail, et peu exigeante par rapport aux capacités d'adaptation, de planification, de flexibilité, de structuration des tâches, à maintenir un niveau de rendement continu et à mettre en œuvre des compétences professionnelles, ainsi qu'en termes de besoin accru d'activités spontanées) ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière et indépendamment de l'âge (cf. TF 8C_173/2023 du 23 novembre 2023 consid. 5.2 ; TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3 et les références citées).

g) Reste à déterminer le degré d'invalidité présenté par la recourante.

S'agissant du revenu sans invalidité, il y a lieu de se référer aux indications fournies par l'employeur le 24 avril 2017, desquelles il ressort que la recourante aurait perçu en 2017 un salaire annuel de 16'313 fr. 70 pour son activité d'agente d'entretien à 30 %. Il convient d'indexer ce montant à l'année 2019 (+ 1,5 %) – année déterminante pour la comparaison des revenus (cf. ATF 129 V 222) – et d'extrapoler le montant ainsi obtenu à un taux de 100 %. Ainsi, c'est un montant de 55'194 fr. 69 qui doit être retenu (et non pas de 50'381 fr. 51 comme retenu par l'intimé). Quant au revenu d'invalidité, dans la mesure où la recourante n'a pas repris d'activité lucrative, il y a lieu de se référer au

salaire statistique prévu par le tableau ESS 2018 (TA1_tirage_skill_level, niveau de compétence 1), soit un montant mensuel de 4'371 fr. Compte tenu d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures durant l'année 2018 (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01) et d'une capacité résiduelle de travail de 70 %, le revenu annuel avec invalidité, indexé à 2019 (+ 1 %), se monte à 38'629 fr. 62.

La comparaison d'un revenu d'invalidé de 38'629 fr. 62 avec un revenu sans invalidité de 55'194 fr. 69 aboutit à un degré d'invalidité arrondi de 30 %, ce qui demeure insuffisant pour prétendre à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

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

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge sont provisoirement assumés par l'Etat et Me Séverine Berger peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 19 août 2024, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, dite liste peut être intégralement suivie. Il convient dès lors d'arrêter l'indemnité à 3'444 fr. 10, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 21 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de E._____ et provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Séverine Berger, conseil de E._____, est arrêtée à 3'444 fr. 10 (trois mille quatre cent quarante-quatre francs et dix centimes), débours et TVA compris.
- VI.** E._____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Séverine Berger (pour E. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :