

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juillet 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Piguet, juge, et Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Maxime Darbellay,
avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3, 88a
al. 2 RAI**

E n f a i t :

A. M._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère de deux enfants nés en [...] et [...], sans formation professionnelle, a travaillé en dernier lieu en qualité de monitrice auxiliaire à temps partiel pour le [...], du 10 octobre 2008 au 30 juin 2010. Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 1^{er} février 2013 en raison de douleurs au dos et d'une atteinte psychique.

Dans un rapport du 11 avril 2013, le Dr Z._____, médecin généraliste traitant de l'assurée depuis avril 2009, a posé les diagnostics de dépression et d'état douloureux chronique lombo-sacré, depuis 2009. Un important traitement antalgique était prescrit et l'activité habituelle de monitrice auprès d'enfants était exigible à 50 %.

Répondant le 9 mai 2013 à un questionnaire de l'OAI, la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme (F45.4), personnalité dépendante (F60.7), difficultés liées à des situations psychosociales de violence (Z65.5) et difficultés liées à l'environnement social (Z60). Elle estimait qu'une activité professionnelle était possible avec un rendement de 70 %, sous réserve de la mise en place d'une aide ou de mesures professionnelles, mais ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail.

[...] a rempli le formulaire de l'employeur le 6 juin 2013.

Les Drs N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), ont procédé à un examen clinique le 11 juin 2014. Dans leur rapport du 30 juin 2014, ils ont conclu que l'assurée ne présentait aucun diagnostic susceptible d'avoir des répercussions durables sur sa capacité de travail. En revanche, ils ont posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de rachialgies chroniques dans le contexte d'une légère uncarthrose C6-C7,

de légères protrusions discales L3 à S1 avec une arthrose postérieure débutante (M54.2), de personnalité dépendante non décompensée (F60.7), de dysthymie (F34.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant, sans comorbidité psychiatrique manifeste (F45.4). La capacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle d'auxiliaire-monitrice depuis le début de son activité professionnelle.

Le 8 septembre 2014, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport dans lequel il posait le diagnostic d'état dépressif récurrent important et indiquait que le vécu et les différents traumatismes vécus par sa patiente faisaient envisager le diagnostic de syndrome post-traumatique. Mentionnant par ailleurs les problématiques d'arthrose (cervicale et lombaire) ainsi que de fonction thyroïdienne, le médecin déclarait que l'incapacité de travail était de 100 % et les mesures de réadaptation pas envisageables actuellement.

Par décision du 25 septembre 2014, confirmant un projet du 28 juillet 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations, compte tenu d'une capacité de travail complète selon l'évaluation du SMR.

B. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 7 septembre 2016 en faisant état d'une atteinte psychique, de douleurs chroniques et de migraine.

A l'appui de cette démarche, le Dr F._____, nouveau médecin généraliste traitant de l'assurée, a établi un rapport le 18 octobre 2016, dans lequel il posait en particulier les diagnostics de douleurs chroniques de l'épaule gauche dans le cadre d'une tendinopathie du sus-épineux avec déchirure partielle post-traumatique et épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques (F32.11). Il précisait que l'état de santé s'était aggravé en avril 2014, à la suite d'une blessure de l'épaule gauche au cours d'une chute. Le traitement antalgique était de moins en moins toléré, avec l'installation d'une dépendance au Tramal et d'une tendance à des hypersomnolences diurnes. Par ailleurs, les cervico-brachialgies s'étaient étendues dans la région thoracique et un état

dépressif s'était installé. L'incapacité de travail était totale depuis le 17 juin 2015 dans l'activité d'aide monitrice. Le Dr F._____ a confirmé son diagnostic dans un formulaire de l'OAI le 11 avril 2017, où il a précisé qu'il suivait l'assurée depuis octobre 2014. Sur le plan somatique, l'évolution au niveau de l'épaule gauche était progressivement favorable à la suite d'une infiltration effectuée à la fin de l'année 2016. Les limitations fonctionnelles étaient principalement d'ordre psychique.

Le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé un rapport à l'OAI le 26 juin 2017. Indiquant qu'il suivait l'assurée depuis le 16 janvier 2017, il a posé les diagnostics de dysthymie (F34.1), trouble somatoforme indifférencié (F45.1), trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), et troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, utilisation continue de Tramal (F19.25). L'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle de monitrice depuis le 16 janvier 2017.

Dans un avis du 6 juillet 2017, le SMR a relevé que l'assurée avait été examinée par un rhumatologue du SMR en juin 2014, soit deux mois après l'accident mentionné par le Dr F._____. Aucune atteinte de l'épaule gauche n'avait toutefois été constatée, ni limitation fonctionnelle en lien avec cette épaule. Il n'y avait par conséquent pas de fait nouveau incapacitant, tandis que l'état douloureux s'était amélioré à la suite d'une infiltration.

Par décision du 25 septembre 2017, confirmant un projet du 7 juillet 2017, l'OAI a rejeté la demande au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte incapacitante.

C. L'assurée a déposé une troisième demande de prestations le 28 novembre 2018, motivée par des douleurs chroniques, des migraines, une apnée du sommeil, une tension élevée et une dépression.

Le 22 janvier 2019, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé un

rapport à l'OAI, dans lequel il posait les diagnostics de polyarthralgies, suspicion de fibromyalgie, gonalgie gauche sur chondropathie fémoro-tibiale interne de grade II et kyste de Baker, gonalgie droite sur déchirure stable de la corne postérieure du membre inférieur, chondropathie fémoro-tibiale interne de grade II et kyste de Baker, lombosciatalgie non déficitaire et hallux valgus rigidus débutant avec surcharge de la métatarsophalangienne 1. Une intervention chirurgicale sur le pied ne lui paraissait pas judicieuse.

Dans un rapport du 25 janvier 2019, le Dr F. _____ a mentionné, en sus des diagnostics signalés par le Dr L. _____, ceux d'épisode dépressif avec troubles anxieux, migraine sans aura, obésité de stade I et déchirure partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Il a exposé que l'état de santé de sa patiente s'était péjoré depuis son rapport d'avril 2017, en raison d'importantes douleurs des membres inférieurs, d'origine multifactorielle en grande partie liées à des troubles dégénératifs. S'y ajoutaient des douleurs lombaires et les douleurs résiduelles du traumatisme de l'épaule gauche. L'antalgie habituelle arrivait difficilement à diminuer les douleurs et l'état dépressif s'était nettement péjoré avec des épisodes de crises d'anxiété. L'incapacité de travail était de 100 %.

Un nouvel extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été versé au dossier le 13 février 2019.

Répondant le 13 février 2019 au questionnaire de détermination du statut, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % en tant que monitrice, par intérêt personnel et nécessité financière.

Le Dr O. _____ et la psychologue E. _____ ont adressé un nouveau rapport à l'OAI le 29 mars 2019. L'incapacité de travail était totale dans toute activité depuis le 16 janvier 2017. L'évolution n'était pas favorable depuis son dernier rapport. Les thérapeutes signalaient une hospitalisation du 4 au 9 octobre 2017 en médecine interne, en raison de

douleurs à la tête dans le contexte d'un épuisement entraînant une exacerbation de sa symptomatologie anxio-dépressive. Depuis juin 2018, les plaintes algiques de l'assurée avaient beaucoup augmenté et elle présentait des troubles fonctionnels (boitement, difficultés à se lever et marcher) qui avaient été investigués sur le plan rhumatologique mais provoquaient une importante détresse. D'autres événements avaient réactivé des souvenirs traumatiques et un projet de réadaptation professionnelle avait dû être abandonné en raison de l'apparition de douleurs. Les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail étaient un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), une dysthymie (F34.1), un trouble de la personnalité avec traits dépendants et impulsifs (F60) et un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, utilisation continue de Tramal (F19.25). Les limitations fonctionnelles étaient les douleurs décrites comme multiples et importantes, les difficultés à mobiliser son corps (boitement), la fatigabilité, les troubles mnésiques et de l'attention, les difficultés de gestion des émotions et du stress, les difficultés relationnelles, l'interprétativité, le manque d'autonomie et de confiance en soi.

Dans un rapport du 14 mai 2019, le Prof. K. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, a précisé qu'il suivait l'assurée depuis décembre 2018 et qu'elle était hospitalisée depuis le 29 avril 2019 pour une rééducation multidisciplinaire intensive. L'incapacité de travail était totale en raison d'une dépression, d'une lombosciatalgie gauche et de gonalgies gauches. L'assurée présentait en outre des scapulalgies gauches non incapacitantes. Les limitations fonctionnelles étaient le déconditionnement, le port de charges, la marche limitée à 10 minutes et les stations statiques prolongées. A l'issue de la prise en charge rééducative interdisciplinaire de l'assurée qui s'est déroulée du 29 avril au 17 mai 2019, le Prof. K. _____ a établi une lettre de sortie dans laquelle il posait le diagnostic principal de polyarthralgies, comprenant des cervicalgies et lombosciatalgies chroniques depuis 2011, des gonalgies bilatérales depuis juin 2018 et une scapulalgie gauche dans le contexte d'une ancienne déchirure partielle de la coiffe des rotateurs, ainsi que le diagnostic secondaire et comorbidité active de suspicion de tunnel carpien

bilatéral. Durant le séjour, l'évolution était à considérer comme favorable, l'assurée ayant vu une amélioration de sa situation (meilleur fonctionnement avec les douleurs) et ayant compris l'importance des stratégies de travail ainsi que de l'entraînement musculaire (cf. lettre de sortie du 20 mai 2019).

Répondant le 3 septembre 2019 à un questionnaire de l'OAI, la Dre X._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué suivre l'assurée depuis août 2011 pour des lombalgies chroniques non spécifiques et depuis 2018 pour des gonalgies chroniques non spécifiques. Les imageries médicales effectuées en 2018, jointes au rapport, avaient révélé des signes de gonarthrose fémoro-tibiale interne droite débutante et une chondropathie de grade III du compartiment médial et probable kyste de Backer rompu à gauche. À la dernière consultation, les plaintes portaient principalement sur les gonalgies gauches. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges lourdes, le port de charges légères de manière répétée, les travaux en flexion, extension ou inclinaison du tronc, l'alternance des positions assise et debout, la marche sur de longues distances.

A la suggestion du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. L'assurée a été informée le 1^{er} juillet 2020 que le mandat en était confié à P._____, respectivement aux Drs V._____, spécialiste en rhumatologie, et H._____, spécialiste en psychiatrie. Ceux-ci ont déposé leur rapport le 11 septembre 2020, incluant une synthèse du dossier, une évaluation consensuelle, une expertise rhumatologique et une expertise psychiatrique. Sur le plan somatique, aucun des différents diagnostics posés n'était incapacitant. Sur le plan psychique en revanche, les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et de personnalité dépendante (F60.7) entraînaient une incapacité de travail de 50 % dans toute activité au moment de l'expertise. Les experts ont relevé que, sur le plan psychique, l'assurée ne bénéficiait pas d'un traitement psychopharmacologique adéquat et ont émis des recommandations à cet égard.

Prenant connaissance du rapport d'expertise précité, le SMR a constaté dans son avis du 28 septembre 2020 que le volet psychiatrique comportait plusieurs lacunes et n'était pas convainquant. Il a par conséquent préconisé de solliciter un complément auprès de l'expert psychiatre. Le Dr H._____ a répondu aux questions du SMR le 3 novembre 2020. Il a en particulier précisé que la capacité de travail était de 50 % dans toute activité au moment de l'expertise uniquement en raison des atteintes psychiatriques et qu'il n'était pas possible de se prononcer sur la capacité de travail antérieure. En outre, en cas de mise en place des mesures thérapeutiques préconisées, cette capacité de travail pourrait redevenir entière environ une année après leur introduction.

Le 13 novembre 2020, par son mandataire Me Maxime Darbellay, l'assurée a également sollicité que des questions complémentaires soient adressées aux experts. Ceux-ci y ont répondu le 24 novembre 2020.

Dans son avis du 11 décembre 2020, le SMR a constaté que les réponses de l'expert psychiatrique n'apportaient pas les clarifications espérées, voire jetaient de la confusion sur les diagnostics à retenir et la capacité de travail résiduelle. L'expertise rhumatologique paraissait également lacunaire, avec un mélange des anciens et nouveaux critères diagnostics de la fibromyalgie et en l'absence de précision sur les limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes organiques. Le SMR a par conséquent préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, comprenant les volets de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie.

L'assurée a été informée le 15 février 2021 du fait que le mandat d'expertise était confié à B._____, respectivement aux Drs Q._____, spécialiste en médecine interne générale, U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R._____, spécialiste en rhumatologie. Ceux-ci ont déposé leur rapport le 7 juin 2021, comportant une expertise pluridisciplinaire, une expertise spécialisée en médecine interne, une expertise spécialisée en psychiatrie et une expertise

spécialisée en rhumatologie, ainsi que diverses annexes, dont un résumé du dossier remis par l'OAI et les pièces médicales obtenues directement par les experts. Ils ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose interne sur chondropathie fémoro-tibiale interne, stabilisée, syndrome sous-acromial gauche sur tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche, stabilisée, insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs et allergie à la pénicilline (choc anaphylactique). D'un point de vue interdisciplinaire, le degré global d'atteinte à la santé était considéré comme léger en respectant le profil d'effort. S'agissant du profil d'effort, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle significative du point de vue psychique. Du point de vue rhumatologique, l'assurée était capable d'effectuer un travail en évitant de porter des charges de plus de 5 kg, une activité dans une position agenouillée ou accroupie et une activité qui demande des sécurités augmentées telle que monter sur des échafaudages et des échelles, toute activité qui surcharge le rachis dans sa totalité ainsi que les travaux en-dessous de l'horizontale. Du point de vue de la médecine interne, il fallait éviter la position debout immobile pendant plus de 30 minutes d'affilée, le travail en position assise était possible avec des pauses pour faire quelques pas toutes les 30 minutes et l'exposition aux antibiotiques était proscrite. S'agissant de la capacité de travail, les experts ont déterminé que le travail d'assistante auxiliaire pour s'occuper d'enfants en bas âge surchargeait à la fois le rachis et les membres inférieurs et supérieurs, mais qu'il y avait une pleine capacité de travail sur les plans psychiatrique et de médecine interne. Ainsi, sur le plan interdisciplinaire, la capacité de travail dans cette activité était nulle depuis octobre 2016 et le pronostic était défavorable. En revanche, la capacité de travail dans une activité adaptée avait toujours été entière, sauf pendant un mois après une intervention chirurgicale sur les pouces.

Le 22 juin 2021, le SMR a pris position comme suit sur le rapport d'expertise de B. _____ :

« Appréciation

Le SMR considère que l'expertise du B. _____ est conforme aux exigences de qualité en vigueur et est convaincante. Les conclusions sont cohérentes avec les éléments du dossier. Les diagnostics sont étayés et posés conformément aux critères diagnostiques en

vigueur. Sur le plan psychiatrique, la situation n'a pas évolué depuis l'examen SMR de juin 2014. Sur le plan rhumatologique, la situation s'est aggravée et justifie de reconnaître les [limitations fonctionnelles] de l'épaule [gauche] et du genou [gauche] qui déterminent une [incapacité de travail] dans l'activité antérieure. Toutefois, dans une activité adaptée, la [capacité de travail] est entière depuis toujours.

Quant au début de l'aggravation, lors de la demande précédente de 2016, le SMR avait noté une aggravation temporaire suite à l'atteinte de l'épaule [gauche], améliorée par la suite, ce que confirme l'expert du B._____. Dans ces conditions, nous fixons l'aggravation durable à mars 2018 suite à la mise en évidence de la chondropathie du genou [gauche]. Par précaution, nous proposons d'admettre également des limitations fonctionnelles pour l'épaule [gauche] qui est fragilisée.

En résumé :

[...]

Limitations fonctionnelles : Eviter le port de charges de plus de 5 kg. Eviter les activités dans une position agenouillée ou accroupie ou qui demandent des sécurités augmentées telle que monter sur des échafaudages et des échelles. Eviter toute activité qui surcharge le rachis dans sa totalité. Pour éviter une rechute de tendinopathie de l'épaule gauche : les travaux en-dessus de l'horizontal sont à proscrire.

Pas de position debout immobile pendant plus de 30 minutes d'affilée. Si travail en position assise, possibilité de se lever et de faire quelques pas toutes les 30 minutes. Pas d'exposition à des antibiotiques.

[...] »

L'OAI a établi un calcul du salaire exigible le 23 juin 2021, en se basant sur les revenus statistiques publiés en 2018 tant pour le revenu avec que sans invalidité, en opérant un abattement de 10 % sur le revenu avec invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Il en résultait un degré d'invalidité de 10 %. Il était précisé que l'assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement.

Le même jour, un projet de décision refusant la rente d'invalidité a été notifié à l'assurée. Explicitant le calcul du degré d'invalidité, l'OAI a précisé que le recours aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour les deux termes du calcul se justifiait

dès lors qu'avant l'invalidité, l'assurée avait exercé différentes activités à des taux irréguliers et pour des durées limitées, tandis qu'elle n'avait pas repris d'activité professionnelle après l'invalidité.

Par son mandataire, l'assurée a contesté ce projet de décision le 24 août 2021. Elle a fait valoir en substance que les conclusions de l'expert R._____ n'étaient pas suffisamment étayées et ne jouissaient pas d'une valeur probante suffisante, dès lors qu'elles ne tenaient pas compte de ses plaintes, lesquelles étaient cohérentes avec ses troubles, dont la fibromyalgie ; que le status post-chirurgie des deux pouces n'était pas stabilisé, la situation s'étant aggravée au point qu'elle n'était plus capable de se préparer à manger ou de faire le ménage, faisant suspecter une polyarthrite rhumatoïde ; que la gonarthrose interne n'était pas stabilisée, de nouvelles infiltrations étant envisagées en raison de ses douleurs ; que les troubles en lien avec la fibromyalgie étaient invalidants car provoquaient des crises qui l'empêchaient de faire la moindre activité. Enfin, elle regrettait l'absence d'enquête sur sa capacité ménagère, celle-ci étant fortement entravée. Elle annonçait par ailleurs la production de rapports de ses médecins traitants.

Le 6 septembre 2021, le SMR a examiné les griefs de l'assurée et émis l'appréciation suivante :

« En l'état, nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer sur une aggravation de l'état de santé médicalement avérée. (...) »

On soulignera au passage que le terme « état stabilisé », ne signifie pas « guéri », mais veut dire qu'il n'est pas attendu d'évolution notable. Concernant l'atteinte des genoux, les infiltrations envisagées ne signifient pas que l'état se soit aggravé. Les douleurs et troubles dégénératifs des genoux ne sont pas niés par l'expert, et les infiltrations sont donc des mesures cohérentes avec l'état clinique.

Concernant la prise en compte des plaintes de l'assurée, celles-ci ont bien été recueillies et sont soigneusement consignées dans les différents volets spécialisés de l'expertise du B._____ (page 52 et suivantes pour le volet rhumatologique) et résumées dans la partie interdisciplinaire.

Les conclusions diagnostiques et médico-assurantielles de l'expert rhumatologue tiennent compte des plaintes mais aussi de l'ensemble des éléments cliniques. Elles sont exposées de façon

argumentée (page 62 et suivantes). L'expert souligne que les troubles arthrosiques sont légers. Au niveau cervical, la situation est stationnaire depuis 2014. Il n'y a pas d'élément de gravité. Le rôle du déconditionnement musculaire est souligné. Dans ces conditions, il n'y a pas de raison de considérer que la [capacité de travail] ne soit pas entière dans une activité qui respecterait les limitations fonctionnelles.

On rappelle que les répercussions des douleurs et autres symptômes liés à la fibromyalgie (non expliqués par le socle organique) sont appréciés au moyen de la grille d'évaluation fournie par la jurisprudence en vigueur. Cette analyse a bien été réalisée. Elle permet de noter qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique notable. Les ressources sont bien présentes et mobilisables (B. _____ page 44). Il existe par ailleurs des éléments d'amplification et des incohérences entre la description de la journée type d'une part et entre ses plaintes et les constatations de l'examen clinique d'autre part (B. _____ pages 11 et 40 à 45).

Au final, en l'absence de nouveaux rapports médicaux, nous n'avons pas d'élément permettant de documenter médicalement une aggravation de l'état de santé. »

L'assurée a complété sa contestation le 12 octobre 2021, en produisant les deux rapports suivants :

- Les réponses données le 15 septembre 2021 par le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, aux questions du mandataire de l'assurée, dont il ressort que ce médecin suivait l'intéressée depuis janvier 2018 en raison de ténosynovites sténosantes aux deux pouces, lesquelles avaient été traitées dans un premier temps par des infiltrations puis opérées successivement en octobre 2018 et février 2021. L'incapacité de travail pour ces atteintes était transitoire et une reprise du travail était en principe possible après quatre semaines post-opératoires.
- Les réponses données le 30 septembre 2021 par le Dr F. _____ aux questions du mandataire de l'assurée, par lesquelles il confirmait les termes de son rapport du 25 janvier 2019. Il ne pouvait se prononcer sur le diagnostic de fibromyalgie mais affirmait que l'assurée souffrait de polyarthralgie et de polyalgie, en intégrant les nombreux épisodes de céphalées souvent invalidantes. Ces troubles avaient une répercussion sur sa capacité de travail, tant sur le plan

somatique que psychique. Dans un activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail résiduelle ne dépasserait pas 50 %. Le Dr F._____ se déclarait dès lors en désaccord avec les conclusions de l'expertise rhumatologique qui n'attestait aucune incapacité de travail malgré les atteintes articulaires objectivées, ainsi qu'avec l'avis du SMR en relevant que l'état dépressif était présent depuis plusieurs années sans amélioration malgré divers traitements comprenant des médicaments antidépresseurs administrés selon la posologie habituelle.

Le SMR s'est déterminé sur les rapports médicaux des Dr J._____ et F._____ le 2 novembre 2021. S'agissant du premier rapport, le SMR a relevé qu'il n'apportait aucun élément nouveau ou qui n'avait pas été pris en compte par les experts. Quant au rapport du Dr F._____, le SMR a constaté que ce médecin n'évoquait pas d'aggravation ou de nouvelle atteinte survenue après l'expertise. Précisant que le diagnostic de fibromyalgie reposait sur des critères cliniques clairs largement reconnus sur le plan médical et n'excluait pas la possibilité de diagnostics en lien avec des atteintes ostéo-articulaires objectives, le SMR a relevé que le médecin traitant critiquait les conclusions des experts en se référant essentiellement aux plaintes douloureuses subjectives de sa patiente. En définitive, le désaccord du Dr F._____ portait sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, mais les experts avaient apprécié la part subjective des douleurs liées à la fibromyalgie selon la grille d'évaluation fournie par la jurisprudence en vigueur. Ainsi, l'avis du médecin traitant correspondait à une appréciation différente d'un même état de fait, de sorte qu'il n'existait pas d'élément suggérant une aggravation de l'état de santé postérieure à l'expertise du B._____ ou de nature à remettre en question ses conclusions.

Par décision du 9 novembre 2021, reprenant les motifs exposés dans son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Dans un courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de sa décision,

l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 2 novembre 2021, dont il a joint une copie.

D. Le 11 décembre 2021, toujours représentée par Me Maxime Darbellay, M. _____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière ainsi que toutes autres prestations de l'assurance-invalidité lui est octroyée dès le 1^{er} mars 2019, subsidiairement à son annulation et au renvoi de l'affaire à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique, d'une expertise/enquête destinée à déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée et sa capacité de gain au regard du marché du travail actuel, ainsi que d'un examen visant à évaluer la possibilité de mettre en place des mesures de réadaptation professionnelle. En substance, elle contestait l'évaluation de sa capacité de travail par B. _____, laquelle était trop optimiste et n'examinait pas la question des mesures de réadaptation. En particulier, l'expert psychiatre avait écarté à tort le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, alors que ce diagnostic avait été retenu par l'expert de P. _____ ainsi que par les psychiatres traitants et qu'il entraînait, associé au trouble de la personnalité dépendante, une incapacité de travail de 50 % dans toute activité. Sur le plan somatique, l'expert de B. _____ n'avait pas suffisamment expliqué pour quel motif la fibromyalgie diagnostiquée n'était pas invalidante. Ces éléments remettaient en cause la valeur probante de l'expertise. Par ailleurs, l'âge de la recourante n'avait pas été pris en compte dans l'évaluation de sa capacité de gain, notamment pour examiner s'il était réaliste que l'assurée retrouve un emploi sur un marché du travail équilibré. En outre, sa situation personnelle (âge, absence de formation, importantes limitations fonctionnelles) commandait de procéder à un abattement de 15 à 20 % minimum et de lui proposer des mesures de réadaptation professionnelle. En définitive, l'intimé n'avait pas suffisamment instruit, les conclusions contradictoires des expertises commandant d'en ordonner une nouvelle.

Par décision du 13 décembre 2021, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Darbellay.

La recourante a complété son recours par courriers des 13 et 20 décembre 2021, en produisant notamment un rapport établi le 14 décembre 2021 par le Dr J._____. Ce médecin posait les diagnostics de signe de CRPS (Syndrome douloureux régional complexe ou SDRC) post-opératoire post ténolyse du fléchisseur majeur droit, ténosynovite sténosante du majeur droit opérée le 22 septembre 2021, ténosynovite sténosante du long fléchisseur du pouce droit opéré le 4 février 2021 avec infiltration du majeur droit et ténosynovite sténosante du long fléchisseur du pouce gauche opéré le 30 octobre 2018. Il précisait que l'état de la main droite justifiait le maintien de l'arrêt de travail depuis l'intervention du 22 septembre 2021.

Dans sa réponse du 13 janvier 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise, en exposant en particulier que les conclusions de l'expertise de B._____ du 7 juin 2021 étaient exemptes de reproche et que, dans l'hypothèse d'une modification durable de l'état de santé survenue en septembre et/ou novembre 2021, l'influence sur le droit à la rente ne débiterait que postérieurement à la décision.

Répliquant le 25 février 2022, la recourante a fait valoir notamment que les conclusions de B._____ avaient été contredites par les Dr F._____ et J._____ après la procédure d'audition, ce qui démontrait que l'appréciation des experts n'étaient pas fiables et que son état de santé était plus grave que ce que l'intimé avait retenu. Sur le plan psychique en particulier, ses nouvelles thérapeutes, la Dre S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue E._____ devaient lui apporter un soutien important. Elle a ainsi confirmé ses conclusions et complété ses réquisitions de mesures d'instruction en

sollicitant en outre sa propre audition ainsi que celle de ses deux enfants. A l'appui de son écriture, la recourante a produit un rapport établi le 14 février 2022 par la Dre S._____, dans lequel cette médecin posait les diagnostics d'état de stress post-traumatique F43.1 CIM-10, syndrome de stress post-traumatique complexe 6B41 CIM-11, troubles liés à l'utilisation de substances psycho-affectives (Tramal) F11 CIM-10. La recourante avait repris un suivi hebdomadaire avec la psychologue en novembre 2021 après une année d'interruption et avait vu la psychiatre à deux reprises, en décembre 2021 et février 2022. Il était prévu que la patiente fréquente un groupe d'ergothérapie en vue d'une reprise de la vie sociale. La capacité de travail était nulle.

Dans sa duplique du 16 mars 2022, l'OAI a réfuté l'argumentation soutenue par la recourante et confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le point de savoir si la

recourante a connu une aggravation de son état de santé justifiant une révision depuis la décision du 25 septembre 2017.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 9 novembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si,

au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545

consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

4. 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).

5. 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) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'intimé statuait sur la troisième demande de prestations de la recourante. Lors de la première procédure, un examen médical pluridisciplinaire par trois médecins spécialisés du SMR a été mis en œuvre. Dans leur rapport du 30 juin 2014, ces derniers ont conclu que la recourante souffrait de plusieurs atteintes à sa santé, en particulier sur

les plans rhumatologique et psychique, mais qu'aucune n'avait de répercussion durable sur sa capacité de travail dans son activité habituelle de monitrice auxiliaire. Sur cette base, l'intimé a rejeté la demande de prestation par décision du 25 septembre 2014. Les rapports médicaux versés au dossier au cours de la deuxième demande de prestation, déposée en 2016, ont également été soumis au SMR. Celui-ci ayant constaté l'absence de fait nouveau incapacitant et relevé que l'état douloureux allégué au niveau de l'épaule gauche s'était amélioré à la suite d'une infiltration, l'intimé a derechef rejeté la demande de prestations par décision du 7 juillet 2017.

S'agissant de la troisième demande de la recourante, déposée en novembre 2018, l'intimé est également entré en matière et a retenu que l'intéressée présentait une incapacité de travail totale depuis mars 2018 dans son activité habituelle mais qu'elle disposait en revanche d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

b) Pour rendre la décision litigieuse, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire à la suggestion du SMR, qui avait relevé dans son avis du 13 février 2020 que les rapports au dossier manquaient d'éléments objectifs pour justifier l'incapacité de travail alléguée depuis novembre 2018 et pour clarifier la notion de fibromyalgie versus trouble somatoforme douloureux persistant depuis 2014 sur la base des indicateurs déterminés par la jurisprudence de novembre 2017. L'intimé a cependant écarté le rapport des experts de P._____, dès lors que le SMR avait constaté diverses lacunes et contradictions malgré les compléments requis.

A cet égard, il apparaît en effet, notamment, que la motivation de la capacité de travail par l'expert psychiatre dans le rapport du 11 septembre 2020 était insuffisante et qu'elle n'a pas été complétée à satisfaction dans les rapports complémentaires. L'expert a évoqué une capacité de travail à l'origine entière dans l'activité habituelle, capacité qui se serait infléchie depuis le début de la prise en charge par le

Dr O._____, en 2017, pour s'établir à 50 % au moment de l'expertise, mais qui pourrait revenir à 100 % en cas de modification de la prise en charge dans un délai de six mois. L'expert a cependant listé un grand nombre de ressources dont disposait la recourante mais n'a pas détaillé les difficultés liées à son état psychique ni explicité les limitations fonctionnelles. L'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée s'en trouvait d'autant plus lacunaire, dès lors qu'elle paraissait faire abstraction d'une prise en compte des limitations fonctionnelles d'ordre psychique. Les autres problématiques soulevées par le SMR dans ses avis des 28 septembre 2020 et 11 décembre 2020 sont tout aussi pertinentes, de sorte qu'il y a lieu d'admettre, avec l'intimé, que cette expertise ne dispose pas d'une valeur probante suffisante, ce que la recourante n'a du reste pas remis en cause au moment de la mise en œuvre de la seconde expertise.

c) L'intimé a ainsi sollicité une expertise auprès de B._____ et a fondé sa décision sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 7 juin 2021 par les spécialistes de ce centre d'expertise, dont le SMR a admis le caractère probant et convainquant.

La recourante n'est pas de cet avis, faisant valoir en particulier que l'expert en rhumatologie n'avait pas tenu suffisamment compte de ses plaintes bien que celles-ci soient cohérentes avec ses troubles. Sur ce point, il convient de relever que le Dr R._____ a d'abord pris note des informations données spontanément par la recourante sur sa situation personnelle et son état de santé (cf. ch. IV.3.a, pp. 52 s. du rapport d'expertise), puis a retranscrit les réponses qu'elle a données au cours d'un entretien approfondi qui a porté notamment sur les affections actuelles de l'intéressée (cf. ch. IV.3.b, pp. 53 ss du rapport d'expertise). Cette partie de l'entretien incluait notamment la description par l'expertisée de ses troubles, de l'apparition et évolution de ses limitations, de son traitement, de son parcours personnel et professionnel, de sa situation personnelle ainsi que du déroulement d'une journée type, de l'entretien de son foyer et de ses loisirs. S'agissant en particulier des troubles actuels, l'expert a noté ce qui suit (ch. IV.3.b.1, p. 53 du rapport) :

« La personne assurée rapporte des douleurs essentiellement au niveau de la nuque, de la région interscapulaire gauche, au niveau des 2 genoux. Les douleurs au niveau des pouces ont été réglées par la chirurgie récente. Elle se plaint de douleurs lombaires également, liées probablement au déconditionnement, ainsi que des douleurs principalement du genou gauche avec craquements à la marche, qui ont été prises en charge par le Dr K. _____. Il lui a fait des infiltrations d'acide hyaluronique. La personne assurée ne parle plus de douleurs nocturnes et elle ne rapporte pas une limitation au niveau de la marche. Elle décrit des douleurs au niveau des membres inférieurs ainsi que des douleurs au niveau des jambes. »

L'expert a ensuite procédé à un examen clinique complet (cf. ch. IV.4.c, pp. 58 ss du rapport d'expertise). Puis, il a donné les diagnostics concernant sa spécialisation, en précisant s'ils étaient incapacitants ou non, et a développé son évaluation en la confrontant avec les évaluations antérieures figurant au dossier. Il a ainsi précisé que les critères de fibromyalgie étaient remplis selon les critères ACR 2010-2016 et que cette atteinte ne permettait « pas de conclure à une capacité totale dans toute activité » car limitait l'expertisée dans son activité d'assistante auxiliaire pour enfants en surchargeant à la fois le rachis, les membres inférieurs et les membres supérieurs (cf. ch. IV.6, pp. 61 ss du rapport d'expertise). L'expert a ainsi déterminé un profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles et évalué la capacité de travail rétrospective, actuelle et évolutive, respectivement dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (cf. ch. IV.7 et IV.8, pp. 63 ss du rapport d'expertise).

Certes, l'opportunité de placer le diagnostic de fibromyalgie dans les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail peut se discuter, puisque l'expert a ensuite exposé que la recourante ne pouvait plus exercer son activité de monitrice auxiliaire en raison des douleurs liées à cette atteinte. Cependant, il a également indiqué que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, lesquelles tiennent compte notamment des douleurs liées à la fibromyalgie. En d'autres termes, il n'y a pas de vice rédhibitoire à ce niveau de l'expertise. Il apparaît en outre que la liste des limitations fonctionnelles fait écho aux plaintes émises par la recourante et s'avère cohérente avec la description que cette dernière a donnée de sa vie

quotidienne, à savoir qu'elle peut préparer ses repas elle-même, se déplacer, marcher, nager et effectuer les tâches ménagères légères. Les griefs soulevés par la recourante à propos de cette expertise ont été soumis au SMR lors de la procédure d'audition. Celui-ci a relevé notamment, dans son avis du 6 septembre 2021, que les plaintes de l'assurées avaient été recueillies et soigneusement consignées dans les différents volets spécialisés, puis résumées dans la partie interdisciplinaire, et que les conclusions diagnostiques et médico-assurantielles de l'expert rhumatologue en tenaient compte, ainsi que de l'ensemble des éléments cliniques. Il convient ainsi de constater que l'expertise rhumatologique répond à tous les critères posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit accordée.

Il en va de même des deux autres volets spécialisés et de l'évaluation interdisciplinaire. S'agissant des critiques à l'encontre du volet psychiatrique, émises au stade du recours seulement, elles visent principalement à remettre en cause les diagnostics posés par l'expert psychiatre et son évaluation de la capacité de travail. Or, contrairement à ce que la recourante semble alléguer, l'expert psychiatre a établi, selon le même schéma que son confrère rhumatologue, une anamnèse complète comprenant les indications fournies spontanément par l'expertisée puis un entretien approfondi portant sur ses troubles actuels ainsi que leur apparition et leur évolution, son parcours de vie, sa situation sociale, le déroulement d'une journée-type, ses loisirs, l'entretien de son foyer et les traitements suivis (cf. ch. III.3.b, pp. 34 ss du rapport d'expertise). Au cours de l'examen clinique, il a établi un status et a sollicité des analyses de laboratoire (cf. ch. III.4, pp. 39 ss du rapport d'expertise). Il a ensuite posé ses diagnostics en précisant sur quels éléments il se fondait et en les confrontant avec les autres évaluations figurant au dossier (cf. ch. III.6.a.4, pp. 40 ss du rapport d'expertise), puis a déterminé la capacité de travail en analysant les ressources et difficultés rencontrées par la recourante. Il convient ainsi de constater que ce volet de l'expertise répond entièrement aux réquisits de la jurisprudence et jouit dès lors d'une pleine valeur probante.

d) Sur le plan rhumatologique, la recourante oppose aux conclusions de l'expert en rhumatologie, celles du Prof. K._____ et des Drs F._____ et J._____. Il sied en premier lieu de constater que le rapport du Dr J._____ du 15 septembre 2021 fait seulement état d'incapacités de travail transitoires après les interventions sur les pouces en octobre 2018 et février 2021, soit quatre semaines post-opératoires. L'expert a tenu compte des atteintes aux deux pouces, constatant qu'ils avaient été opérés, que les cicatrices étaient calmes et la situation stabilisée actuellement et que la recourante n'émettait pas de plainte à ce sujet (cf. ch. IV.4.c.1, p. 60 du rapport). Quant au second rapport du Dr J._____, établi le 14 décembre 2021, il fait état d'une suspicion de CRPS apparue quatre semaines après une intervention chirurgicale sur le majeur droit le 22 septembre 2021, ce qui ne peut remettre en cause les conclusions de l'expertise de juin 2021. Par ailleurs, l'existence de « signes » de CRPS quatre semaines après cette intervention ne permet pas de retenir une aggravation durable de l'état de santé survenue entre l'expertise et la décision litigieuse, rendue en novembre 2021. En cas de confirmation du diagnostic et d'incidence durable sur la capacité de travail, une nouvelle demande pourra être déposée.

S'agissant ensuite des conclusions du Prof. K._____, il apparaît que l'appréciation de la capacité de travail faite par ce spécialiste dans son rapport du 14 mai 2019 renvoie presque exclusivement à celle du psychiatre traitant. Il a indiqué qu'il n'avait attesté lui-même d'aucune incapacité de travail et qu'il lui était difficile d'émettre un pronostic sur la capacité de travail en évoquant la problématique du stress. Il a en outre mentionné, au sujet du potentiel de réadaptation, qu'il était difficile de répondre et a noté : « a priori oui du point de vue physique, non du point de vue psychique ». Il ne s'est ainsi pas clairement prononcé sur les capacités de sa patiente du point de vue de sa spécialisation. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles dont il fait état (déconditionnement, port de charges, marche [max 10 min] et stations statiques prolongées) recourent largement celles déterminées par l'expert, de même que ses remarques sur l'accomplissement des tâches ménagère (« fait une partie du ménage, prépare les repas, aidé par ses enfants pour lessive et achats). Puis, dans

son rapport du 20 mai 2019, le Prof. K. _____ a fait état d'une évolution globalement favorable de la situation de la recourante à l'issue de sa prise en charge rééducative. Ainsi, il n'apparaît pas, dans les écrits de ce spécialiste, d'élément objectif d'ordre médical allant à l'encontre des conclusions de l'expertise. Pour être complet, il y a lieu de relever que la Dre X. _____, qui a examiné la recourante en septembre 2019, ne s'est pas exprimée sur la capacité de travail, mais a déterminé des limitations fonctionnelles qui se recoupent largement avec les conclusions de l'expert (port de charges lourdes ou de charges légères de manière répétée, travaux en flexion, extension, rotation et inclinaison du tronc, alternance des positions assise et debout, marche sur de longues distances). Enfin, consulté en janvier 2019 pour une éventuelle indication opératoire, le Dr L. _____ ne s'est pas exprimé sur ces questions.

Ainsi, sur le plan somatique, seul le Dr F. _____ a écrit, dans son rapport du 30 septembre 2021, que les atteintes somatiques justifieraient une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Son évaluation n'est toutefois pas étayée par des éléments médicaux objectifs. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles d'ordre somatique qu'il a décrites se recoupent avec celles déterminées par l'expert en rhumatologie. Par conséquent, il faut constater, avec le SMR (cf. avis du 2 novembre 2021), que le Dr F. _____ n'a pas apporté d'élément susceptible de remettre en question les conclusions de l'expert rhumatologue.

e) Sur le plan psychiatrique, comme déjà relevé, la recourante critique les diagnostics posés par l'expert de B. _____ ainsi que son évaluation de la capacité de travail. Elle s'appuie principalement sur l'expertise de P. _____, où le diagnostic d'état dépressif moyen était retenu. Or l'expert de B. _____ a expliqué, tant les motifs pour lesquels il retenait le diagnostic de dysthymie, que les éléments qui l'amenaient à écarter celui d'état dépressif moyen. La dysthymie avait également été mentionnée par le Dr O. _____, consulté par l'assurée entre 2017 et 2019 (cf. rapports des 26 juin 2017 et 29 mars 2019), et précédemment par la Dre A. _____, lors de l'évaluation du SMR de juin 2014. Par ailleurs,

la Dre C._____, psychiatre qui suivait la recourante depuis 2011, ne retenait aucun de ces deux diagnostics en mai 2013, au même titre que la Dre S._____, consultée depuis novembre 2021 après une année d'interruption de suivi, dans son rapport du 14 février 2022. Outre le fait que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). En l'occurrence, comme déjà exposé, les conclusions de l'expertise de P._____ ne peuvent être retenues en raison de lacunes et incohérences, présentes notamment dans le volet psychiatrique en ce qui concerne la définition des limitations fonctionnelles de la recourante et l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée auxdites limitations fonctionnelles. Quant aux rapports des différents psychiatres traitants successivement consultés par la recourante, aucune évaluation des ressources et difficultés de la recourante n'y figure. Il en va de même des rapports établis par son médecin généraliste. Ces pièces médicales sont par conséquent insuffisantes pour remettre en cause les conclusions étayées de l'expert psychiatre de B._____.

f) Ainsi, l'intimé était fondé à suivre les conclusions des experts de B._____ et à constater que la recourante présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis mars 2018, mais qu'elle conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles induites par son état de santé. Ce constat a pour corollaire qu'une aggravation par rapport à la dernière décision est rendue vraisemblable et justifie un nouvel examen du degré d'invalidité.

7. Dans un premier moyen, la recourante remet en question l'exigibilité de l'activité adaptée telle que définie par l'intimé.

a) On applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour

atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références citées). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 ; TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2).

S'agissant de l'âge, la jurisprudence tient compte de l'âge de l'assuré au moment où l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée a été constatée (ATF 143 V 431 consid. 4.5.1 ; 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_839/2017 du 24 avril 2017 consid. 6.2). Elle reconnaît en général qu'à partir de 60 ans, il convient de se poser la question de savoir si, compte tenu des autres circonstances du cas particulier, il existe encore une possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur le marché concret (cf. TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 ; 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et 4.4) ; avant cet âge, il n'y a pas lieu de considérer qu'il existe des difficultés de réinsertion sur le marché du travail du seul fait de l'âge (cf. TF 9C_839/2017 du 24 avril 2017 consid. 6.2 ; 9C_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2 ; TF 9C_355/2011 du 8 novembre 2011 consid. 4.4 ; 9C_578/2009 du 20 décembre 2009 consid. 4.3.2). Dans tous les cas, le caractère inexploitable de la capacité de travail résiduelle ne sera admis que lorsque l'activité raisonnablement exigible n'est possible que sous une forme si limitée que le marché du travail équilibré ne la connaît pratiquement pas

ou qu'elle ne serait possible qu'au prix d'une concession irréaliste de la part d'un employeur moyen et que la recherche d'un emploi correspondant apparaît donc d'emblée comme exclue (TF 9C_366/2021 du 3 janvier 2022 consid. 4.2 ; 9C_644/2019 du 20 janvier 2020 consid. 4.2 et les références citées). En effet, le marché du travail équilibré est une notion théorique, qui présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre, d'une part, et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques), d'autre part (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3).

b) En l'occurrence, compte tenu de la capacité de travail complète dans une activité adaptée à l'état de santé qui est reconnu à la recourante alors que son ancienne activité n'est plus exigible, un changement de profession est justifié.

En juin 2021, la recourante était âgée de 56 ans, âge qui ne constitue pas en soi un obstacle à toute réinsertion. Contrairement à ce qu'elle allègue, il n'a pas été constaté de limitations fonctionnelles d'ordre psychique, singulièrement de difficultés d'adaptation et de concentration. Les limitations fonctionnelles retenues sont d'ordre purement rhumatologique et peuvent être qualifiées de modérées, en ce qu'elles permettent l'accomplissement de toutes sortes de travaux légers. Dans sa fiche de calcul du 23 juin 2021, l'intimé a mentionné les possibilités existant dans le domaine industriel léger, tels que montage ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ainsi qu'ouvrière dans le conditionnement. Comme l'a rappelé le Tribunal fédéral en maintes occasions (cf. notamment TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les nombreuses références citées), il en existe encore bien d'autres, qui concernent de nombreux domaines. Au surplus, de telles activités ne requièrent pas de formation particulière et sont donc accessibles à une personne qui, comme la recourante, dispose d'un niveau scolaire post-obligatoire et a déjà exercé dans différents domaines d'activité. Dans ce contexte, la baisse de possibilités d'emploi en raison de la crise sanitaire,

pour autant que cette problématique existe encore, ne saurait être retenue puisqu'elle n'est pas due à l'état de santé de la recourante mais à des facteurs extérieurs.

Ainsi, il apparaît que l'on peut exiger de la recourante qu'elle opte pour une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

8. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA ; cf. consid. 3b ci-dessus).

a) 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).

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité 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 (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

b) Pour fixer le revenu d'invalidité d'une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe 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).

c) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

En effet, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui ne doit être revue que s'il a été exercé de manière contraire au droit, relevant de l'excès positif ou négatif de ce pouvoir d'appréciation ou d'un abus de celui-ci, notamment si des critères inappropriés ont été retenus, si des circonstances pertinentes n'ont pas été prises en compte, si un examen complet des circonstances n'a pas été fait ou s'il n'a pas été fait usage de critères objectifs (TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1).

La jurisprudence considère cependant que, dans l'ESS, le niveau de qualification correspondant aux activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. En conséquence, il s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, de sorte que ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que les intéressés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides (cf. TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et les références citées ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3). Par ailleurs, est seule déterminante la question de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui. Il n'y a pas lieu d'examiner si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à

l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3).

c) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2).

9. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les données de l'ESS 2018, TA1_skill_level, niveau de compétence 1, tant pour le revenu avec que sans invalidité. Il a motivé ce choix par le fait que la recourante n'avait plus d'activité lucrative depuis plusieurs années et qu'elle avait exercé auparavant les activités de caissière et d'auxiliaire dans une garderie d'enfants. La recourante ne conteste pas le recours à cette statistique pour les deux bases du calcul. Elle critique en revanche l'abattement de 10 % pour déterminer le revenu avec invalidité et allègue que sa situation personnelle, notamment son âge et l'importance de ses limitations fonctionnelles, justifient un abattement d'au moins 15 à 20 %.

Cela étant, il convient en premier lieu de relever que l'intimé a établi correctement les revenus avec et sans invalidité, en retenant le revenu mensuel moyen applicable au niveau de compétence 1 correspondant aux tâches physiques ou manuelles simples, pour les femmes, tous secteurs confondus, de l'ESS 2018, en l'indexant à 2019 et l'adaptant à la durée moyenne du travail en Suisse de 41.7 heures par semaine en 2019. S'agissant de l'abattement, il faut rappeler que le type d'activité visé par le tableau TA1_skill_level de l'ESS sont des activités généralement compatibles avec des limitations fonctionnelles légères. Dans ce contexte, seules les limitations fonctionnelles dépassant ce qui est compatible avec ces activités peut justifier un abattement supplémentaire, en l'occurrence les limitations liées à l'épargne du rachis et des épaules. Quant à l'âge de la recourante, à savoir 57 ans au moment

de la décision, il peut également justifier un abattement, compte tenu de la durée prévisible des rapports de travail avant l'âge légal de la retraite. Pour le surplus, il ne ressort pas d'autre élément susceptible d'influer négativement sur les perspectives salariales de la recourante pour les activités adaptées existantes. Dès lors, en procédant à un abattement de 10 %, l'intimé a suffisamment tenu compte de la situation personnelle de la recourante, de sorte que son calcul du degré d'invalidité peut être validé.

Le degré d'invalidité, qui équivaut donc au taux d'abattement de 10 %, est insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, étant au surplus relevé qu'aucun droit à une rente ne serait ouvert même en appliquant l'abattement maximum admissible de 25 %.

10. La recourante invoque par ailleurs une violation de la jurisprudence relative à l'octroi préalable de mesures de réadaptation, citant à cet égard l'arrêt TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5.

a) 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).

Il arrive que l'octroi préalable de mesures de réadaptation constitue une condition *sine qua non*, d'un point de vue professionnel, à la valorisation économique de la capacité de travail (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). La jurisprudence considère ainsi qu'il existe

des situations dans lesquelles, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, y compris dans le cadre d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps (ATF 145 V 209), l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C_707/2018 du 26 mars 2019 et les références citées ; TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références citées ; TF 9C_800/2014 du 31 janvier 2015 ; TF 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références citées).

b) L'arrêt dont se prévaut la recourante s'inscrit dans la jurisprudence précitée. Si elle vise effectivement des assurés âgés, comme la recourante, de plus de 55 ans, cette jurisprudence n'est toutefois applicable que dans l'hypothèse où la personne concernée a bénéficié d'une rente d'invalidité et que la suppression ou la réduction de cette rente est envisagée lors d'une révision ou d'une reconsidération. Or tel n'est pas le cas de la recourante, qui se voit au contraire reconnaître par la décision litigieuse une capacité de travail limitée après une période pendant laquelle elle n'a pas travaillé alors qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail. Elle ne peut dès lors pas se prévaloir d'un droit à des mesures de réadaptations du seul fait qu'elle est âgée de plus de 55 ans.

11. A titre de mesure d’instruction, la recourante a requis dans son mémoire de recours la mise en œuvre d’une expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire, d’une expertise/enquête destinée à déterminer ses capacités de travail dans une activité adaptée et de gain au regard du marché du travail actuel, ainsi qu’un examen visant à évaluer la possibilité de mettre en place des mesures de réadaptation. Elle a complété ses réquisitions dans ses déterminations du 25 février 2022 en sollicitant l’audition de témoins.

A cet égard, et comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à mettre en œuvre de telles mesures d’instructions. Par conséquent, il n’y a pas lieu de donner suite aux requêtes de la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l’instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d’une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu’elles ne pourraient pas l’amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d’être entendu selon l’art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l’arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

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

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

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).

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Darbellay peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office.

Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Me Darbellay a produit sa liste des opérations le 28 mars 2022, laquelle fait état d'un total de 23,35 heures de travail fourni. Seules les prestations nécessaires à l'assistance de la recourante peuvent être admises. Or certaines prestations résultant de la liste des opérations paraissent excessives. Tel est le cas des douze courriers et courriels adressés à la recourante sur une période de cinq mois, auxquels s'ajoutent quatre appels téléphoniques ; ces opérations totalisent 3,54 heures, auxquelles s'ajoutent les durées comptabilisées pour l'étude du dossier, la rédaction du recours et la préparation du bordereau, par 14 heures. D'une manière générale, l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige, ce d'autant plus que Me Darbellay est intervenu au stade de la procédure administrative déjà. En définitive, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 14 heures, auxquelles doit être appliqué un tarif horaire de 180 francs. S'y ajoute le forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours (art. 3bis al. 1 RAJ). Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Darbellay est arrêté à 2'849 fr. 75, débours et TVA compris.

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

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 9 novembre 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité de Me Maxime Darbellay, conseil d'office de M._____, est arrêtée à 2'849 fr. 75 (deux mille huit cent quarante-neuf francs et septante-cinq centimes), débours et TVA compris.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Maxime Darbellay (pour M._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :