

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mars 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Oulevey, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Me Jeanne-Marie Monney,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 61 LPGA et 28 LAI

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le [...] 197[...] en [...]. Elle est arrivée en Suisse au mois de septembre 2013.

Le 27 septembre 2016, l'assurée 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 indiquait souffrir de dysplasie des hanches depuis la naissance.

Par rapport du 28 février 2017, les Dres P._____ et B._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante au Centre KW._____ ont retenu en tant que diagnostic une dysplasie congénitale des hanches depuis la naissance avec une arthrose secondaire. La patiente présentait une aggravation progressive de ses douleurs aux hanches depuis l'âge de trente ans. Une boiterie à la marche et la limitation de la mobilité des hanches étaient constatées. L'assurée avait des douleurs en position assise et debout prolongée. Les activités en différentes positions et la rotation en position assise et debout étaient limitées à trois heures par jour. On ne pouvait s'attendre à une potentielle évolution favorable de la maladie, celle-ci étant chronique et dégénérative, ni à la reprise d'une activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Par ailleurs, la pose d'une prothèse n'était pour l'instant pas envisageable en raison du jeune âge de l'assurée.

L'assurée a été vue au Centre KW._____ du 21 au 27 mars 2017 en consultation de psychiatrie de liaison. Le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et la Dre V._____, cheffe de clinique adjointe, ont retenu un diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques.

Dans un formulaire de détermination du statut rempli le 6 mars 2018, l'assurée a indiqué qu'elle exercerait une activité à 50 % si

elle n'était pas atteinte dans sa santé. Depuis sa majorité, elle avait été active notamment comme auxiliaire de santé.

Par projet de décision du 9 octobre 2018, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il comptait rejeter sa demande de prestations. En l'espèce, une capacité de travail de 100% pouvait raisonnablement être exigée dans une activité adaptée à son état de santé. L'office retenait un degré d'invalidité de 5%, insuffisant afin d'obtenir des prestations de l'assurance-invalidité.

Le 9 novembre 2018, par l'intermédiaire de son avocat, Me Zoubair Toumia, Q._____ s'est opposée à ce projet de décision, s'estimant incapable d'exercer la moindre activité professionnelle.

Par rapport du 12 février 2019, le Dr R._____, chef de clinique, et la Dre X._____, médecin assistante au Centre KW._____, ont retenu les diagnostics de dysplasie congénitale des hanches de stade 2 avec coxarthrose bilatérale sévère avec arthrose secondaire, un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques ni carence martiale, une hypovitaminose D ainsi qu'un déficit statural. La capacité de travail était nulle. Concernant les limitations fonctionnelles, à cause de fortes douleurs au niveau des hanches et du bassin des deux côtés, l'assurée marchait avec des petits pas et présentait une déficience des moyens fessiers des deux côtés. Il lui était ainsi impossible de marcher au-delà de distances très courtes, de monter ou descendre les escaliers, de rester un certain temps dans une position fixe, de porter des charges et de faire des mouvements répétitifs. Les Drs R._____ et X._____ retenaient ainsi que ces limitations fonctionnelles, dues aux fortes douleurs chroniques, empêchaient toute réadaptation.

Le 12 avril 2019, l'assurée a bénéficié de la pose d'une prothèse de la hanche gauche. L'évolution était décrite comme favorable (rapport du 29 avril 2019 du Dr E._____, spécialiste en orthopédie). Le 4 juillet 2019, une arthroplastie totale de la hanche droite a été pratiquée.

Par rapport du 13 février 2020, la Dre C._____, spécialiste en neurologie et médecin associée au Centre KW._____, et la Dre W._____, médecin assistante, ont retenu le diagnostic de plexopathie lombaire droite per-opératoire. Ces médecins rappelaient qu'à la suite de l'arthroplastie de la hanche droite en juillet 2019, l'assurée avait développé un déficit moteur du membre inférieur droit. Leurs conclusions se présentaient comme suit :

« La présence d'anomalies des nerf péronier et saphène, en association avec des anomalies à la myographie au niveau du quadriceps droit, parlent en faveur d'une atteinte plexique lombaire plutôt que lombo-sacrée en raison de la conservation de la réponse sensitivomotrice des nerf sural et tibial. Nous avons revu l'IRM au colloque de neuroradiologie et il été recommandé de compléter l'examen avec des acquisitions plus caudales à la, recherche d'une lésion nerveuse. Une nouvelle IRM est donc prévue le 13.02.2019 [recte : 2020]. Nous reverrons la patiente le 04.03.2020 pour la restitution des résultats. Sur le plan thérapeutique, afin de soulager les douleurs, nous vous proposons d'augmenter le traitement par gabapentine jusqu'à 600 mg, 3 x par jour, par paliers de 100 mg par prise médicamenteuse, par semaine. En cas d'efficacité insuffisante, nous proposons d'essayer un traitement par Cymbalta 30 mg puis 60 mg par jour. »

Les Dres C._____ et W._____ ont constaté, dans un rapport du 25 mars 2020, la persistance du déficit moteur sévère de l'extension et l'éversion du pied droit, nécessitant l'utilisation d'une attelle pour la marche, ainsi qu'un syndrome algique. Elles n'avaient pas d'explication claire concernant cette atteinte en l'absence d'une lésion objectivée à l'IRM, malgré le lien temporel avec une chirurgie de la hanche.

Au 1^{er} août 2020, l'évolution post-opératoire était stable et même plutôt favorable avec un début de flexion des orteils, ce qui n'était pas le cas précédemment. L'assurée ressentait pourtant toujours de fortes douleurs à droite (rapport du 1^{er} août 2020 du Dr E._____).

Par communication du 11 septembre 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée des chaussures orthopédiques sur mesures.

Par rapport du 3 novembre 2020, le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de modification

durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62), de douleurs chroniques post-chirurgicales neuropathiques du membre inférieur droit secondaires à une plexopathie lombaire, de coxarthrose droite et de suspicion de lésions du plexus lombaire post-opératoires avec un déficit de dorsiflexion du pied droit. Une activité professionnelle n'était pas envisageable en raison d'une grande fragilité psychique avec des douleurs chroniques handicapantes. Si une réinsertion professionnelle n'était pas possible en l'état, une activité bénévole adaptée sur quelques heures par semaine afin d'aider la patiente à se sentir utile et augmenter l'estime de soi pouvait être envisagée. Le pronostic restait en l'état défavorable.

Le 16 novembre 2020, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que, devant la nécessité d'obtenir une évaluation objective de la situation, il apparaissait opportun de requérir une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, neurologique, psychiatrique et en médecine interne).

À la suite d'une biopsie mammaire du sein droit effectuée le 5 janvier 2021 par le Dr S. _____ du Centre d'imagerie du [...], le diagnostic de carcinome invasif NST (non-spécial) du QSE du sein droit de grade 2, hormonosensible, HER2 négatif a été posé. Le 19 janvier 2021, elle a subi une tumorectomie du sein droit avec recherche du ganglion sentinelle droit (rapport de consultation oncologique du 11 février 2021).

Par rapport du 24 février 2021, la Dre T. _____, cheffe de clinique au Centre KW. _____, a proposé un traitement antihormonal seul par Tamoxifène® à raison de vingt milligrammes par jour. Le traitement d'hormonothérapie serait administré pour une durée de cinq ans si la tolérance le permet et sous réserve des nouvelles recommandations à paraître. Concernant cette indication thérapeutique, la spécialiste a fait état des éléments suivants :

« Les éventuels effets adverses du traitement de Tamoxifène ont été discuté avec la patiente et comprennent entre autres des bouffées de chaleur, troubles digestifs souvent transitoires, modifications

pondérales, sécheresse ou pertes vaginales, baisse de libido, risque augmenté d'événements thrombo-emboliques et dans de rares cas une néoplasie utérine. Une contraception non-hormonale efficace est indispensable durant toute la durée des traitements oncologiques. Le Tamoxifène augmente également le risque d'ostéoporose et de fracture chez les femmes non ménopausées, raison pour laquelle une densitométrie osseuse de baseline sera organisée, et répétée tous les 2 ans pendant toute la durée du traitement. Une substitution vitaminocalcique est également instaurée et sera poursuivie tout au long du traitement. »

Par rapport du 24 août 2021, le Dr K._____, médecin assistant au Centre KW._____, a indiqué que l'assurée avait suivi une radiothérapie locale entre le 24 février et le 30 mars 2021 et signalé l'arrêt du traitement par Tamoxifène® en raison de douleurs articulaires. Ce traitement a été repris le 13 août 2021.

Concernant l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire, le mandat d'expertise a été confié à AD._____, soit aux Drs L._____, concernant la médecine interne générale, G._____, pour le volet neurologique, M._____, concernant la chirurgie orthopédique et la traumatologie et I._____ pour le volet psychiatrique. Ces experts ont communiqué leur rapport le 14 mars 2022, retenant les diagnostics incapacitants suivants :

- status post PTH des deux côtés, mise en place à gauche le 12 avril 2019 et à droite le 15 juillet 2019, sur coxarthrose bilatérale liée à une dysplasie congénitale des deux hanches,
- carcinome invasif du sein droit NST, de grade 2 classé pT1c (1-2cm) pNO (sn) (0/3) CMO, traité par tumorectomie et ablation du ganglion sentinelle et radiothérapie en janvier 2021 à mars 2021.

La dysthymie, l'axonotmèse du nerf sciatique poplité externe droit au col du péroné régressive dans les suites d'une pose de prothèse de hanche en 2019, la rachialgie en lien avec un important déconditionnement, le déconditionnement physique avec IM normal à 24,6 kilos/m² et l'asthme allergique avec une crise unique aiguë en 2017

demeuraient sans incidence sur la capacité de travail. Il n'y avait d'ailleurs aucune activité habituelle, l'assurée n'ayant jamais exercé d'activité lucrative en Suisse. Ainsi, la capacité de travail dans une activité adaptée avait toujours été entière, excepté du point de vue orthopédique entre le mois d'avril 2019 et le mois d'août 2020, où elle avait été nulle en raison de la pose des prothèses de hanches, et, du point de vue de la médecine interne, du 5 janvier 2021 au 31 mars 2021, où elle avait été nulle en raison du traitement oncologique. Les experts ont fait savoir que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} avril 2021, puis de 100 % dès le 14 août 2021. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : activité principalement assise avec des alternances de positions libres, pas de flexion antérieure du rachis, pas de travail à genoux, pas d'escalier, pas d'échelle, pas d'échafaudage, pas d'engin vibrant ainsi qu'un port de charge limité à dix kilos. A l'occasion de l'évaluation médicale interdisciplinaire, les experts ont, d'un point de vue psychiatrique tout d'abord, retenu ce qui suit :

« L'anamnèse, l'examen clinique et le descriptif de la journée type retrouvent des troubles chroniques de l'humeur de sévérité légère dont la durée et la sévérité ne permettent pas de justifier un diagnostic d'épisode dépressif. Ces troubles varient en fonction des circonstances et du contexte social et des problèmes de santé physique. La personne assurée reste capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Elle garde du plaisir à vouloir sortir, à passer plusieurs heures sur YouTube à écouter de la musique romantique et d'amour. Le diagnostic de dysthymie est donc retenu. Ce diagnostic n'entraîne pas d'impact sur la capacité de travail. La personne assurée ne montre pas de détresse quand elle évoque ses douleurs qu'elle ne décrit pas comme constantes, ni comme intenses. Les douleurs qu'elle décrit sont expliquées par ses problématiques somatiques, les critères de définition d'un syndrome douloureux somatoformes persistant ne sont donc pas rassemblés. Par ailleurs, la personne assurée ne rapporte pas d'exposition à un évènement stressant, exceptionnellement menaçant ou catastrophique dont elle aurait été témoin elle-même. Elle rapporte une pression liée à l'état de guerre, mais ne décrit aucun acteur proche qui en aurait été directement victime. Elle mentionne une série d'évènements psycho-sociaux dont l'importance ne peut être qualifiée d'évènement traumatique à savoir le refus de lui délivrer un permis de séjour en 2015 et les craintes de l'expulsion qui auraient impacté son moral, les inquiétudes par rapport aux risques de la traversée par bateau pour quitter la Syrie et cite l'échec de sa 2^{ème} intervention sur sa hanche et la découverte de son cancer comme facteur aggravant. Elle ne rapporte pas de symptôme en faveur d'un état de stress traumatique ni cauchemar ni flashback, ni comportement d'évitement de situation qui aurait pu déclencher des

attaques de panique, la personne assurée se déplaçant seule dans les transports publics, faisant les courses, s'occupant des tâches ménagères, de l'administratif, de sa mère et du sien, s'adonnant à de nombreuses activités de distractions sur Internet et à l'écoute de la musique. Les critères d'un état de stress post traumatique ne sont donc pas retrouvés. Au total, en-dehors d'une dysthymie non incapacitante, il n'a pas été retrouvé de pathologie psychiatrique caractérisée. »

Puis, concernant les autres domaines investigués :

« Du point de vue **neurologique**, la personne assurée signale venir d'une famille dans laquelle la consanguinité est la règle. C'est ainsi que ses parents semblent être des cousins du 1^{er} degré. Elle présente un nanisme (taille adulte de 127 cm) et souffre d'une dysplasie des hanches congénitale. Il y aurait dans sa famille un nombre élevé de personnes souffrant de nanisme, notamment, 2 de ses frères ont comme elle une petite taille et ont dû être opérés précocement d'une dysplasie des hanches.

Elle a bénéficié de 2 opérations de prothèse de hanche, la 1^{ère} en avril 2019 à gauche sans complication et la 2^{ème} en juillet 2019 dont il a résulté des troubles neurologiques du membre inférieur droit présents dès le réveil. Les rapports médicaux décrivent une suspicion d'atteinte du plexus lombaire. Les examens radiologiques effectués à ce niveau n'ont pas permis de montrer d'anomalie morphologique ou inflammatoire.

L'examen ENMG du 08.08.2019, disponible dans le rapport neurologique du 23.09.2019 de la Dresse C. _____, a démontré une perte d'amplitude de la réponse motrice par stimulation du nerf sciatique poplité externe droit sans atteinte de la réponse motrice en amplitude et en vitesse du nerf tibial postérieur droit et dont la réponse F (qui interroge l'entièreté du trajet des fibres motrices depuis le motoneurone) est normale. L'examen myographique du jambier antérieur (dépendant du SPE) et d'un muscle du mollet (dépendant du SPI) n'a pas démontré d'activité de dénervation ni de recrutement lors d'une demande d'effort.

Cet examen a eu lieu un peu plus de 1 mois après l'intervention chirurgicale, délai suffisant pour que les activités de dénervation soient présentes.

Si l'hypothèse était une lésion plexuelle lombo-sacrée ou du tronc du sciatique peropératoire, les 2 territoires nerveux auraient présenté des signes clairs de lésion axonale et la réponse F aurait probablement été pathologique.

Le diagnostic le plus probable est celui de lésion axonale modérée du sciatique poplité externe droit, la vitesse de conduction qui dépend de l'intégrité du tronc nerveux étant normale mais l'amplitude du potentiel moteur qui reflète le nombre de cellules musculaires qui se contractent est proportionnel au nombre d'axones fonctionnels.

Un examen de contrôle ENMG a été effectué le 09.01.2020 dont les résultats sont : pas de conduction nerveuse pour le nerf péronier droit, bloc de conduction au niveau du col du péroné, pas de potentiel sensitif du péronier superficiel droit et amplitude réduite du potentiel sensitif du nerf saphène interne droit (perte de 50% par rapport au même nerf controlatéral), paramètres sensitif du nerf péronier superficiel gauche et du nerf sural droit conservés (donc

pas d'argument pour une polyneuropathie). Sur le plan myographique, signes de réinnervation chronique très ancienne du droit antérieur du quadriceps droit (vastus medialis) sans signe de dénervation.

En conclusion, ces 2 ENMG ne décrivent pas une atteinte plexuelle mais au contraire une atteinte tronculaire au niveau du genou droit touchant le sciatique poplité externe, éventuellement également le saphène et démontrant qu'il y a eu une souffrance ancienne actuellement en fin d'évolution dans le droit antérieur du quadriceps droit, avec des critères myographique parlant pour une lésions ancienne de date inclassable mais pas pour une lésion ayant eu lieu en avril 2019 et mesurée en janvier 2020. En cela, ces 2 examens rejoignent l'absence d'anomalie radiologique du plexus qu'il soit lombaire ou sacré.

Le nerf sciatique poplité externe est dans une position fragile au niveau de son passage entre le creux poplité et la jambe particulièrement dans le col du péroné où il est juste situé sous la peau, sans protection et où il suffit d'une pression continue au niveau du col par exemple par la literie en cas de manque de mouvements notamment si le membre inférieur est en rotation externe et que la personne assurée reçoit une sédation.

Au moment de cette expertise, la situation s'est fortement améliorée : il est décrit que la personne assurée a dû utiliser, durant l'année 2019, une attelle dont elle n'avait plus l'utilité lors de l'examen. S'il persiste une légère parésie d'extension du pied droit et dans une moindre mesure du groupe péronier latéral, la situation est clairement en amélioration. Il peut donc être retenu comme la plus haute probabilité, l'existence d'une axonotmèse du nerf sciatique poplité externe droit sur une compression au niveau du col du péroné dans les suites de l'intervention. Il est probable que l'amélioration continuera jusqu'à la disparition de tout déficit.

Cette atteinte n'est pas incapacitante et ne nécessite pas la définition de limitation fonctionnelle.

Quant aux plaintes concernant le membre supérieur droit, elles n'ont pas de corrélation clinique. »

Du point de vue **orthopédique**, l'examen du jour retrouve un status post mise en place de PTH bilatérale en 2019. La mobilité est limitée mais il est noté une amélioration par rapport aux mesures présentes dans le dossier médical. La personne assurée a pensé qu'en mettant en place des prothèses de hanches, elle marcherait comme tout le monde, sans difficulté. Elle déclare qu'il ne lui a pas été dit qu'elle aurait encore des restrictions après la mise en place des prothèses. Il est également noté des rachialgies liées à un important déconditionnement musculaire et à un manque de musculature précédant la mise en place des prothèses de hanches. L'examen des membres supérieurs est sans particularité.

Du point de vue de la **médecine interne**, l'examen clinique de ce jour retrouve un déconditionnement physique associé à un IMC normal à 24,6 kg/m². Le reste de l'examen clinique est sans particularité. L'examen digestif ne retrouve ni masse ni hépatomégalie ni contracture ou défense ; l'examen clinique cardiopulmonaire est dans les normes ; s'agissant de l'asthme allergique actuellement sans traitement, le diagnostic n'est pas retrouvé dans le dossier reçu, il est proposé un examen par un allergologue. La cicatrice du sein droit est calme, un peu chaude, inflammatoire en

regard, sans érythème. Le bilan biologique du Dr [...] daté du 10.03.2021 ne montre pas d'atteinte à la santé incapacitante. L'échelle ECOG présente un score à 0/5 montrant que la personne assurée est capable d'effectuer les tâches prémorbides en respectant le profil d'effort. En conclusion, du point de vue de la médecine interne, la personne assurée présente un status post cancer du sein droit et de l'asthme allergique qui influence le profil d'effort.

Concernant les ressources mobilisables enfin, les experts ont relevé que l'assurée avait été capable de s'adapter à un long parcours migratoire et d'affronter un climat de guerre. Elle disposait en outre d'un bon niveau de raisonnement et de jugement, d'un bon niveau d'instruction et s'occupait de toutes les tâches ménagères à sa portée. Elle avait en outre suffisamment de ressources pour avoir fait face à plusieurs opérations chirurgicales. L'assurée gardait la capacité d'avoir des activités de plaisir à travers l'écoute de la musique et l'intérêt porté à de nombreux sujets sur internet. Elle disposait également de ressources externes (mère, frères et sœurs).

Par avis médical du 25 mars 2022, le SMR a estimé n'avoir aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du AD. _____, dite expertise prenant en compte les doléances de l'assurée, l'ensemble des pièces médicales et faisait l'analyse des ressources mobilisables.

Par projet de décision du 29 mars 2022, annulant et remplaçant celui du 9 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait rejeter sa demande de prestations. En effet, une capacité de travail dans une activité adaptée était toujours possible à 100% en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité principalement assise avec des alternances de positions libres, pas de flexion antérieure du rachis, pas de travail à genoux, pas d'escalier, pas d'échelle, pas d'échafaudage, pas d'engin vibrant, un port de charges limité à dix kilos et pas de port de charges lourdes supérieures à deux kilos et demi au niveau du bras droit. Son degré d'invalidité s'élevait à 5%, insuffisant afin de se voir allouer une rente d'invalidité. Par ailleurs, l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale du 12 avril 2019 au 1^{er} août 2020, puis en raison d'une nouvelle atteinte à la santé, une incapacité de travail du 5

janvier 2021 au 31 août 2021. La durée de ces incapacités de travail étant inférieure à une année, le droit à la rente n'était pas ouvert.

Le 14 juin 2022, l'assurée, désormais représentée par PROCAP, a déposé ses objections à l'endroit du projet de décision du 29 mars 2022, concluant à son annulation. L'assurée contestait en substance la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire. Elle a également produit un rapport du 31 mars 2022 établi par le Prof. N._____, chef de Service de médecine génétique et la Dre Y._____, cheffe de clinique adjointe, qui soupçonnaient fortement chez la patiente la présence d'une dysplasie osseuse d'étiologie génétique.

Sollicité par Procap, le Dr Z._____, médecin assistant au Centre KW._____, a également pris position le 20 juillet 2022 en ces termes :

« 1. Évolution de l'état de santé de l'assurée depuis votre suivi et depuis août 2021

La patiente est toujours sous traitement de tamoxifène qu'elle tolère moyennement avec des légères douleurs articulaires et des bouffées de chaleurs importantes. Elle signale des douleurs persistantes au niveau du creux axillaire du côté opéré qui s'étendent au niveau du quadrant externe du sein. Elle signale une contracture musculaire loco-régionale de la partie proximale du membre supérieur droit qui est également objectivable à l'examen clinique.

(...)

4. Énumération des limitations fonctionnelles d'ordre physique en lien avec le traitement.

Le tamoxifène est un pourvoyeur typique de douleurs articulaires. Il peut aussi occasionner une fatigue ainsi qu'une irritabilité et fatigabilité. Les bouffées de chaleur peuvent également avoir une influence sur certaines formes d'activités physiques ou professionnelles. On note également une contracture du membre supérieur, séquellaire de la chirurgie mammaire et axillaire, pour laquelle nous avons prescrit de la physiothérapie.

5. Taux de présence possible dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes ses limitations fonctionnelles, pour quel(s) motif(s) et depuis quand ?

Dans une activité adaptée et tenant compte des limitations fonctionnelles, je ne vois pas de contre-indication particulière et un taux de présence possible de 100 % est envisageable, pour autant que cela ne nécessite pas l'usage du membre en question et ne soit pas lié à une fatigabilité trop accrue ni un stress trop important.

6. Faut-il s'attendre à une baisse de rendement dans une activité adaptée ? Si oui, à quel pourcentage, pour quel motif et depuis quand ?

Comme énuméré ci-dessus, on peut s'attendre à une baisse de rendement au vu de la fatigabilité induite par le traitement ainsi que des autres effets secondaires détaillés ci-dessus. Il est difficile de se prononcer en pourcentage étant donné que l'activité adaptée n'est pas connue mais on peut estimer en tout cas de l'ordre de 30 %. »

Par avis médical du 21 juillet 2022, le Dr D._____, du SMR, ne constatait aucun élément nouveau pouvant modifier les limitations fonctionnelles retenues ainsi que l'exigibilité de la capacité de travail. L'appréciation du Dr Z._____, rapportant une possible baisse de rendement de près de 30% en raison du traitement oncologique ne constituait qu'une appréciation différente d'une même situation.

Par décision du 21 juillet 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée le 28 septembre 2016. Selon l'office, la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position. Son projet reposait en effet sur une instruction médicale et économique complète, conforme en tous points aux dispositions légales. L'OAI suivait ainsi les recommandations du SMR, détaillées dans son avis médical du même jour et confirmait ainsi une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

B. Q._____, désormais représentée par Me Jeanne-Marie Monney, a déféré la décision du 21 juillet 2022 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 14 septembre 2022. Elle demandait préalablement l'octroi d'un délai supplémentaire afin de compléter son recours et sa demande d'assistance judiciaire. Puis, principalement, l'assurée concluait à l'admission du recours ainsi qu'au renvoi de la cause pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Par écriture complémentaire du 7 octobre 2022, la recourante a principalement conclu en l'admission de son recours ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2018, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé

pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. Pour la recourante, l'expertise du AD. _____ ne remplissait pas les réquisits jurisprudentiels en la matière. Elle était en effet lacunaire, passant totalement sous silence les problématiques orthopédique, neurologique, psychiatrique et oncologique et minimisait grandement les atteintes présentées par la recourante. Il ressortait des pièces médicales que sa capacité de travail était, au degré de la vraisemblance prépondérante, nulle dans toute activité. Elle rappelait également qu'elle avait été incapable de travailler à 100% du 12 avril 2019 au 1^{er} août 2020 et du 5 janvier 2021 au 31 août 2021. Les diverses opérations et pathologies ne permettaient pas de mettre en œuvre une quelconque capacité de travail. Concernant le calcul du taux d'invalidité, la recourante faisait valoir que, compte tenu d'une appréciation globale de la situation, l'abattement devait s'élever à 25%.

Par réponse du 10 novembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'office renvoyait aux avis de son service médical et retenait qu'on ne pouvait rien lui reprocher concernant le calcul du degré d'invalidité de la recourante.

Par réplique du 10 février 2023, la recourante a confirmé ses conclusions et produit des rapports des 19 octobre 2022 et 4 janvier 2023 établis respectivement par les Dres Y. _____ et T. _____. Cette dernière indiquait que la recourante se trouvait toujours sous traitement antihormonal Tamoxifène® et présentait une asthénie importante en lien avec sa médication ainsi que des arthralgies, fréquentes chez les patients sous hormonothérapie. Pour la Dre Y. _____, les analyses effectuées chez la recourante avaient mis en évidence la présence d'un certain variant pathogène associé à la maladie des exostoses multiples de type 2. Les patients atteints présentaient fréquemment des douleurs articulaires et, dans un tel contexte, il existait un risque d'instabilité cervicale avec ou sans compression médullaire au niveau de C1-C2 ainsi que des formes sévères de scoliose pouvant induire des répercussions sur la fonction pulmonaire. Pour la recourante, tous ces éléments n'étaient pas cités dans

le cadre de l'expertise. Leurs implications sur la capacité de travail n'avaient pas été examinées.

Par duplique du 21 février 2023, l'intimé a une nouvelle fois proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse. Il a transmis un avis médical du SMR du 17 février 2023. Le Dr D._____ y retenait qu'il n'était fait mention d'aucun nouvel élément médical pouvant remettre en question sa position.

Par courrier du 18 avril 2023, la recourante a confirmé ses conclusions et réitéré ses griefs concernant les manquements de l'expertise du AD._____. A l'appui de ses déterminations, la recourante a produit un rapport du Dr H._____ du 2 mars 2023. Ce médecin s'étonnait du fait que les experts n'avaient pas retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique, qui avait évolué vers une modification durable de la personnalité à la suite d'une catastrophe. Il évoquait également une aggravation de l'état de santé de la recourante à la suite de la réponse négative de l'intimé. Ainsi, en plus du diagnostic de stress post-traumatique s'ajoutait désormais un trouble dépressif récurrent. Le Dr H._____ retenait une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique en raison notamment des limitations fonctionnelles suivantes : fatigue chronique, avec une concentration et une vigilance très diminuées ainsi qu'une grande difficulté au stress. Aux dires de la recourante, de tels éléments n'étaient pas pris en compte dans l'expertise contestée.

Dans son courrier du 4 mai 2023, l'intimé a retenu, après consultation de son service médical (avis médical du 27 avril 2023 établi par le Dr D._____), qu'il n'était fait état d'aucun élément médical nouveau pouvant remettre en cause les conclusions de l'expertise. L'intimé confirmait ainsi le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par déterminations du 7 juin 2023, la recourante a contesté les conclusions du Dr D._____, le médecin en question n'ayant aucune

légitimité à se prononcer sur les questions psychiatriques soulevées par le Dr H._____. Produisant un courriel du 12 mai 2023 de son psychiatre traitant, elle soutenait que son état de santé avait effectivement connu une aggravation antérieurement à la décision attaquée. La résurgence de la symptomatologie anxieuse dépressive avec des idées de méfiance et de persécution envers le corps médical, à laquelle s'ajoutait désormais des idées noires et suicidaires sans scénario de passage à l'acte ne pouvait laisser subsister une quelconque capacité de travail.

Par déterminations du 15 septembre 2023, la recourante a produit un rapport médical du 16 août 2023 Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation. Ce spécialiste retenait une capacité de travail de 50 % dans un travail à même de respecter les limitations fonctionnelles suivantes : travail en position statique, assise et debout prolongée, travail en porte-à-faux prolongé, pas de flexion antérieure du rachis, pas de travail à genoux, pas de montée et descente des escaliers/échelles, pas de travail sur les hauteurs, pas d'utilisation d'engin vibrant, port de charges au membre supérieur gauche limité à dix kilos et au membre supérieur droit limité à deux kilos et demi. Pour la recourante, cette consultation permettait d'objectiver que les médecins du AD._____ avaient sous-estimé et sous-évalué les troubles dont elle était victime. Il ressortait effectivement des pièces médicales produites que sa capacité de travail était nulle dans toute activité pour des raisons psychiatriques et tout au plus de 50 % en raison des troubles somatiques objectifs. La recourante a également produit un rapport médical établi par la Dre AF._____, spécialiste en rhumatologie et médecin adjointe au Centre KW._____, établi le 10 juillet 2023. Cette médecin y constatait des valeurs basses de densité osseuse, avec une perte accrue attendue ces prochaines années. Un traitement de fond de la fragilité osseuse était ainsi nécessaire.

Par courrier du 27 septembre 2023, l'intimé a une nouvelle fois confirmé ses conclusions. Après une nouvelle consultation de son service médical (avis médical du 27 septembre 2023 établi par le Dr D._____), l'office a retenu qu'il n'y avait aucun nouvel élément qui n'aurait pas été

pris en compte par les experts et qui serait survenu antérieurement à la décision attaquée. Les renseignements produits par la recourante ne permettaient pas de remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise du AD._____.

Par courrier du 16 octobre 2023, la recourante a remarqué que l'OAI n'était toujours pas capable de prendre position sur les nombreux griefs dûment détaillés et motivés dans ses écritures. Elle confirmait ainsi ses conclusions.

Dans ses déterminations du 1^{er} novembre 2023, la recourante a confirmé intégralement les conclusions précédemment prises et produit un nouveau rapport du Dr F._____, établi le 16 octobre 2023, qui se conclut comme suit : La synthèse de ce document avait la teneur suivante :

« Sur le plan *réadaptatif*, la patiente **n'est pas motivée pour reprendre de nouvelles séances de physiothérapie** et ergothérapie, n'en comprenant pas l'utilité.

La barrière de la langue représente de toute façon un frein majeur à toute éducation thérapeutique, qui est la clé de voute d'un programme de réadaptation.

D'un point de vue professionnel, **l'atteinte à la santé contre-indique toute profession d'ordre physique.**

Je corrobore aux limitations fonctionnelles émises lors du rapport d'expertise de mars 2022, mentionnées plus haut.

D'un point de vue théorique, la patiente serait capable de réaliser un travail en position assise d'ordre administratif. L'absence de maîtrise du français représente néanmoins un obstacle majeur pour tout projet de reconversion. Les douleurs chroniques et les psychopathologies actives **rendent quant à elles difficiles d'envisager une reprise professionnelle à plus de 50%.**

En l'absence de proposition thérapeutique complémentaire, je ne programme pas d'emblée de rendez-vous de suivi, mais entièrement disponible pour tout nouvel avis.»

Par courrier du 15 novembre 2023, l'OAI, après consultation de son service médical (avis médical du 9 novembre 2023 établi par le Dr D._____) a retenu que les éléments amenés par la recourante n'étaient pas de nature à modifier 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, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des feries estivales (cf. art. 38 al. 1 et al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). 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 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Compte tenu de la date du dépôt de la demande de prestations, le 27 septembre 2016, la

naissance éventuelle du droit à la rente peut être fixé à une date antérieure au 1^{er} janvier 2022. La présente procédure sera donc régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. a) 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).

b) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur 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.

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher

l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) En vertu de la jurisprudence fédérale, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Cette procédure probatoire a été étendue aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2).

b) Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et des dépendances 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et références citées).

c) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'une dépendance ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

7. En l'espèce, la recourante conteste les conclusions de l'expertise du AD._____. Elle émet notamment des griefs à l'encontre de :

- l'expert orthopédiste, ce dernier ne tenant pas compte de la coxarthrose bilatérale sévère et ne discute pas du rapport médical du 28 février 2017 du Centre KW._____ indiquant qu'une capacité de travail n'était possible que trois heures par jour, en alternant les positions et en limitant la rotation,

- l'expert neurologue qui n'expliquait pas le pied tombant à droite, l'abolition du réflexe ostéotendineux et achilléen droit ni l'incidence de ces troubles sur la capacité de travail,
- l'expert psychiatre qui minimisait le vécu de la recourante, spécialement sa vie en [...] et sa fuite afin de gagner l'Europe, les effets de la découverte du carcinome et de son traitement, ainsi que les constatations médicales des psychiatres de liaison lors de sa tentative de suicide, l'expert se contentant de retenir un simple diagnostic de dysthymie,
- l'expert en médecine interne qui ne discutait pas des effets indésirables du Tamoxifène®, traitement instauré à la suite du cancer du sein présenté par la recourante, et qui devait considérer une incapacité de travail dès la biopsie du 14 décembre 2020.

Par ailleurs, les experts ne rapportaient pas la pathologie rachidienne et ne tenaient pas suffisamment compte de la tumorectomie droite sur le membre supérieur droit. La recourante allègue avoir été, a minima, en incapacité de travail du 12 avril 2019 au 1^{er} août 2020 et du 5 janvier au 31 août 2021, voire dès mars 2017. Ses conclusions s'appuient notamment sur deux nouveaux rapports médicaux des 16 août et 16 octobre 2023 du Dr F._____. La recourante reproche également à l'intimé l'absence de légitimité du Dr D._____ du SMR pour se prononcer sur les questions relevant du domaine psychiatrique ne relevant pas de sa spécialité.

8. En premier lieu, l'argument de la recourante concernant les compétences du Dr D._____, ne saurait être suivi. En effet, le fait que le médecin du SMR ne dispose pas de formation spécifique dans le domaine de la psychiatrie ne saurait à lui seul invalider son avis, dès lors que sa formation de médecin et son rôle de médecin-conseil lui permettent de comparer deux situations et de juger de l'apparition d'éléments nouveaux

(cf. TF 9C_639/2018 du 3 décembre 2018 consid. 4.1 et 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 4.2 et les références).

9. Concernant ensuite la validité de l'expertise du AD._____, cette dernière se compose de quatre volets, un volet psychiatrique établi par le Dr I._____, un volet neurologique établi par le Dr G._____, un volet orthopédique établi par le Dr M._____ et finalement un volet de médecine interne établi par la Dre L._____.

a) En premier lieu, on constate que les conclusions prises sont le fruit d'une analyse pluridisciplinaire réalisée par les différents experts. Cette analyse comprend un résumé détaillé des observations faites dans chaque domaine. Elle se base tant sur les différentes pièces au dossier que sur des examens cliniques (consultations et examens de laboratoire notamment). Les plaintes de la recourante sont rapportées et prises en compte. Les différents avis médicaux ont été discutés par les experts, ces derniers examinant en outre les ressources, la gravité des troubles retenus ainsi que la cohérence (p. 41 sur le plan psychiatrique et p. 60 sur le plan neurologique de l'expertise du 14 mars 2022 du AD._____). Les conclusions sont quant à elles abondamment motivées et exemptes de contradictions.

b) Sur le plan psychiatrique, le Dr I._____ a suivi la procédure probatoire structurée conformément à la jurisprudence (cf. consid. 6). En effet, le diagnostic de dysthymie est motivé, l'expert expliquant de manière claire et convaincante pourquoi il n'avait pas suivi les conclusions prises en consultation de psychiatrie de liaison (Drs J._____ et V._____) et celles du Dr H._____. L'expert psychiatre y relevait à juste titre la contradiction entre le diagnostic retenu par les psychiatres de liaison, soit un trouble dépressif sévère, et le fait d'avoir renoncé à introduire un traitement correspondant. Quant au diagnostic de modification de la personnalité après une expérience de catastrophe privilégié par le Dr H._____, le Dr I._____ s'en est écarté en retenant l'absence de modification durable de la personnalité et le manque d'intensité du facteur de stress résultant de l'évènement traumatique.

Contrairement ce qu'invoque la recourante, il ne ressort pas de l'analyse du Dr I._____ que cet expert aurait minimisé le vécu de l'assurée, ces éléments ayant été mentionnés et pris en compte dans sa réflexion. Ensuite, tant le contexte social que les ressources mobilisables ont été analysés, le Dr I._____ relevant que la recourante continuait de s'occuper de son appartement dans lequel elle vit avec sa mère et parvenait à prendre soin de cette dernière. Elle restait capable de faire le linge, les courses (dans la mesure où elle pouvait les porter, demandant de l'aide au besoin), le ménage et ses tâches administratives ainsi que celles de sa mère (pp. 34 et 35 de l'expertise). Ces ressources résiduelles ont été correctement prises en compte par l'expert psychiatre afin d'évaluer la capacité de travail de la recourante, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

Dans le cas d'espèce, force est de constater que cet examen structuré fait défaut dans l'analyse du Dr H._____. Ce dernier s'est abstenu de motiver les raisons pour lesquelles la recourante ne disposait d'aucune capacité de travail, quand bien même elle était apte à faire face aux tâches quotidiennes permises par son état physique, respectivement à conserver des loisirs. L'avis du Dr H._____, qui ne tient pas compte des ressources, ne suffit ainsi pas à mettre en doute les conclusions du Dr I._____.

Compte tenu de ce qui précède, le volet psychiatrique de l'expertise contestée ne prête pas le flanc à la critique.

c) Sur le plan neurologique, dans leur rapport du 25 mars 2020, les Dres C._____ et W._____ n'avaient pas d'explication claire à la persistance du déficit moteur sévère de l'extension et l'éversion du pied droit en l'absence de lésion objectivée à l'IRM. L'expert neurologue, le Dr G._____, a expliqué de manière convaincante pourquoi un diagnostic d'axonotmèse du nerf sciatique poplité externe droit au col du péroné, régressive dans les suites d'une pose de prothèse de hanche en juillet 2019, était le diagnostic le plus probable. En effet, les deux examens

ENMG effectués les 8 août 2019 et 9 janvier 2020 ne décrivaient pas d'atteinte plexuelle mais au contraire une atteinte tronculaire au niveau du genou droit, touchant le sciatique poplité externe. Cette analyse, se basant sur les pièces médicales présentes au dossier, peut être suivie. Le Dr G._____ a également décrit de manière complète les raisons pour lesquelles la pathologie retenue n'était pas incapacitante. En effet, au moment de l'expertise, la récupération était déjà importante et serait complète à moyen terme.

Il n'existe par ailleurs aucun élément au dossier permettant de remettre en cause les conclusions de l'expert neurologue, ces dernières pouvant ainsi être confirmées.

d) Sur le plan orthopédique, l'expert M._____ a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit une activité principalement assise avec des alternances de positions libres, pas de flexion antérieure du rachis, pas de travail à genoux, pas d'escalier, pas d'échelle, pas d'échafaudage, pas d'engin vibrant ainsi qu'un port de charges limité à dix kilos. Quant au Dr F._____, il a confirmé le 16 août 2023 que le descriptif de la santé actuelle de la recourante et son examen clinique lui semblaient comparables à ceux réalisés lors de l'expertise du AD._____. Dans son avis du 16 octobre 2023, le Dr F._____ corroborait d'ailleurs les limitations fonctionnelles émises lors du rapport d'expertise du mois de mars 2022, admettant une pleine capacité théorique de travail (« d'un point de vue théorique, la patiente serait capable de réaliser un travail en position assise d'ordre administratif », rapport du 16 octobre 2022). Il reconnaissait pourtant la difficulté d'envisager une reprise professionnelle à plus de 50%, mais ce en raison de facteurs étrangers à l'assurance-invalidité, comme la maîtrise de la langue française.

Compte tenu de ce qui précède, concernant la problématique orthopédique, le SMR peut être suivi dans la mesure où l'analyse du Dr F._____ correspond effectivement à une appréciation divergente fondée sur les mêmes éléments médicaux. Ainsi l'avis de ce dernier ne suffit pas à remettre en cause les conclusions de l'expertise du AD._____.

e) Sur le plan de la médecine interne, il convient de différencier entre les questions oncologiques des autres atteintes à la santé.

aa) A l'exclusion de la question oncologique, la Dre L. _____ a mis en évidence l'absence d'atteintes à la santé à caractère invalidant et de limitations fonctionnelles, notamment en rapport avec les diagnostics de déconditionnement physique et d'asthme allergique. La recourante n'a au surplus produit aucun document propre à remettre en cause l'appréciation circonstanciée de l'experte interniste sur ces questions, laquelle emporte la conviction et n'est d'ailleurs pas contestée.

bb) En ce qui concerne la question oncologique, le Dr Z. _____ a fait savoir, dans son rapport du 20 juillet 2022 à l'attention de Procap, que sa patiente était toujours sous traitement de tamoxifène, lequel n'était que moyennement toléré avec des légères douleurs articulaires et des bouffées de chaleurs importantes. Il signalait en outre des douleurs persistantes au niveau du creux axillaire du côté opéré qui s'étendaient au niveau du quadrant externe du sein et une contracture musculaire loco-régionale de la partie proximale du membre supérieur droit, toutes deux objectivables à l'examen clinique pour lesquelles il avait prescrit de la physiothérapie. Relevant que le tamoxifène était connu pour entraîner des douleurs articulaires indésirables, il a indiqué que cette molécule, pouvait aussi occasionner une fatigue, une irritabilité et une fatigabilité. Il a expliqué que les bouffées de chaleur pouvaient également avoir une influence sur certaines formes d'activités physiques ou professionnelles. Appelé à se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr Z. _____ a fait savoir qu'il n'y avait pas de contre-indication particulière et un taux de présence possible de 100 % dans une activité adaptée (sans utilisation du membre supérieur droit, n'entraînant pas de fatigabilité trop accrue ni de stress trop important). Il a cependant relevé que l'on pouvait s'attendre à une baisse de rendement liée à la fatigabilité induite par le traitement et aux autres effets secondaires, laquelle était difficile à arrêter mais pouvait être estimée à un chiffre de

l'ordre de 30 %. C'est lieu de relever que le traitement en question s'inscrivait dans une durée de l'ordre de cinq ans (rapports des 24 février 2021, 20 juillet 2022 et du 4 janvier 2023 des Drs Z._____ et T._____). Cette question a peu été investiguée par les experts du AD._____, cependant, si le Dr Z._____ confirme sur le plan clinique la présence de douleurs articulaires, les autres effets secondaires (fatigabilité, irritabilité, bouffées de chaleur) en restent au stade des hypothèses, lesquelles ne sont pas affirmées par un status actualisé par des observations cliniques.

Au vu de ce qui précède, une baisse de rendement de la recourante dans une activité professionnelle adaptée, ne peut être exclue en raison des effets du traitement de Tamoxifène®. Cela étant, comme on le verra plus bas (consid. 10c/ee ci-dessous), même en retenant une baisse de rendement de 30 % comme indiquée par le Centre KW._____, le taux d'invalidité reste inférieur à 40 % et n'ouvre pas le droit à la rente.

f) aa) Le Dr H._____, à l'occasion de son rapport du 2 mars 2023, confirmé par courriel du 12 mai 2023, a retenu une aggravation de l'état de santé de la recourante, surtout après la réponse négative de l'intimé.

La recourante soutient que cette aggravation est intervenue avant la décision litigieuse, et que, même à admettre une aggravation postérieure, la péjoration de l'état de santé était en lien étroit avec l'objet du litige et devait ainsi être prise en compte.

bb) A ce propos, il sied de relever qu'une décompensation passagère après réception d'une décision de l'OAI, tout comme des conclusions d'une expertise, ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante d'autant plus qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a). Par ailleurs, le Dr H._____ ne précise pas, à l'occasion de son rapport du 2 mars 2023, quand précisément l'aggravation est intervenue, se contentant de mentionner « surtout après la réponse négative de l'AI ». Contrairement à ce que soutient la recourante, aucun élément médical au

dossier n'indique que dite péjoration soit survenue avant la décision attaquée. S'il est vrai que le juge doit prendre en compte les faits survenus postérieurement à la décision administrative litigieuse dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation de la situation au moment où ladite décision a été prise (ATF 118 V 200 consid. 3a et les références ; TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3), tel ne semble pas être le cas en l'espèce, les faits nouveaux n'étant pas de nature à apprécier différemment la situation au jour de la décision, l'aggravation alléguée étant apparemment intervenue en réaction à celle-ci.

g) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre une incapacité de travail totale du 12 avril 2019 au 1^{er} août 2020, puis en raison d'une nouvelle atteinte à la santé, une incapacité de travail de 100 % du 5 janvier 2021 au 31 mars 2021, puis de 50 % dès le 1^{er} avril 2021 avec une reprise à 100 % dès le 14 août 2021. A l'exception de ces périodes, il y a lieu de considérer que la recourante bénéficie d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité principalement assise avec des alternances de positions libres, pas de flexion antérieure du rachis, pas de travail à genoux, pas d'escalier, pas d'échelle, pas d'échafaudage, pas d'engin vibrant ainsi qu'un port de charge limité à dix kilos), sous réserve d'une éventuelle baisse de rendement de 30 % liées aux possibles effets délétères sur la capacité de travail de la prise de Tamoxifène®, traitement hormonal instauré à la suite du cancer du sein de la recourante.

10. Il reste à examiner le degré d'invalidité.

a) 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). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

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).

cc) 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).

dd) Une décision est arbitraire (art. 9 Cst.) lorsqu'elle contredit clairement la situation de fait, qu'elle viole gravement une norme ou un principe juridique clair et indiscuté ou qu'elle heurte d'une manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité. Tel est le cas lorsque la décision litigieuse apparaît insoutenable, en contradiction manifeste avec la situation effective, adoptée sans motifs objectifs ou en violation d'un droit certain. En outre, pour qu'une décision soit annulée au titre de l'arbitraire, il ne suffit pas qu'elle se fonde sur une motivation insoutenable; encore faut-il qu'elle apparaisse arbitraire dans son résultat (ATF 147 I 241 consid. 6.2.1 ; 147 II 454 consid. 4.4).

b) A l'occasion de la décision du 21 juillet 2022, l'intimé retient qu'en raison d'une intervention chirurgicale, la recourante avait présenté une incapacité de travail totale du 12 avril 2019 au 1^{er} août 2020, puis en raison d'une nouvelle atteinte à la santé, une incapacité de travail du 5 janvier 2021 au 31 août 2021. Dites incapacités étaient inférieures à une année, le droit à la rente n'était pas ouvert.

Cette conclusion est arbitraire dans sa motivation et son résultat. En effet, la durée entre le 12 avril 2019 et le 1^{er} août 2020 est

manifestement supérieure à une année. La décision doit ainsi être partiellement réformée en ce sens que la requérante a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois d'avril 2019 et ce jusqu'au 30 novembre 2020, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé (cf. art. 28 LAI et art. 88a RAI).

c) aa) Concernant le calcul du taux d'invalidité, étant donné que la requérante n'a jamais exercé d'activité professionnelle en Suisse, l'intimé a recouru aux salaires statistiques afin de déterminer son revenu dans une activité adaptée. Cette démarche n'est pas contestée en l'espèce. L'intimé retient que si les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. Il n'en demeure pas moins que, dans une fiche de calcul du salaire exigible du 5 octobre 2018, l'intimé a retenu un salaire annuel de 52'155 fr. 20, correspondant à un niveau de compétence 1 (TA1 ; activités industrielles légères, conditionnement léger, petit montage à l'établi, surveillance d'un processus de production), indexé à 2018. Un abattement de 5 % se justifiait en l'espèce en raison des limitations fonctionnelles présentées par la requérante. Étant donné que les revenus avec et sans invalidité sont identiques, le pourcentage de l'abattement, grevant le salaire avec invalidité, correspond au degré d'invalidité de la requérante.

bb) Ce taux d'abattement est contesté en l'espèce, ce dernier devant, selon la requérante, s'élever au moins à 25% en raison de l'absence d'utilisation du membre supérieur droit de la requérante et de son permis de séjour. Elle fait également valoir son âge et le fait qu'elle maîtrise mal la langue française.

cc) Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une

activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

dd) En ce qui concerne les circonstances étrangères à l'invalidité que mentionne la recourante, on rappellera d'abord que la prise en compte d'un abattement en raison des lacunes dans la maîtrise du français ne se justifie guère en l'espèce, le choix du niveau de compétence 1 ayant été retenu par l'intimé. En effet, cette catégorie d'emplois ne nécessite ni formation ni expérience professionnelle spécifique ni par ailleurs une bonne maîtrise d'une langue nationale. Ainsi, malgré sa maîtrise approximative du français, un éventail suffisamment large d'activités reste accessible à la recourante sur un marché du travail équilibré (cf. par exemple arrêts 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.4 ; 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.3 et 4.3.4 ; 8C_64/2021 du 14 avril 2021 consid. 6.3 ; 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4). Ainsi, un abattement supplémentaire à celui retenu par l'intimé ne saurait être retenu, le choix de niveau de compétence 1 ainsi qu'un abattement de 5% prenant déjà suffisamment en compte l'ensemble des circonstances. Le calcul du degré d'invalidité présenté par l'intimé peut ainsi être confirmé.

ee) Comme envisagé plus haut, même en admettant une baisse de rendement de 30 %, le degré d'invalidité serait inférieur à 40 % et ne permettrait pas l'ouverture du droit à la rente.

11. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2019 au 30 novembre 2020. Il est rejeté pour le surplus.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont partagés pour moitié entre les parties, la part de la

recourante, au bénéfice de l'assistance judiciaire, étant provisoirement supportée par l'Etat.

c) La partie recourante obtenant très partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, il y a lieu de lui allouer des dépens, réduits, arrêtés en l'occurrence à 500 francs, débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD), à la charge de l'intimé.

d) Par décision de la juge instructrice du 11 octobre 2022, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 septembre 2022 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Monney. Cette dernière a produit sa liste des opérations le 20 février 2024, faisant état de 28h10 d'opérations pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2024 et d'une heure pour 2024, durée légèrement surévaluée. Me Monney peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer sur la base de 25 heures de travail (24h pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2024 et une heure pour 2024), durée admissible compte tenu de la complexité de l'affaire, à un montant de 5'089 fr. 55, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3^{bis} RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3] ; [24h × 180 fr. + 5 % + 7,7 %] + [1h × 180 fr. + 5 % + 8,1 %]).

Cette rémunération n'est que très partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 4'589 fr. 55 (5'089 fr. 55 – 500 fr.) est provisoirement supporté par l'Etat (cf. art. 122 al. 2 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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 très partiellement admis.
- II. La décision rendue le 21 juillet 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Q._____ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} avril 2019 au 30 novembre 2020. La décision est confirmée pour le surplus.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud par 300 fr. (trois cents francs) et provisoirement laissés à la charge de l'Etat par 300 fr. (trois cents francs).
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ une indemnité de 500 fr. (cinq cents francs) à titre de dépens réduits.
- V. L'indemnité d'office de Me Jeanne-Marie Monney, conseil d'office de Q._____, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 4'589 fr. 55 (quatre mille cinq cent huitante-neuf francs et cinquante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI. La partie bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires par 300 fr. (trois cents francs) et de l'indemnité de son conseil

d'office mise à la charge de l'Etat par 4'589 fr. 55 (quatre mille cinq cent huitante-neuf francs et cinquante-cinq centimes).

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Monney, pour la recourante,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, intimé
- 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).

Le greffier :