

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 juin 2024

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Di Ferro Demierre et M. Neu, juges  
Greffière : Mme C. Meylan

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Marc Plumez, avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 16 et 17 LPGA ; 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A. a)** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1996, souffrant notamment d'un reflux vésico-urétéral stade II à gauche et III à droite, a bénéficié de mesures médicales pour le traitement de son infirmité congénitale (n° 346 OIC [ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21) de la part de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) (cf. décision du 18 juin 2002).

**b)** L'assurée a déposé une demande auprès de l'OAI le 7 mars 2012 pour l'obtention de mesures pour une réadaptation professionnelle.

Par rapport médical du 12 mars 2012, le Dr T.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué chez l'assurée un retard scolaire sur absentéisme scolaire très important secondaire à de multiples décompensations somatiques et psychiques depuis cinq à six ans. Il notait que sur le plan de l'isolation socio-scolaire, l'état de santé de l'assurée s'aggravait en raison de l'attitude de sa mère (relation pathologique fusionnelle) et qu'elle avait un niveau scolaire similaire à une personne de dix/onze ans.

Dans leurs rapports des 11 juin et 2 octobre 2012, les Drs B.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, spécialistes en pédiatrie, ont posé les diagnostics de néphropathie de reflux droit modéré (reflux vésico-urétéral bilatéral stade I), d'insuffisance rénale chronique de stade I, de s/p [status post] infections urinaires à répétition et d'obésité sévère.

Le 9 juillet 2012, l'OAI a informé l'assurée que les conditions pour le droit à une orientation professionnelle étaient remplies.

Un entraînement à l'endurance auprès d'A.\_\_\_\_\_ a été mis en place du 9 octobre 2014 au 8 janvier 2015, après que l'assurée ait refusé d'intégrer le centre O.\_\_\_\_\_ de [...] et après qu'elle ait été sommée de collaborer par courrier du 24 juin 2014.

L'assurée a toutefois présenté une incapacité totale de travail dès le 27 octobre 2014 pour une tendinite à la cheville.

Le 25 novembre 2014, la mère de l'assurée a informé l'OAI qu'elle refusait que sa fille retourne à A.\_\_\_\_\_.

Par avis du 28 novembre 2014, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a estimé que le stage d'orientation A.\_\_\_\_\_ était une mesure d'instruction, nécessaire et exigible ; l'assurée même si elle était limitée sur le plan cognitif et somatique, avait les capacités d'effectuer une formation pratique simple et adaptée. La question de la capacité de travail dans l'économie se poserait à la fin de la formation.

L'assurée a de nouveau présenté une incapacité du 8 au 19 décembre 2014.

Selon le bilan de la mesure du 9 décembre 2014, l'assurée était peu preneuse de la mesure, se plaignait de douleurs liées à ses chevilles mais ne désirait pas d'aménagements possibles sur sa place de travail. Les observations faites permettaient de mettre en évidence une capacité de travail dans une activité simple de type pratique. Cependant, afin de déterminer un domaine adapté à la fois à ses limitations physiques et cognitives, un bilan de compétences complet était mandaté chez une psychologue.

Par rapport du 24 février 2015, W.\_\_\_\_\_, psychologue FSP [Fédération suisse des psychologues], a mis en évidence de bonnes aptitudes manuelles, mais un manque de maturité, l'assurée ne se projetant pas du tout dans une activité professionnelle. La psychologue doutait qu'une insertion dans l'économie libre soit possible en raison du manque de constance avec important absentéisme.

Par avis du 26 février 2015, le SMR a retenu que l'assurée souffrait d'un retard mental léger et de troubles du comportement ; elle

avait aussi une relation fusionnelle avec sa mère, ce qui avait déjà fortement compliqué la scolarisation. Le manque de motivation et l'absentéisme en découlant n'étaient pas en lien avec l'atteinte à la santé, et n'étaient donc pas du ressort de l'AI. L'assurée avait une capacité de travail (en principe proche de 100 %) dans une activité de production simple et répétitive.

Après sommation du 5 mai 2015 de l'OAI, son service juridique estimant qu'une formation pratique en centre était exigible, l'assurée a refusé les mesures par courrier du 5 juin 2015 préférant suivre des cours auprès d'un institut privé destinés à combler ses lacunes scolaires afin de pouvoir ensuite tenter d'effectuer un apprentissage dans l'économie.

Le 16 juin 2015, l'OAI a ainsi informé l'assurée mettre un terme à ses démarches de réadaptation, précisant ne pas pouvoir intervenir dans la prise en charge d'un rattrapage scolaire après la fin de la scolarité.

Par décision du 7 septembre 2015, l'OAI a refusé de mettre l'assurée au bénéfice de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. A la suite des investigations médicales entreprises, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail totale dans une activité de production simple et répétitive. Leur service de réadaptation avait tenté de mettre en place un entraînement d'endurance auprès du Centre A.\_\_\_\_\_. Cependant, les objectifs n'avaient pas pu être atteints en raison de ses nombreuses absences. Par la suite, un bilan d'orientation complet avait été réalisé, duquel il ressortait que l'assurée était capable d'effectuer une formation pratique en centre, dans les domaines de l'intendance, de la vente ou de la boulangerie. Si le domaine de l'intendance leur semblait peu adapté à ses limitations physiques, la boulangerie ou la vente pourraient en revanche être une orientation envisageable. Une activité industrielle légère était également à sa portée. Étant donné qu'elle ne souhaitait pas entrer en mesure pour l'instant, l'OAI mettait un terme à ses démarches de réadaptation et évaluait son revenu d'invalidité en tenant compte des gains qu'elle aurait été en mesure de réaliser après

avoir effectué la formation proposée, soit un revenu annuel brut de 52'216 fr., selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS). Concernant le revenu sans invalidité, lorsque la personne assurée n'avait pas pu acquérir des connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'elle pourrait obtenir si elle n'était pas invalide, correspondait en pour-cent, selon son âge, à des fractions de la médiane actualisée chaque année, soit 70 % du revenu moyen des salariés (82'500 fr. en 2015) (art. 26 al.1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), ce qui représentait 57'750 francs. Après comparaison desdits revenus, le degré d'invalidité était de 9.58 %.

**c)** Le 15 juin 2017, l'assurée a sollicité l'aide de l'OAI pour la recherche d'une formation et a été invitée par l'OAI a déposé une nouvelle demande, ce qu'elle a fait le 13 juillet 2017.

Une formation pratique en vente auprès du centre O.\_\_\_\_\_ à [...] a donc été mise en place, avec un passage progressif en économie libre, et acceptée par l'assurée (cf. entretien téléphonique du 9 février 2018).

Après que l'assurée ait annulé la visite dudit centre, par projet de décision du 27 mars 2018, l'OAI a refusé de la mettre au bénéfice d'une rente d'invalidité. Malgré la proposition d'une formation pratique en vente, l'assurée ne parvenait pas à adhérer à une formation adaptée en raison de son manque de collaboration. Force était de constater qu'il n'y avait pas de modification dans son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans la précédente décision. Les conclusions de cette dernière demeuraient valables.

Le 19 avril 2018, l'assurée a contesté ce projet et fourni un rapport du 31 janvier 2018 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel fait état d'une importante hypermobilité de la rotule latéralement, d'un genu valgum bilatéral associé à un affaissement plantaire et un surpoids

important, et une désaxation externe de la rotule avec une dysplasie de la rotule associée à des lésions cartilagineuses selon le bilan IRM [imagerie par résonance magnétique].

Par avis du 29 mai 2018, le SMR a considéré que les différentes atteintes à la santé (retard mental léger, aggravé par un fort taux d'absentéisme durant la scolarité, néphropathie de reflux droit modéré, insuffisance rénale chronique de stade II, obésité, genua valga, hypermobilité de la rotule gauche qui était dysplasique avec des lésions cartilagineuses) étaient compatibles avec une activité dans la vente pour autant que les limitations fonctionnelles liées à la pathologie des genoux (pas de genuflexions répétées ou travaux se réalisant à genou, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids supérieur à 12 kg) soient respectées.

Par décision du 1<sup>er</sup> juin 2018, l'OAI a confirmé son refus de rente d'invalidité.

**d)** Par décision du 9 juillet 2020, l'OAI a accordé à l'assurée une rente ordinaire mensuelle pour enfant liée à la rente de sa mère pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2020.

**e)** Le 6 novembre 2020, la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a requis l'aide de l'OAI pour une insertion professionnelle adaptée en faveur de l'assurée, laquelle ne travaillait pas en raison de ses multiples soucis de santé (migraines sans aura, s.p. amygdalectomie, dysplasie fémoro-patellaire de grade II selon Wiberg, obésité, néphropathie de reflux droit modéré et polyinsertionite probable).

L'assurée a déposé une nouvelle demande en date du 9 décembre 2020, indiquant comme atteinte à la santé : « migraines, problèmes aux genoux, hernie discale, fibromyalgie. Voir rapport de la Dresse K.\_\_\_\_\_ du 6.11.20 qui explique l'aggravation de mon état de santé ».

Le 6 janvier 2021, l'assurée a produit plusieurs rapports :

- un rapport du 31 janvier 2018 du Dr D. \_\_\_\_\_ ;
- un rapport du 12 février 2018 du Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, lequel a posé les diagnostics de sensation d'oppressions thoraciques lors de migraines sans cardiopathie sous-jacente décelable, de légère dégénérescence myxoïde des feuillets de la valve mitrale avec petit prolapsus des deux feuillets avec insuffisance mitrale minime et de migraines accompagnées ;
- un rapport du 13 juin 2019 du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, indiquant un bilan rassurant mais la possibilité d'une dyskinésie laryngée et/ou syndrome d'hyperventilation ;
- un rapport du 22 juillet 2019 des Dres M. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, toutes deux spécialistes en endocrinologie-diabétologie, selon lesquelles l'obésité de l'assurée s'inscrivait dans un contexte de trouble du comportement alimentaire ;
- un rapport de consultation du 7 août 2019 en raison de gonalgies auprès du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
- des rapports neurologiques des 16 avril et 17 octobre 2019 de la Dre J. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dont les diagnostics retenus étaient ceux de migraines sans aura épisodiques, céphalées de tension et état d'anxiété chronique ;
- un rapport du 29 octobre 2020 du Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a notamment expliqué que les examens réalisés à hauteur des genoux n'identifiaient pas de lésion structurelle, tout au plus un hypersignal de la partition proximale et externe du corps graisseux de Hoffa pouvant suggérer la présence d'un syndrome de friction à ce niveau. Le bilan par imagerie avait toutefois mis en évidence, des deux côtés, la présence d'une dysplasie trochléenne de type A, une légère majoration de la TAGT [mesure : distance tubérosité

antérieure - gorge trochléenne (fémur, luxation genou)] des deux côtés et une tendance à la légère rétroversion fémorale bilatérale, dans un contexte sans historique documenté de luxation externe de rotule et l'atteinte survenant dans le cadre d'une obésité de classe 3, de symptomatologie douloureuse pluri-articulaire, de difficultés psycho-sociales et de plaintes à hauteur des deux genoux mal systématisées. Ce praticien a également mentionné des antécédents de syndrome du côlon irritable et une hyperacousie et des acouphènes à la suite d'un traitement dentaire en juillet 2018 ayant nécessité un soutien psychologique ;

- un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2020, des Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et C.\_\_\_\_\_, lesquels ont posé les diagnostics de : syndrome douloureux chronique avec hyperlaxité ligamentaire, lombalgies chroniques avec discopathies lombaires, arthrose facettaire postérieure lombaire, déconditionnement musculaire, antécédents d'entorses des chevilles et du genou gauche et subluxation de la rotule, sensibilisation centrale à la douleur probable (hyperalgésie, allodynie), obésité morbide de classe 3 selon OMS (BMI 42 kg/m<sup>2</sup>), troubles du sommeil, migraines depuis l'adolescence, s/p amygdalectomie et infections urinaires à répétitions dans l'enfance avec notion de reflux vésico-urétéral ;
- un rapport du 22 décembre 2020 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, lequel a posé le diagnostic de minime protrusion discale L4-L5 gauche sans conflit disco-radicaire.

Selon l'avis du 5 mars 2021 du SMR, le rapport du 6 novembre 2020 du médecin traitant n'apportait pas d'éléments médicaux significativement nouveaux. Quant aux rapports produits le 6 janvier 2021, à première vue, il n'y avait pas de modification drastique du tableau clinique déjà connu, avec, d'une part, des atteintes présentes de longue date et, d'autre part, de multiples plaintes peu spécifiques sollicitant le système de santé et résultant sur des bilans rassurants.

Cependant, aucun des médecins ne fournissant des limitations fonctionnelles et une capacité de travail dans une activité adaptée explicites, la Dre K.\_\_\_\_\_ a été interpellée.

Par rapport du 19 mars 2021, cette praticienne a notamment listé les limitations fonctionnelles de l'assurée (impossibilité de rester debout trop longtemps [4h dans cette position engendrant des douleurs dans les jambes/les pieds/le dos] ; impossibilité de demeurer assise durant plus d'une heure ; possibilité de variation des positions ; position accroupie à éviter) et a exposé ne pas savoir si l'assurée pourrait un jour travailler dans l'économie libre à long terme.

Selon l'avis du 26 mars 2021 du SMR, le rapport médical suscité mentionnait des limitations fonctionnelles en raison de douleurs qui n'étaient pas clairement mises en lien avec une nouvelle atteinte objective. Des propositions de traitements étaient faites sans savoir si cela permettrait à l'assurée de pouvoir exercer une activité dans l'économie libre durablement. Bien que le tableau clinique ne changeât pas drastiquement, étant essentiellement marqué par un syndrome douloureux chronique connu de longue date et des plaintes multiples, une modification de l'état de santé pouvait être retenue par la mise en évidence de la progression d'une discopathie avec des limitations fonctionnelles. Le SMR ne comprenait par contre pas pour quelle raison l'assurée ne pourrait jamais exercer une activité dans l'économie libre compte tenu des seules limitations fonctionnelles retenues. Au vu de l'absence de formation et des enjeux pour l'avenir professionnel, le SMR proposait de réaliser une évaluation spécialisée afin de déterminer la nature incapacitante des atteintes, les limitations fonctionnelles, les capacités de travail dans toutes activités et dans une activité adaptée, la date de survenue et l'évolution, les traitements exigibles, et les facteurs non-médicaux éventuellement présents par une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique - psychiatrique - médecine interne). Le 25 mai 2021, l'OAI a donc mandaté le centre médical d'expertises H.\_\_\_\_\_ (ci-après : le H.\_\_\_\_\_).

Le 31 mai 2021, en prévision de l'expertise pluridisciplinaire, la Dre K. \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI plusieurs rapports, dont un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2019 de la Dre AC. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et un rapport du 6 mai 2020 de la Dre AD. \_\_\_\_\_, également spécialiste en médecine interne générale, lesquelles font état d'une dyspnée chronique d'origine indéterminée ; un rapport radiologique du 17 janvier 2018 pour une IRM du genou gauche ; un rapport d'IRM lombaire réalisée le 2 septembre 2020 ; ainsi qu'un rapport du 12 mai 2021 du Prof. AF. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, lequel a posé les diagnostics de : syndrome douloureux chronique (migraine depuis l'enfance, épuisement, troubles du sommeil, hypersensibilité, bruit, lumière), hyperlaxité avec instabilité cheville gauche (sept entorses), à droite (une entorse) et mal alignement de la rotule gauche avec subluxation et hypoplasie trochléenne, et syndrome lombovertébral avec dégradation discopathie L4-L5, L5-S1 et irradiation facettaire et protrusion discale.

**B.**           **a)** L'expertise pluridisciplinaire a eu lieu les 30 juillet et 4 août 2021, complétée par un examen neuropsychologique le 20 août 2021. Elle a été menée par les Drs AG. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, AH. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, et AK. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie (ci-après : les experts). Dans leur rapport du 4 octobre 2021, les experts ont notamment retenu ce qui suit :

**« 4.2.           Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail**

- Lombalgies chroniques, troubles dégénératifs (discopathies L4-L5, L5-S1), M54.5
- Hyperlaxité articulaire, M35.7
- Gonalgies bilatérales chroniques à prédominance gauche sur syndrome fémoro-patellaire bilatéral, dysplasie trochléenne, status post entorses de la rotule gauche, M22.2
- Douleurs des chevilles, troubles statiques des pieds, hyperlaxité cheville gauche in status post entorses des chevilles gauche (7), status post entorse cheville droite, M79.67
- Syndrome musculo-squelettique douloureux, R52.9
- Obésité de type III (BMI à 41.09 kg/m<sup>2</sup>), E66.01
- Troubles de personnalité, sans précision, F60.9

- Trouble neuropsychologique léger (selon critères ASNP de 2015)
- Migraines peu fréquentes, parfois associées à des sensations de nausées et de vertiges.  
Examen neurologique strictement normal, G43.
- Néphropathie de reflux vésico-urétéral droit, modérée, Q62.7
- Troubles fonctionnels intestinaux, K59.9
- Hyperacousie et acouphènes droits, H93.1, H93.2
- Suspicion de dyskinésie laryngée et/ou de syndrome d'hyperventilation sans pathologie pneumologique spécifique, J38.0, R06.4
- Légère dégénérescence myxoïde des feuillets de la valve mitrale avec petit prolapsus des deux feuillets avec insuffisance mitrale minime (variante de la norme, mais échocardiographie normale le 06.02.2018), I34.0
- Aménorrhée secondaire, iatrogène, N91.1

#### **4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles**

Les lombalgies chroniques, l'hyperlaxité articulaire, les gonalgies, les douleurs des chevilles, les troubles statiques des pieds, le status après entorses des chevilles, l'hyperlaxité de cheville gauche, et le syndrome musculo-squelettique douloureux, entraînent des limitations fonctionnelles rhumatologiques: changements de position possibles, pas de travail physique, pas de position statique assise ou debout prolongée > 20 minutes, pas de mouvement itératif contraignant pour le rachis dorso-lombaire en flexion/extension/inclinaison latérale/rotation du tronc, pas de travail répétitif contraignant pour les articulations, pas de travail en position accroupie ou à genoux, pas de déplacements longs ou répétés, pas de montée ou de descente itérative des escaliers, pas de port de charges itératif > 5 kg, pas de travail en hauteur (escabeau, échelle), environnement tempéré.

Les troubles de la personnalité et le trouble neuropsychologique léger entraînent des limitations fonctionnelles psychiatriques : travail solitaire, répétitif, valorisant, séquentiel, avec pauses, évitant la nécessité de bonne pratique de l'arithmétique ou de l'écriture. La fatigue/fatigabilité diminue le taux horaire ; la faiblesse des acquis scolaires, l'efficacité intellectuelle limitée, le ralentissement, les troubles exécutivo-attentionnels diminuent le rendement.

Les limitations fonctionnelles du domaine de la médecine interne sont en lien avec les troubles fonctionnels intestinaux, ainsi qu'avec les acouphènes et l'hyperacousie : accès facilité aux toilettes ; éviter l'exposition aux bruits importants, en particulier aux bruits émergents.

[...]

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

Sans objet, puisque l'expertisée n'a jamais exercé d'activité professionnelle.

Cependant, si l'on considère les stages de cuisine et de vendeuse effectués, la capacité de travail est nulle, car ces activités ne respectent pas les limitations fonctionnelles rhumatologiques, en particulier les atteintes rachidiennes et des genoux.

#### **4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée**

Dès le 4.08.2021, date de l'entretien psychiatrique, la capacité de travail est de 72 % par baisse de rendement de 10 % sur taux horaire de 80 %.

#### **4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)**

L'incapacité de travail est d'origine psychiatrique, essentiellement en lien avec le trouble neuropsychologique léger. La baisse de rendement est liée à la faiblesse des acquis scolaires, à la limitation d'efficacité intellectuelle, et aux troubles exécutivo-attentionnels. La diminution du taux horaire est en lien avec la fatigabilité. Il serait souhaitable de répartir les heures de travail sur la semaine. »

Réinterrogés par l'OAI, les experts ont procédé à un complément de cette expertise le 24 novembre 2021.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé, le 18 janvier 2022, que sur le plan de la médecine interne, on ne pouvait, quelle que soit l'activité, pas retenir une limitation fonctionnelle liée à des diarrhées alors que le trouble était fonctionnel, l'examen clinique normal, qu'aucune perte de poids, ni carences, ni déshydratation n'étaient constatées, et que l'assurée ne portait manifestement pas de protection contre l'incontinence, ce qui confirmait une faible gêne occasionnée. Les éléments complémentaires confirmaient que l'étendue des limitations fonctionnelles somatiques ne pouvait être expliquée par des aspects psychiques, les experts eux-mêmes n'y voyant pas de lien, et celles-ci étant dès lors peu évidentes, vu qu'elles étaient à la fois strictement en lien avec les constatations somatiques mais sans trouble somatique marquant, bien que confirmées par les experts. Toutefois le SMR ne comprenant pas depuis quand les

diagnostics concernés étaient incapacitants, il préconisait de réinterroger les experts.

Le 8 février 2022, les experts ont ainsi expliqué que, du point de vue de la médecine interne générale, ils avaient retenu une limitation fonctionnelle - un accès facilité aux toilettes - en lien avec un trouble fonctionnel intestinal qui était certes banal, mais qui entraînait des épisodes de diarrhées dans les minutes suivant l'ingestion alimentaire. Ils admettaient qu'il s'agit plus d'une recommandation que d'une réelle limitation fonctionnelle, le diagnostic de trouble fonctionnel intestinal n'étant pas incapacitant. De la même manière, l'hyperacousie était gênante et il était préférable d'éviter l'exposition aux bruits émergents ; il s'agissait là encore d'une recommandation plutôt que d'une limitation fonctionnelle. Concernant les atteintes rhumatologiques, les diagnostics retenus avec influence sur la capacité de travail étaient ceux de : gonalgies bilatérales chroniques à prédominance gauche sur syndrome fémoro-patellaire bilatéral, dysplasie trochléenne, status post entorses de la rotule gauche, M22.2 ; lombalgies chroniques, troubles dégénératifs (discopathies L4-L5, L5-S1), M54.5 ; et douleurs des chevilles, troubles statiques des pieds, hyperlaxité cheville gauche in status post entorses des chevilles gauche (7), status post entorse cheville droite, M79.67. Il n'était pas possible de se prononcer sur chaque atteinte en déterminant la date depuis laquelle elles étaient incapacitantes dans une activité de cuisinière ou de vendeuse. Mais, les experts pouvaient admettre que ces atteintes étaient incapacitantes depuis le début 2020 dans une activité de cuisinière ou de vendeuse (type vendeuse dans une grande surface), dans la mesure où ces deux activités impliquaient le port de charges lourdes, des accroupissements, des stations debout prolongées et des déplacements itératifs sur place et sur sol dur, mettant à contribution les articulations des genoux et chevilles en particulier. Comme relevé dans leur expertise, une activité adaptée avait toujours été possible à plein temps.

Selon l'avis du 24 février 2022 du SMR, au vu des explications complémentaires des experts, il pouvait retenir que depuis au moins

début 2020, la capacité de travail était diminuée à 72 % uniquement dans une activité adaptée en respectant les limitations fonctionnelles (changements de position possibles, pas de travail physique, pas de position statique assise ou debout prolongée plus de 20 minutes, pas de mouvement itératif contraignant pour le rachis dorso-lombaire en flexion/extension/inclinaison latérale/rotation du tronc, pas de travail répétitif contraignant pour les articulations, pas de travail en position accroupie ou à genoux, pas de déplacements longs ou répétés, pas de montée ou de descente itérative des escaliers, pas de port de charges itératif de plus de 5 kg, pas de travail en hauteur (escabeau, échelle), nécessité d'un environnement tempéré, nécessité d'un travail solitaire, répétitif, valorisant, séquentiel, avec pauses, en évitant la nécessité de bonne pratique de l'arithmétique ou de l'écriture).

**b)** Dans un projet de décision du 22 novembre 2022, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi d'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2021, soit six mois après le dépôt de sa demande. En effet, depuis le mois de janvier 2020, elle présentait une aggravation de son état de santé. À la fin du délai d'attente, soit le 1<sup>er</sup> janvier 2021, elle présentait une diminution de sa capacité de travail dans une activité adaptée à 72 % en respectant ses limitations fonctionnelles. Étant donné qu'elle n'avait pas mené à bien une formation certifiante en raison de son atteinte à la santé, il y avait lieu de retenir l'art. 26 al. 6 RAI, soit un revenu annuel de 79'294 fr. 89 en 2022 pour un revenu sans invalidité. Le revenu avec invalidité était, quant à lui, de 41'538 fr. 15 en 2022 à 72 % pour une activité en commerce de détail (ESS TA1, niveau de compétences 1). En comparant ces revenus, il en ressortait un degré d'invalidité de 47.62 %.

Le 9 janvier 2023, l'assurée a fait part de ses objections, le projet lui semblant lacunaire. Elle a indiqué qu'elle était toujours en traitement, une consultation étant par ailleurs prévue chez le Dr AL.\_\_\_\_\_ le 24 janvier 2023.

Par rapport du 25 janvier 2023, le Dr AL.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble du spectre de l'hypermobilité (HSD).

Dans un avis du 16 mars 2023, le SMR a relevé que l'hyperlaxité articulaire avait été prise en compte par les experts. Par ailleurs, le Dr AL.\_\_\_\_\_ ne remettait pas en question les conclusions de l'expertise, et faisait des propositions thérapeutiques spécifiques à la problématique de l'assurée qui ne pourraient qu'améliorer la situation, sans qu'il existât une exigibilité de se soumettre à ces traitements. Les précédentes conclusions restaient valables.

Par décision du 23 mars 2023, l'OAI a ainsi accordé un quart de rente d'invalidité à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> avril 2023.

Par décision du 6 avril 2023, l'OAI a accordé à l'assurée un quart de rente pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2021 au 31 mars 2023.

**C.** Par acte du 4 mai 2023, L.\_\_\_\_\_ a recouru contre les décisions précitées devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation desdites décisions, à l'octroi d'une rente d'invalidité « plus élevée » et à l'assistance judiciaire. Elle a fait valoir qu'il existait des incohérences et contradictions entre ce que retenaient les experts du H.\_\_\_\_\_ et les médecins qui la suivaient.

Dans sa réponse du 7 juin 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien des décisions litigieuses, en se basant notamment sur l'avis du 16 mars 2023 du SMR.

Le 8 août 2023, la Juge instructrice a mis la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 mai 2023 en ce sens qu'elle lui a accordé l'exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Marc Plumez.

Par réplique du 11 octobre 2023, la recourante, représentée par Me Plumez, a conclu, à titre principal, à l'annulation de la décision du 6 avril 2023, à la reconnaissance d'une invalidité à 100 % dès le

1<sup>er</sup> juin 2021 et à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2021, et, à titre subsidiaire, à l'annulation de la décision du 6 avril 2023 et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante a fait valoir que l'évaluation consensuelle était lacunaire et en contradiction avec les différentes expertises menées, en particulier, en page 14, le Dr AG.\_\_\_\_\_ avait considéré que sa capacité de travail était de 100 % dans une activité de cuisine ou de vendeuse en prêt-à-porter, alors même qu'en page 5 (point 4.7), il était indiqué que sa capacité de travail était nulle si l'on considérait les stages de cuisine et de vendeuse effectués car ces activités ne respectaient pas les limitations fonctionnelles rhumatologiques, en particulier les atteintes rachidiennes et des genoux. Par ailleurs, malgré des limitations fonctionnelles retenues dans les domaines de l'expertise, il était frappant de constater que les résultats de l'expertise s'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée étaient fondés exclusivement sur l'expertise psychiatrique et ne tenaient pas compte des autres limitations. En croisant l'intégralité des limitations fonctionnelles constatées par les différents experts, il était patent que l'activité adaptée n'existait pas, toute activité professionnelle étant impossible. A l'appui de sa réplique, la recourante a produit un rapport du 25 septembre 2023 du Dr AL.\_\_\_\_\_, un rapport du 4 mai 2023 de la Dre K.\_\_\_\_\_ et un rapport du 23 juin 2023 du Prof. AF.\_\_\_\_\_.

Dupliquant le 28 novembre 2023, l'intimé a maintenu ses précédentes conclusions, sur la base de l'avis du 2 novembre 2023 du SMR, lequel a estimé que les rapports produits dans le cadre de la présente procédure n'amenaient pas d'éléments médicaux qui témoignaient d'une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise pluridisciplinaire et ne remettaient pas en question les conclusions de cette dernière.

**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 compte tenu des fêtes (art. 60 et 38 al. 4 let. a LPGA), 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 à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande de prestations déposée le 9 décembre 2020, respectivement sur le taux de rente d'invalidité.

**b)** 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<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, la naissance éventuelle du droit à une rente entière est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, de sorte que l'ancien droit demeure applicable.

**3. 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). 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. 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).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**b)** 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). 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.

**c)** 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).

**d)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante

d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bienfondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 assécurologique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**e)** 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).

**4. a)** En l'espèce, la recourante fait pour l'essentiel valoir que son état de santé s'est péjoré, et que l'ensemble de ses atteintes justifient l'octroi d'une rente de degré plus élevé qu'un quart de rente d'invalidité, dès juin 2021.

Il ressort du dossier que la recourante a déposé des demandes de mesures professionnelles en date des 7 mars 2012 et 13 juillet 2017, lesquelles ont finalement abouti à l'examen du droit à une rente d'invalidité, à la suite des échecs successifs de mise en œuvre d'une mesure professionnelle. Par conséquent, il convient de comparer la situation qui prévalait lorsque la décision du 1<sup>er</sup> juin 2018 a été rendue, à savoir la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec celle prévalant lorsque les décisions du 23 mars et 6 avril 2023 ont été rendues.

S'agissant de la situation qui prévalait en juin 2018, il convient de constater que l'intimé s'est référé à l'avis du 29 mai 2018 du SMR, lequel a retenu que les différentes atteintes à la santé (retard mental léger, aggravé par un fort taux d'absentéisme durant la scolarité, néphropathie de reflux droit modéré, insuffisance rénale chronique de

stade II, obésité, genua valga, hypermobilité de la rotule gauche qui était dysplasique avec des lésions cartilagineuses) étaient compatibles avec une activité dans la vente pour autant que les limitations fonctionnelles liées à la pathologie des genoux (pas de genuflexions répétées ou travaux se réalisant à genou, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids supérieur à 12 kg) soient respectées.

A la suite de la nouvelle demande déposée par la recourante le 9 décembre 2020, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie, qui a été confiée aux Drs AG.\_\_\_\_\_, AH.\_\_\_\_\_ et AK.\_\_\_\_\_ du H.\_\_\_\_\_. L'OAI a estimé, sur la base du rapport d'expertise du 4 octobre 2021 et ses compléments, ainsi que de l'avis du 24 février 2022 du SMR, que la recourante présentait depuis le mois de janvier 2020 une aggravation de son état de santé, respectivement une diminution de sa capacité de travail dans une activité adaptée à 72 % en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : changements de position possibles, pas de travail physique, pas de position statique assise ou debout prolongée plus de 20 minutes, pas de mouvement itératif contraignant pour le rachis dorso-lombaire en flexion/extension/inclinaison latérale/rotation du tronc, pas de travail répétitif contraignant pour les articulations, pas de travail en position accroupie ou à genoux, pas de déplacements longs ou répétés, pas de montée ou de descente itérative des escaliers, pas de port de charges itératif de plus de 5 kg, pas de travail en hauteur (escabeau, échelle), nécessité d'un environnement tempéré, nécessité d'un travail solitaire, répétitif, valorisant, séquentiel, avec pauses, en évitant la nécessité d'une bonne pratique de l'arithmétique ou de l'écriture.

La recourante conteste l'appréciation des experts du H.\_\_\_\_\_ relative à sa capacité de travail, estimant qu'elle est en contradiction avec celle retenue par ses médecins traitants.

**b)** Contrairement à ce que soutient la recourante, son cas a été largement instruit sur le plan médical et il n'y a pas lieu de s'écarter

des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le H.\_\_\_\_\_, d'après lesquelles elle dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles de 72 %.

Ainsi, le rapport d'expertise du H.\_\_\_\_\_ du 4 octobre 2021, tel que complété les 24 novembre 2021 et 8 février 2022, remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les experts se sont en effet prononcés en connaissance du dossier médical de la recourante et de ses plaintes, ils ont recueilli son anamnèse et ont procédé à des examens cliniques complets avant de rendre leurs conclusions de manière motivée et détaillée. Ils se sont en particulier exprimés sur les rapports des autres médecins ayant examiné la recourante, exposant le cas échéant pour quelles raisons ils s'écartaient de leur point de vue.

**c)** Au niveau de la médecine interne, le Dr AG.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics non incapacitants de migraines peu fréquentes, parfois associées à des sensations de nausées et de vertiges (examen neurologique strictement normal, G43), de néphropathie de reflux vésico-urétéral droit (modérée [Q62.7]), de troubles fonctionnels intestinaux (K59.9), d'hyperacousie et acouphènes droits (H93.1, H93.2), de suspicion de dyskinésie laryngée et/ou de syndrome d'hyperventilation sans pathologie pneumologique spécifique (J38.0, R06.4), de légère dégénérescence myxoïde des feuillets de la valve mitrale avec petit prolapsus des deux feuillets avec insuffisance mitrale minimale (variante de la norme, mais échocardiographie normale le 6 février 2018) (I34.0), d'aménorrhée secondaire, iatrogène (N91.1) et d'obésité extrême avec un IMC à 41,4 (E66.01).

L'expert a expliqué ne pas retenir de diagnostic d'infections urinaires à répétition puisque celles-ci n'avaient été constatées que durant l'enfance et l'adolescence et que les différents comptes-rendus de néphrologie décrivaient l'absence d'infections urinaires lors des examens bactériologiques urinaires ultérieurs. Il n'y avait d'ailleurs plus de plainte d'ordre urologique. Il ne retenait pas non plus le diagnostic d'insuffisance

rénale chronique puisque la fonction rénale était strictement normale sur le bilan demandé au H.\_\_\_\_\_. Concernant les règles abondantes et douloureuses, la recourante était en aménorrhée sous injections intramusculaires de progestatif tous les trois mois, ce qui lui convenait (p. 9 pt 3.2 du rapport d'expertise du 4 octobre 2021). Quant aux migraines, elles s'espaciaient en faveur de céphalées moins intenses. Enfin, le praticien était surpris de l'évocation d'un retard mental dans le dossier fourni, qui ne lui semblait pas évident.

Si, dans un premier temps, l'expert a retenu qu'il existait des limitations en lien avec le trouble fonctionnel intestinal ou côlon irritable par rapport aux diarrhées et les acouphènes et l'hyperacousie, il a, dans un second temps, expliqué que « l'accès aux toilettes » en lien avec le trouble fonctionnel intestinal et « l'exposition aux bruits émergents » en lien avec l'hyperacousie étaient des recommandations plutôt que des limitations fonctionnelles (cf. complément au rapport d'expertise du 8 février 2022).

Au vu de ces éléments et du manque de diagnostic incapacitant en médecine interne générale, l'expert a estimé « sans objet » la capacité de travail dans l'ancienne activité puisque l'expertisée n'avait jamais travaillé sur un marché du travail, considérant toutefois que cette capacité pouvait être de 100 % dans une activité de cuisine ou de vendeuse en prêt-à-porter. Dans une activité adaptée, la capacité était entière depuis toujours.

L'appréciation médicale de l'expert rejoint celles des médecins traitants de la recourante. En effet, le diagnostic de néphropathie de reflux vésico-urétéral est noté comme modéré depuis plusieurs années (cf. notamment rapports des 11 juin et 2 octobre 2012 des Drs B.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_). Quant aux infections urinaires à répétition, les Drs Z.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ les évoquaient comme étant survenus « dans l'enfance » (cf. rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2020). La recourante a, elle-même, admis ne plus en souffrir depuis quelques années (p. 8 pt 3.2 du rapport d'expertise du 4 octobre 2021). Dans son

rapport du 12 février 2018, le Dr V. \_\_\_\_\_ a, quant à lui, tout comme l'expert, relevé une légère dégénérescence myxoïde des feuillets de la valve mitrale avec petit prolapsus des deux feuillets avec insuffisance mitrale minime avec sinon une échographie normale, précisant pour le surplus que le bilan était rassurant ce qui lui permettait d'exclure une cardiopathie sous-jacente et invitant la recourante à entreprendre des efforts physiques réguliers. La recourante n'avait d'ailleurs pas de plainte sur le plan cardiologique au jour de l'expertise (p. 9 pt 3.2 ibidem). Quant au Dr S. \_\_\_\_\_, il a fait état d'un bilan pneumologique rassurant sans anomalie de la lignée obstructive et/ou restrictive et sans trouble de la diffusion, précisant qu'il y avait une normalité de la fraction expirée, mais une suspicion d'une dyskinésie laryngée et/ou syndrome d'hyperventilation (cf. rapport du 13 juin 2019). Concernant les migraines, le bilan effectué notamment avec une IRM le 5 juin 2018 au niveau cérébral a été considéré comme étant dans les limites de la norme, la Dre J. \_\_\_\_\_ préconisant pour les migraines sans aura épisodiques, la prise d'Ibuprofène et de Relpax en réserve, et pour les céphalées de type tensionnel, l'application de glace et l'amélioration de l'hygiène de vie. Comme mesure générale, cette praticienne a conseillé une augmentation de l'activité physique (cf. rapport neurologique du 17 octobre 2019). La recourante a, par ailleurs, déclaré à l'expert qu'il n'y avait plus de suivi pour ces migraines et que ces dernières s'étaient améliorées depuis la fin de l'été 2020 (p. 8 pt 3.2 du rapport d'expertise du 4 octobre 2021). L'obésité s'inscrivait, quant à elle, dans un contexte de trouble du comportement alimentaire. La recourante ne souffrait pas de symptômes pour une hypothyroïdie ni de symptôme évocateur d'un syndrome d'apnées du sommeil (cf. rapport du 22 juillet 2019 des Dres M. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_). Enfin, le rapport du 29 octobre 2020 du Dr P. \_\_\_\_\_ fait état d'acouphènes et d'une hyperacousie à la suite d'un traitement dentaire en 2018, sans plus de détails, la recourante déclarant au surplus à l'expert qu'elle avait rencontré quelques difficultés pour s'endormir les premiers mois, mais que ce n'était plus le cas, elle était simplement devenue « un peu plus sensible au bruit » (p. 8 pt 3.2 du rapport d'expertise du 4 octobre 2021).

**d)** Sur le pan rhumatologique, la Dre AK. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics incapacitants de gonalgies bilatérales chroniques à prédominance gauche sur syndrome fémoro-patellaire bilatéral, dysplasie trochléenne, status post entorses de la rotule gauche (M22.2), de lombalgies chroniques, troubles dégénératifs (discopathies L4-L5, L5-S1) (M54.5) et de douleurs des chevilles, troubles statiques des pieds, hyperlaxité cheville gauche in status post entorses des chevilles gauches (7), status post entorse cheville droite (M79.67) (cf. complément à l'expertise du 8 février 2022). Etaient considérés comme non incapacitants les diagnostics d'hyperlaxité articulaire (M35.7), de syndrome musculosquelettique douloureux (R52.9) et d'obésité de type III (BMI à 41.09 kg/m<sup>2</sup>).

En effet, les plaintes de la recourante concernaient les lombalgies, les gonalgies bilatérales à prédominance gauche, les douleurs des chevilles, les talalgies, les myalgies et une fatigue. Ces problèmes avaient été multi-investigués. Sur le plan radiologique, des troubles dégénératifs avaient été objectivés. Les investigations biologiques avaient permis d'exclure un rhumatisme de type inflammatoire/immunologique. La recourante présentait une hyperlaxité articulaire. Il existait une suspicion de syndrome d'Ehlers-Danlos en raison de l'anamnèse d'entorses à répétition, de symptômes fonctionnels, d'une anamnèse familiale positive. Néanmoins, les critères de New-York 2017 n'étaient pas remplis pour retenir un tel diagnostic. Les critères ACR [American college of rheumatology] n'étaient pas non plus remplis pour retenir une fibromyalgie avec un WPI [Widespread Pain index] de 5/19 et un SSS (Symptom Severity Score) de 4/12, soit un total de 9/31. L'experte a également relevé que la recourante n'avait qu'un antalgique en réserve, pris que rarement, et ne suivait aucun traitement par mesures physiques.

S'agissant de la capacité de travail dans le cadre de l'ancienne activité, l'experte a noté que la recourante n'avait jamais exercé d'activité professionnelle, mais avait fait des stages en cuisine et comme vendeuse, qui lui paraissaient incompatibles avec ses problèmes rachidiens et des genoux, ceci depuis début 2020 (cf. complément à l'expertise du

8 février 2022). Pour ce qui était de la capacité de travail dans une activité adaptée, elle était de 100 % depuis toujours (cf. complément à l'expertise du 8 février 2022) en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : changements de position possibles, pas de travail physique, pas de position statique assise ou debout prolongée plus 20 minutes, pas de mouvement itératif contraignant pour le rachis dorso-lombaire en flexion/extension/inclinaison latérale/rotation du tronc, pas de travail répétitif contraignant pour les articulations, pas de travail en position accroupie ou à genoux, pas de déplacements longs ou répétés, pas de montée ou de descente itérative des escaliers, pas de port de charges itératif de plus de 5 kg, pas de travail en hauteur (escabeau, échelle), environnement tempéré.

Cette appréciation est congruente avec les différents rapports au dossier. Il apparaît en effet que, dans son rapport du 31 janvier 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_, malgré l'importante hypermobilité de la rotule et le genu valgum, n'a préconisé que le port de supports plantaires, la pratique régulière et importante du vélo ainsi qu'une genouillère lors de la pratique sportive, ce qui confirme l'atteinte non incapacitante d'hyperlaxité. Le Dr AL.\_\_\_\_\_ a bien posé le diagnostic de trouble du spectre de l'hypermobilité, mais il n'a pas remis en question les conclusions de l'expertise, n'a posé aucune limitation fonctionnelle ou de la capacité de travail en lien avec ce diagnostic (cf. rapport du 25 janvier 2023). Pour ce qui est des diagnostics retenus comme incapacitants par l'experte, le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé que le bilan par imagerie avait identifié des deux côtés la présence d'une dysplasie trochléenne de type A, une légère majoration de la TAGT des deux côtés et une tendance à la légère rétroversion fémorale bilatérale. La recourante ne présentait toutefois pas d'historique documenté de luxation externe de rotule. L'atteinte survenait dans un contexte d'obésité de classe 3, de symptomatologie douloureuse pluri-articulaire, de difficultés psycho-sociales, les plaintes à hauteur des deux genoux étant mal systématisées (cf. rapport du 29 octobre 2020). Concernant la discopathie L4-L5, le Dr N.\_\_\_\_\_ a noté que la protrusion discale était minime sans conflit disco-radicaire. Il a également expliqué que la charge pondérale contribuait aux lombalgies (cf. rapport du

22 décembre 2020). S'agissant de la discopathie dégénérative L5-S1, il n'y avait pas de hernie discale ni de franc conflit disco-radiculaire (cf. rapport d'IRM lombaire du 2 septembre 2020). Les diagnostics posés par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ne diffèrent d'ailleurs de ceux de l'experte qu'en ce que ces praticiens ont retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique (cf. rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2020). Pourtant, bien que posant ce diagnostic, ces praticiens, sur le plan thérapeutique, ont simplement encouragé la recourante à une perte pondérale et au maintien d'une activité physique, ou encore préconisé de la physiothérapie ciblée pour les cuisses, les genoux et la proprioception pour l'hyperlaxité. Sur le plan médicamenteux, ils ont indiqué qu'il « pourrait être proposé » l'introduction de la duloxétine pour cibler la composante centrale de la douleur, sans prévoir de suivi à la consultation de rhumatologie. Ces praticiens n'ont pas posé de limitations fonctionnelles ni de la capacité de travail. Quant au Prof. AF.\_\_\_\_\_, qui a retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique (cf. rapport du 12 mai 2021), il n'a proposé comme approche thérapeutique que de la physiothérapie pour le renforcement musculaire, la reprise des médicaments (arrêtés) et une thérapie cognitivo-comportementale, suggérant également une consultation avec une psychologue pour discuter de la gestion de l'énergie et de la fatigue mais aussi des séances d'hypnoses et d'acupuncture. Ce praticien n'a pas non plus posé de limitations fonctionnelles ni de la capacité de travail. L'experte a eu connaissance de ces avis et indiqué la raison pour laquelle elle ne retenait pas ce diagnostic (p. 26 pt 6 du rapport d'expertise du 4 octobre 2021), les critères ACR n'étant pas remplis, de sorte que l'on ne saurait s'écarter de son opinion. La recourante se limite d'ailleurs à invoquer l'appréciation de ses médecins sans apporter aucun élément nouveau qui aurait été ignoré par l'experte.

Enfin, il faut relever que les limitations fonctionnelles listées par la Dre K.\_\_\_\_\_ sont retenues dans les conclusions de l'experte laquelle a indiqué qu'il fallait une variation des positions et éviter la position accroupie (cf. rapport du 19 mars 2021). Toutefois, la Dre K.\_\_\_\_\_ n'a pas explicité pour quel motif médical objectif la capacité de travail résiduelle de la recourante serait nulle dans l'économie libre à

long terme au vu des limitations fonctionnelles retenues, de sorte que l'appréciation de l'expert rhumatologue emporte la conviction de la Cour de céans.

**d) aa)** S'agissant du status psychiatrique, le Dr AH.\_\_\_\_\_ a conclu à un trouble de la personnalité, sans précision (F60.9).

L'expert a tout d'abord écarté les diagnostics d'épisode dépressif (pas d'humeur triste, de ralentissement psychomoteur, d'anhédonie, de perte d'appétit), de trouble dépressif récurrent (pas d'antécédent de dépression), de trouble affectif bipolaire (pas d'antécédents de phase maniaque ou hypomaniaque), d'anxiété généralisée (pas d'anxiété constante, flottante), de trouble panique (pas d'accès d'angoisse majeur avec sensation de déréalisation ou de dépersonnalisation, pas de manifestations neurovégétatives), de trouble de l'addiction, ainsi que de trouble somatoforme (les douleurs pas mises en avant de manière dramatique, pas d'envahissement du champ de pensée par des douleurs et l'aspect biographique pas centré uniquement sur un vécu douloureux somatique). L'expert a également écarté le diagnostic de trouble envahissant du développement (cf. rapport du 28 février 2007) posé à l'époque par la Dre AM.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, car il ne retrouvait aucun élément en faveur de la sphère autistique (absence de stéréotypies, de fuite du regard, de faciès figés, de difficultés à comprendre les pensées de l'autre). Dans le cadre du développement de la recourante, l'expert notait certes des aspects agressifs et des évitements en raison d'un manque de confiance en elle, mais ne confirmait pas le diagnostic de dysharmonie psychotique, car l'expertisée ne présentait aucun élément psychotique.

Procédant à l'examen de différents troubles de la personnalité (cf. page 19 de l'expertise du 4 octobre 2021), l'expert a expliqué les motifs pour lesquels il a écarté les diagnostics de trouble de la personnalité paranoïaque (pas d'hypertrophie du moi, de tendance procédurière, d'éléments interprétatifs), de trouble de la personnalité

émotionnellement labile (pas d'instabilité dans les relations, pas de crainte excessive d'être abandonnée), de trouble de la personnalité anankastique (pas de perfectionnisme entravant l'achèvement de tâches, ni de trouble obsessionnel compulsif).

Selon l'expert, l'assurée présentait un trouble de la personnalité, sans précision. Bien qu'elle s'en défende, l'expertisée semblait vivre en vase clos avec sa mère. Elle était réticente à parler de ses relations amicales à l'expert et, même si elle avait du mal à lui en donner des exemples, elle était capable de prendre des décisions importantes seules. Il existait une certaine rigidité, une agressivité passive immédiate, une crainte du regard d'autrui. Il existait également une personnalité fruste avec une faille narcissique qui pouvait expliquer une difficulté d'intégration et une mise en échec volontaire afin, justement, d'éviter les échecs. Il y avait également des traits de personnalité évitante et dépendante. Dans son rapport du 12 juin 2007, la Dre AM. \_\_\_\_\_ faisait état de phobie scolaire, d'absentéisme, de mauvaises relations avec ses pairs et de plaintes somatiques existant depuis l'enfance. Ces éléments paraissaient totalement vraisemblables à l'expert et ils étaient toujours d'actualité. L'expertisée manquait de confiance en elle, avait tendance à être assez isolée, évitant le contact aux autres. Il existait des éléments pulsionnels d'agressivité qui s'étaient toutefois amenuisés avec le temps et qui s'étaient apaisés.

Quant au QI [coefficient intellectuel] évalué à 57, l'expert a remis en cause cette évaluation, estimant peu probable qu'une personne ayant un QI aussi faible puisse lire, écrire et faire preuve d'humour. Un examen neuropsychologique a par conséquent été réalisé le 20 août 2021, mettant en évidence un QI très nettement augmenté, à 81, avec un trouble neuropsychologique qualifié de léger, en rapport avec de faibles acquis scolaires, et une efficacité intellectuelle limitée, mais non déficitaire. Ces éléments expliquaient les difficultés que rencontrerait l'expertisée dans un métier qui nécessiterait une bonne aptitude à l'écriture et à l'arithmétique. Il était également noté un trouble attentionnel, ce qui entraînait des limitations fonctionnelles avec une

réduction horaire du temps de travail, travail dans un environnement calme, pauses, et tâches séquentielles privilégiées.

Sur le plan thérapeutique, l'expert a relevé que la recourante ne prenait pas de traitement psychotrope et qu'elle n'était pas suivie. Compte tenu de l'absence de pathologie psychiatrique thymique ou psychotique, il n'y avait pas lieu de proposer un traitement. En revanche, une psychothérapie était souhaitable en raison de ses troubles de la personnalité, notamment de sa rigidité de fonctionnement, notant que les chances de succès étaient toutefois faibles, car la psychothérapie n'aurait d'impact que sur le contact à l'autre, la confiance en soi, mais n'aurait pas d'impact sur les atteintes neuropsychologiques fixées dans le temps. Au niveau de la cohérence et de la plausibilité, il existait une incohérence entre l'intensité des douleurs et les limitations fonctionnelles décrites. En effet, la recourante invoquait des difficultés à maintenir une position assise alors qu'elle avait pu rester dans cette même position tout au long de l'entretien sans manifestations douloureuses. Cette incohérence s'expliquait par le trouble de la personnalité. Concernant les ressources, la recourante pouvait s'adapter aux règles et aux routines. Cependant, l'expert a indiqué qu'elle présentait des difficultés d'adaptation et son contact aux autres était marqué par une agressivité passive. Le travail en groupe ne paraissait ainsi pas possible. La recourante avait également des difficultés à s'assumer et elle avait besoin de la présence de sa mère. Elle pouvait néanmoins prendre soin d'elle-même. L'activité spontanée était faible, et la relation avec la famille et les intimes assez pauvre. La persévérance était limitée. Au titre de limitations fonctionnelles, l'expert a retenu un travail solitaire, répétitif, valorisant, séquentiel, avec pauses, évitant la nécessité de bonne pratique de l'arithmétique ou de l'écriture. Il a estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 72 % à la date de l'entretien, par baisse de rendement de 10 % sur un taux horaire de 80 %. Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement liées aux atteintes neuropsychologiques, même si l'expert a également pris en considération l'aspect psychiatrique et notamment les difficultés de rapport à l'autre. S'agissant de la capacité de travail dans l'ancienne activité, la question était sans objet dans la mesure où la recourante

n'avait jamais véritablement travaillé et que même les stages tentés s'étaient soldés par des échecs.

**bb)** Il n'y a pas lieu de douter des conclusions du Dr AH.\_\_\_\_\_, la recourante ne produisant aucun élément médical de ce registre et ne faisant valoir aucun grief à l'égard de l'évaluation psychiatrique.

Les conclusions de l'expert, quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à 72 %, en parfaite congruence avec les résultats de son examen, peuvent donc être suivies.

**e)** Les experts du H.\_\_\_\_\_ ont finalement procédé à une évaluation consensuelle au terme de laquelle ils ont précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 72 % d'origine psychiatrique, essentiellement en lien avec le trouble neuropsychologique léger. S'agissant de la capacité de travail dans l'ancienne activité, si l'on prenait en considération les stages en cuisine et de vendeuse, la recourante n'ayant jamais exercé d'activité lucrative, la capacité de travail était nulle compte tenu des diagnostics incapacitants rhumatologiques. L'aggravation de l'état de santé de la recourante remontait à début 2020.

S'il est exact que l'expert en médecine interne a indiqué que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité de cuisine ou de vendeuse en prêt-à-porter, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle affirme qu'il y a une contradiction avec le point 4.7, page 5, de l'expertise. En effet, de manière consensuelle, les experts ont ensuite retenu que sa capacité de travail était nulle si l'on considérait les stages de cuisine et de vendeuse effectués, car ces activités ne respectaient pas les limitations fonctionnelles rhumatologiques. Elle ne saurait non plus être suivie lorsqu'elle affirme que « les résultats de l'expertise s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée étaient fondés exclusivement sur l'expertise psychiatrique et ne tenaient pas compte des autres limitations ». En effet, les limitations fonctionnelles retenues dépassent le domaine psychiatrique. Concernant la capacité de travail

déterminée de manière consensuelle, seul l'expert psychiatre a retenu une diminution de la capacité de travail.

**f)** Les rapports produits par la recourante dans le cadre de la procédure de recours ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire.

La Dre K.\_\_\_\_\_ ne conteste pas les constatations des experts, précisant « ne pas revenir sur les conclusions des différents spécialistes effectuant cette expertise » (cf. rapport du 4 mai 2023), mais à son avis, il était de toute façon peu probable qu'une personne soit capable de juger d'un fonctionnement global d'un patient après quelques heures d'étude des documents, se basant sur un entretien et un examen. En réponse tout d'abord au grief formel soulevé par la médecin traitante, il convient de relever que la durée de l'entretien clinique ne suffit pas en soi à remettre en cause la valeur probante d'une expertise, étant rappelé que le rôle de l'expert consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref, que son travail ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (cf. TF 9C\_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 et les arrêts cités). Ensuite, comme l'a relevé le SMR, la Dre K.\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic nouveau qui n'aurait pas déjà été pris en compte dans l'expertise pluridisciplinaire. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, la Dre K.\_\_\_\_\_ a indiqué que la recourante « ne serait [certainement] pas apte à travailler à 100 % même avec une activité adaptée », mais ne s'est pas prononcée clairement sur la capacité de travail dans l'ancienne activité notant simplement que les stages dans la vente et dans la cuisine avaient échoué en raison des douleurs. Or, ces observations correspondent tout au plus aux conclusions retenues dans l'expertise.

Le Prof. AF.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 23 juin 2023) n'a pas amené d'éléments nouveaux ou qui n'auraient pas été pris en compte lors de l'expertise pluridisciplinaire. Plus particulièrement, les diagnostics

retenus par ce praticien ont été examinés dans le cadre de l'expertise et le diagnostic de fibromyalgie a été écarté par l'experte rhumatologue, le Prof. AF. \_\_\_\_\_ n'indiquant au demeurant pas pourquoi il faudrait retenir ce diagnostic. Il se contente de noter que le « seul point à discuter serait le bilan de fibromyalgie sur page 26. J'ai des doutes concernant ses scores WPI à 19 et un SSS à 4/12. En sachant que le questionnaire est fluctuant, je considère notamment le SSS beaucoup plus haut chez elle », sans plus de précisions. Par ailleurs, ce praticien ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail dans l'ancienne activité dans la mesure où il avait « compris que la patiente n'a jamais travaillé dans le marché primaire ». Dans une activité adaptée, il a estimé celle-ci à 50 %, précisant toutefois ne pas avoir d'objections contre l'expertise. Il sied de constater à cet égard qu'outre le fait qu'il ne pose pas de limitations fonctionnelles, il ne suit plus l'assurée depuis 2021. Son rapport procède simplement à une appréciation différente d'une même situation qui ne saurait remettre en cause les conclusions du volet rhumatologique de l'expertise.

Quant au Dr AL. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 25 septembre 2023), il a recommandé d'éviter un travail avec les bras au-dessus de la tête, ce que le SMR a considéré, dans son avis du 2 novembre 2023, comme « déjà incluse dans les limitations fonctionnelles rhumatologiques retenues lors de l'expertise pluridisciplinaire (en particulier : pas de travail contraignant pour les articulations) ». La Cour de céans rejoint cet avis en ce que cette nouvelle limitation fonctionnelle ne modifie pas le profil d'activité adaptée. Enfin, il faut noter que le Dr AL. \_\_\_\_\_ a relevé une sous-évaluation de la part de la recourante de ses propres capacités fonctionnelles, ce qui parle en faveur d'une capacité de travail dans une activité adaptée comme retenue par les experts. Au demeurant, ce praticien a précisé que la détermination des limitations fonctionnelles ou de l'exigibilité, au sens de la médecine des assurances, ne devait pas se faire sur la base des seuls résultats de l'évaluation fonctionnelle, mais d'après les données de toutes les investigations à disposition, ce qui a été réalisé au moyen de l'expertise pluridisciplinaire.

Les avis de ces médecins n'entachent en rien la qualité de l'expertise pluridisciplinaire au regard du mandat confié par l'OAI au H.\_\_\_\_\_ ; en effet, les rapports dont se prévaut la recourante s'entendent tout au plus en tant que des avis divergents, qui n'entament pas le crédit que l'on est amené à porter à l'expertise pluridisciplinaire au fil de la lecture du rapport et de ses annexes.

**g)** En définitive, il convient de constater que, en l'absence d'appréciation médicale propre à susciter le doute quant aux conclusions de l'expertise du H.\_\_\_\_\_, c'est à juste titre que les experts ont retenu que la capacité de travail de la recourante était de 72 % dans une activité adaptée depuis début 2020.

L'OAI était ainsi fondé à se baser sur l'expertise probante du H.\_\_\_\_\_ et l'avis du 24 février 2022 du SMR pour retenir que la recourante présente une capacité de travail de travail de 72 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**5.** Cela étant constaté, il convient de vérifier le degré d'invalidité retenu par l'intimé (47.62 %).

**a)** En l'occurrence, l'office intimé a alloué dès le 1<sup>er</sup> juin 2021 un quart de rente d'invalidité à la recourante. Pour ce faire, l'office intimé a comparé un revenu sans invalidité de 79'294 fr. 89 au sens de l'art. 26 al. 6 RAI (en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022) avec un revenu d'invalidité de 41'538 fr. 15 en prenant le revenu d'une activité en commerce de détail en 2022 (ESS TA1, niveau de compétence 1) et en tenant compte d'un taux d'activité de 72 %.

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGGA)

**c)** 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).

L'art. 26 al. 1 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, est un cas particulier d'application de la méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGa) et permet de déterminer le revenu sans invalidité des assurés qui n'ont pas de formation professionnelle à cause de leur invalidité. Selon l'alinéa 1 de la norme d'exécution, lorsque la personne assurée n'a pas pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'elle pourrait obtenir si elle n'était pas invalide correspond en pour-cent, selon son âge, aux fractions mentionnées par la disposition de la médiane, actualisée chaque année, telle qu'elle ressort de l'enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique : avant l'âge de 21 ans, 70 %; de l'âge de 21 ans à l'âge de 25 ans : 80 %; de l'âge de 25 ans à l'âge de 30 ans : 90 %; dès l'âge de 30 ans : 100 %.

**d)** 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).

e) En l'espèce, la Cour de céans ne peut pas suivre le raisonnement de l'OAI en ce sens que ce dernier a pris l'année 2022 comme déterminante pour l'évaluation de l'invalidité, l'application de l'art. 26 al. 6 RAI, entré en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, pour le revenu sans invalidité et la ligne 47 de la table ESS pour la détermination du revenu d'invalidité.

En effet, le droit à la rente étant ouvert dès le 1<sup>er</sup> juin 2021, l'année 2021 est déterminante pour l'évaluation de l'invalidité. Or, à cette date, seul l'art. 26 al. 1 RAI était en vigueur pour la détermination du revenu sans invalidité.

Ainsi, pour l'année 2021, en l'absence de revenus, le gain sans invalidité se monte à 75'150 fr., soit 90 % de 83'500 fr., selon la lettre circulaire AI n° 403 du 17 novembre 2020.

Le revenu d'invalidité doit, lui, être calculé sur la base de l'ESS, ligne totale, pour une femme, niveau de compétence 1, dans la mesure où la recourante n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle. Le salaire mensuel brut retenu par l'ESS en 2020 pour les femmes effectuant une activité simple et répétitive dans le secteur privé s'élève à 4'276 fr., part au 13<sup>ème</sup> comprise (ESS 2020, TA1, niveau de qualification 1). Ce salaire doit être

adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2021, à savoir 41,7 heures. Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 4'457 fr. 73 par mois, correspondant à un montant de 53'492 fr. 76 par année. Ce revenu doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux en 2021, ce qui conduit à un gain annuel de 53'813 fr. 72 (0,6 % pour 2021).

La recourante s'étant vu reconnaître une capacité de travail de 72 %, ce revenu doit être réduit à 38'745 fr. 88.

Il résulte de la comparaison des revenus sans invalidité (75'150 fr.) et avec invalidité (38'745 fr. 87), un degré d'invalidité de 48.44 %, arrondi à 48 %, permettant de confirmer le droit à un quart de rente, respectivement l'aggravation de l'état de santé de l'intéressée depuis la décision du 1<sup>er</sup> juin 2018 rendue par l'OAI.

A toutes fins utiles, la Cour de céans relève que la recourante ne critique pas la manière dont les revenus ont été établis par l'intimé, ni ne prétend à ce qu'il soit procédé à un abattement. A cet égard, la Cour de céans se limitera à rappeler que compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier –, il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à la recourante et accessibles sans formation particulière. Selon la jurisprudence, un abattement n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C\_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 ; TF 8C\_174/2019 du 9 juillet 2019 consid. 5.2.2 et les références). L'absence de formation professionnelle n'est en outre pas un élément pouvant être pris en considération puisque le niveau de compétence 1 de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (TF 8C\_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 ; 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018

consid. 5.2). La recourante ne peut être suivie lorsqu'elle prétend qu'aucune activité n'est envisageable au vu de ses circonstances personnelles.

**f)** L'intimé est cependant rendu attentif à la disposition transitoire RAI relative à la modification du 3 novembre 2021, selon laquelle le droit à la rente d'un assuré ne disposant pas de connaissances professionnelles suffisantes et n'ayant pas encore atteint l'âge de 30 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2022 doit être révisé dans un délai d'un an conformément aux nouvelles dispositions.

Sont principalement concernées par cette disposition les personnes qui n'ont pas pu commencer ou achever une formation professionnelle en raison de leur invalidité (cf. nouvel art. 26 al. 6 RAI). Cette disposition transitoire a été adoptée afin de ne pas désavantager ce groupe de personnes par rapport aux assurés pour lesquels un droit à la rente correspondant prend naissance sous le nouveau droit. À défaut, en l'absence des conditions de révision prévues à l'art. 17 al. 1 LPGA, le droit à la rente continuerait d'être basé, à l'âge de 30 ans révolus, sur le revenu sans invalidité réduit jusqu'ici en raison des classes d'âge. L'intention du législateur était donc d'obtenir une amélioration pour ces assurés (Lettre circulaire AI n° 145 du 18 mars 2022).

Une adaptation du droit à la rente en cours n'a cependant lieu que si les cinq points de pourcentage prévus à l'art. 17 al. 1 LPGA sont atteints. Si cette condition est remplie, le droit à la rente est augmenté au 1<sup>er</sup> janvier 2022 et la rente est simultanément transférée dans le système de rentes linéaire (Lettre circulaire AI n° 145 du 18 mars 2022).

**6. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et les décisions attaquées confirmées.

**b)** La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice

(art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

**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 Plumez peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le 8 mars 2024, le conseil de la recourante a déposé sa liste des opérations et débours pour la période allant du 10 août 2023 au 8 mars 2024. Dite liste inclut un total de 8h25. Au tarif horaire pratiqué en matière d'assistance judiciaire de 180 fr., cela représente un montant de 1'515 fr., auquel il convient d'ajouter un montant forfaitaire de 5 % pour les débours et la TVA (de 7,7 % jusqu'au 31 décembre 2023 et 8,1 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024) sur l'ensemble, soit un montant total de 1'632 fr. 25. Il apparaît que cette liste peut intégralement être suivie.

**d)** 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.** Les décisions rendues les 23 mars et 6 avril 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me Marc Plumez, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'632 fr. 25 (mille six cent trente-deux francs et vingt-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 et de l'indemnité du conseil d'office 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 Marc Plumez (pour la recourante),
- 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 :