

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juillet 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation professionnelle, a travaillé dès le 1^{er} juillet 2009 en tant que responsable de restaurant pour T._____. En arrêt de travail depuis le 17 février 2016, elle a perçu des indemnités de perte de gain en cas de maladie de M._____.

L'assurée a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 14 juin 2016, puis une demande de prestations le 15 juillet 2016, en signalant une incapacité de travail de 100 % en raison d'un mélanome. Au cours de l'entretien de détection précoce, elle a précisé qu'un mélanome avait été diagnostiqué lors de l'ablation d'un grain de beauté suspect sur sa jambe droite. Des métastases avaient ensuite été constatées dans les ganglions de sa jambe, lesquels avaient été enlevés avant d'entreprendre une chimiothérapie (cf. DP - Rapport initial du 7 juillet 2016).

M._____ a remis une copie du dossier de l'assurée à l'OAI le 23 août 2016, comprenant en particulier les rapports médicaux suivants :

- Un rapport établi le 20 mai 2016 par le Service H._____ du J._____, posant le diagnostic de mélanome de type SSM, Breslow 1.32 mm, non ulcéré de la jambe droite traité par excision le 4 décembre 2015. Une recherche de ganglions sentinelles positive (2/2) avait été suivie le 4 mars 2016 d'un curage inguinal droit avec 7 ganglions lymphatiques sans métastases. Cette intervention était à l'origine d'un lymphœdème au niveau du membre inférieur droit, entraînant une incapacité de travail de 100 % dans l'activité actuelle.
- Un rapport de consultation établi le 29 juin 2016 par le Service H._____. Vue le 19 mai 2016, la patiente présentait une

tuméfaction de la jambe droite en raison d'un lymphœdème, complication fréquente après un curage ganglionnaire inguinal.

- Un questionnaire médical d'M. _____ rempli le 16 juillet 2016 par le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale. Médecin traitant de l'assurée, il attestait d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 21 janvier 2016 pour une durée indéterminée dans toute activité et indiquait qu'il était trop tôt pour proposer des mesures de réinsertion. Il renvoyait pour le surplus aux rapports des médecins du J. _____.

Un extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été versé au dossier le 24 août 2016.

Répondant le 26 août 2016 au questionnaire de détermination du statut, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à sa santé, elle travaillerait à 100 % comme responsable en restauration, par nécessité financière.

Le Dr L. _____ a rempli un questionnaire médical de l'OAI le 6 septembre 2016, dans lequel il a indiqué en particulier que la capacité de travail de l'assurée restait nulle dans toute activité. Les limitations fonctionnelles étaient la position debout prolongée et les douleurs importantes au membre inférieur droit en raison de l'œdème.

T. _____ a remis le questionnaire pour l'employeur le 28 septembre 2016.

L'assurée a consulté le Dr S. _____, spécialiste en pneumologie, le 30 septembre 2016 en raison d'une dyspnée et d'une importante fatigue. Dans son rapport du 3 octobre 2016, ce spécialiste a exclu une apnée du sommeil mais, suspectant un asthme, il a prescrit un traitement et prévu de procéder à des tests de la fonction pulmonaire ultérieurement.

Parallèlement, l'assurée a débuté le 29 août 2016 une mesure d'intervention précoce sous forme de trois modules externalisés auprès de l'E. _____ (cf. communication du 18 août 2016). Prévue pour durer jusqu'au 6 janvier 2017, la mesure a cependant été interrompue à l'issue du premier module, le 7 octobre 2016, car l'intéressée ne se sentait pas apte à entamer un stage.

Dans un rapport de consultation du 30 septembre 2016, le Service X. _____ du J. _____ a indiqué qu'une reprise de l'activité professionnelle dans la restauration à 20 %, correspondant à un maximum 1h à 1h30 par jour, serait possible à compter du 1^{er} novembre 2016.

Répondant le 31 octobre 2016 à un questionnaire de l'OAI, le Service X. _____ a indiqué que l'évolution du lymphœdème était lentement favorable. La capacité de travail était de 20 % et pourrait augmenter à terme à 50 % en poursuivant la physiothérapie. Les limitations fonctionnelles étaient la position debout prolongée, avec la nécessité de s'asseoir pendant 20 minutes toutes les 1 ou 2 heures. Le Service a joint ses rapports de consultation des 23 mars, 27 avril et 29 juin 2016, ainsi que le protocole opératoire du 16 mars 2016 relatif au curage inguino-crural effectué le 4 mars 2016.

Le 11 janvier 2017, à la demande de l'OAI, le Dr L. _____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 21 janvier 2016 au 15 janvier 2017, puis de 75 % dès le 16 janvier 2017 pour une durée de trois mois au moins. Il a ultérieurement attesté d'une incapacité de travail de 100 % du 25 février au 10 mars 2017 (cf. prescription du 24 février 2017), puis de 85 % dès le 11 mars 2018 (cf. prescription du 27 mars 2017), taux régulièrement prolongé par la suite.

L'OAI a soumis le cas à son Service médical régional (SMR), lequel a rendu un rapport le 20 octobre 2017 constatant que la capacité de travail exigible était de 25 % dans l'activité habituelle de serveuse, mais de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Celles-ci étaient décrites comme suit : « pas de travail debout de plus de 1

heure ½ d'affilée, pas de marche prolongée, pas de montée et descente d'escalier fréquente, pas de travail en ambiance non tempérée ou poussiéreuse ».

Le 24 octobre 2017, M. _____ a informé l'assurée que son droit aux indemnités journalières serait épuisé le 15 février 2018. T. _____ a par ailleurs résilié le contrat de travail par lettre du 25 décembre 2017, pour le 28 février 2018.

L'OAI a rendu un projet de décision le 14 juin 2018, prévoyant de rejeter la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Il constatait que, depuis le 17 janvier 2017, l'assurée avait retrouvé une capacité de travail de 75 % dans son emploi habituel, ainsi qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail debout de plus d'une heure et demie de suite, pas de marche prolongée, pas de montée et descente d'escalier fréquente, pas de travail en ambiance non tempérée ou poussiéreuse. Les revenus avec et sans invalidité étant similaires, il n'y avait aucune perte économique et donc pas d'invalidité.

Réagissant à ce projet de décision le 26 juin 2018, le Dr L. _____ a exposé que sa patiente souffrait toujours de douleurs continues au membre inférieur droit et d'un important lymphœdème nécessitant des drainages lymphatiques réguliers et le port de bas de compression. Outre une hypothyroïdie substituée et un asthme bronchique, l'assurée souffrait également de lombalgies depuis début 2018, sur discopathie L4-L5, pour lesquelles une infiltration était envisagée. L'incapacité de travail avait été de 100 % du 21 janvier 2016 au 15 janvier 2017, de 75 % du 16 janvier au 24 février 2017, puis de 100 % du 25 février au 10 mars 2017. L'incapacité était de 85 % depuis le 11 mars 2017, de manière définitive et dans toute activité. Les douleurs et le risque d'œdème nécessitaient de bouger régulièrement et souvent de se coucher.

T._____ a également écrit à l'intimé le 27 juin 2018, afin de rappeler que son ancienne employée avait perçu des indemnités maladie du 1^{er} janvier 2016 au 28 février 2018 à divers pourcentages jusqu'à cessation des prestations et la fin de son contrat de travail. Des correspondances avec M._____ ainsi que des certificats de salaire et décomptes de prestation étaient joints.

L'assurée s'est opposée au projet de décision par courrier du 28 juin 2018. Se référant aux courriers de son employeur et de son médecin, elle a fait valoir que les certificats médicaux figurant à son dossier avaient été mal interprétés. Elle a en outre précisé qu'elle n'avait jamais été femme de ménage, mais qu'elle avait travaillé comme lingère, serveuse et enfin serveuse responsable.

Le 4 septembre 2018, le J._____ a produit diverses pièces médicales, dont :

- Un rapport de scanner thoraco-abdomino-pelvien du 2 août 2018, concluant à l'absence de récurrence tumorale.
- Un extrait du dossier patient résumant une consultation ambulatoire du 15 août 2018.
- Un rapport de consultation du Centre B._____ du 20 août 2018, posant le diagnostic de lombosciatalgies G>D avec probable radiculopathie incomplète L5 gauche. La patiente se plaignait depuis 2017 de douleurs au milieu de la colonne lombaire, irradiant depuis septembre 2017 vers la fesse gauche et pouvant descendre jusqu'au genou gauche. Plus récemment, la douleur irradiait aussi vers la fesse droite. Un arrêt de travail de 85 % était délivré.

L'OAI a soumis à nouveau la situation à son SMR. Dans son avis du 22 octobre 2018, le SMR a conclu comme suit :

« Compte tenu des pièces médicales fournies, un nouveau diagnostic (lombosciatalgies G>D sur protrusion discale médiane L4-

L5 avérée par imagerie) vient objectivement péjorer l'atteinte à la santé somatique de l'assurée qui voit sa [capacité de travail dans l'activité habituelle] passer de 25 à 15 %. A la liste des [limitations fonctionnelles] connues s'ajoute l'impossibilité de tenir la position assise prolongée (cf. courrier Dr L. _____ du 26.06.18). La [capacité de travail dans une activité adaptée] tenant compte des limitations fonctionnelles objectives ne semble pas réellement changée. Pour compléter l'instruction, apprécier l'évolution de l'atteinte à la santé de l'assurée, le caractère aigu ou chronique et donc durable des lombosciatalgies, nous allons réinterroger à distance raisonnable le médecin traitant et les médecins du Centre B. _____ et remercions la gestionnaire de se faire communiquer par l'assurée un éventuel consilium rhumatologique et rapports des examens d'imagerie effectués. »

Répondant le 2 novembre 2018 aux questions du SMR, le Dr L. _____ a fait état d'une faible amélioration des douleurs lombosciatiques ainsi que de l'apparition de douleurs et de kystes au genou droit et au pli inguinal droit. L'incapacité de travail était définitivement de 85 % dans toute activité.

Le 12 novembre 2018, le J. _____ a produit, en particulier, le rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 2 février 2018, concluant à l'absence de signe de métastase vertébrale et à la présence d'une discopathie L4-L5 associée à une protrusion discale médiane pouvant engendrer un conflit disco-radiculaire L5 bilatéral.

Dans un avis du 29 novembre 2018, constatant que les nouveaux rapports au dossier ne permettaient pas de déterminer clairement la capacité de travail dans une activité adaptée, le SMR a demandé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire comprenant la rhumatologie et la médecine interne.

Le 17 décembre 2018, le Centre B. _____ a également répondu à un questionnaire du SMR, en indiquant qu'il y avait eu des réponses positives au bloc des branches médianes des rameaux postérieurs de L4 à S1 bilatérale avec diminution de la douleur lombosciatique. Une dénervation par radiofréquence avait été faite le 27 novembre 2018. La brachialgie persistait, au niveau du territoire où il n'y avait pas eu d'antalgie invasive pour le moment.

Le mandat d'expertise bi-disciplinaire a été confiée au centre d'expertise V._____, lequel a désigné les Drs G._____, médecin praticien, et K._____, spécialiste en rhumatologie. Les experts ont rencontré l'assurée les 12 et 15 avril 2019, puis ont déposé leur rapport le 29 mai 2019. Le rapport d'expertise comprenait les rapports de chaque expert dans sa spécialité, accompagnés des pièces médicales et rapports d'examen complémentaires obtenus au cours de l'expertise, ainsi qu'une évaluation consensuelle. Les experts ont ainsi retenu que la capacité de travail de l'assurée était de 0 % dans l'activité habituelle et de 75 % dans une activité adaptée, de type bureau. Les limitations fonctionnelles sont liées au lymphoedème (pas de travail debout de plus d'une heure trente d'affilée, pas de marche prolongée, pas de montée ou descente d'escaliers fréquente), à l'asthme (pas de travail en ambiance non tempérée ou poussiéreuse), ainsi qu'aux lombalgies avec des douleurs irradiant dans la fesse gauche (pas de travaux lourds, pas de ports répétés de charges lourdes, pas de position debout prolongée ou penchée en avant). Il fallait également tenir compte d'une fatigue liée au cancer (Cancer Related Fatigue, CRF), entraînant une baisse de rendement également dans une activité adaptée aux limitations d'ordre physique.

Le SMR a pris connaissance de ce rapport d'expertise et a déclaré s'y rallier dans son avis du 8 juillet 2019.

Le 24 juillet 2019, l'OAI a procédé à un nouveau calcul du salaire exigible, aboutissant à un préjudice économique de 20 %, puis a convoqué l'assurée pour un entretien sur les possibilités de réadaptation. L'intéressée s'est présentée le 17 septembre 2019 et, bien qu'étonnée par le résultat de l'expertise et considérant que son état de santé n'était pas stabilisé, elle s'est déclarée intéressée par une mesure comprenant bilan, orientation et stage auprès de l'E._____. Elle a par ailleurs signalé avoir débuté un suivi auprès d'un psychiatre et communiqué le nom du médecin traitant qui a repris son suivi après le départ à la retraite du Dr L._____ (cf. note d'entretien du 17 septembre 2019). Ainsi, selon deux communications du 7 octobre 2019, l'OAI a pris en charge les frais d'une mesure d'orientation professionnelle auprès d'E._____ du 30 septembre

au 20 décembre 2019, et a octroyé des indemnités journalières durant la mesure et dans l'attente d'un stage, soit dès le 30 septembre 2019.

Le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rempli un formulaire de l'OAI le 14 novembre 2019. Précisant suivre l'assurée depuis le 20 février 2019, il a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10). La capacité de travail dépendait en premier lieu de son état de santé physique, son état psychique étant consécutif à sa situation somatique.

L'assurée a été hospitalisée au Service de Consultation D._____ du 2 au 20 décembre 2019 pour participer à une prise en charge multidisciplinaire de restauration fonctionnelle du rachis, dans le cadre des lombopyalgies gauches chroniques non déficitaires. Le séjour s'inscrivait dans le contexte d'une augmentation des douleurs, devenues provisoirement bilatérales. L'évolution avait été favorable, en permettant à la patiente de voir une légère amélioration de sa situation et de mieux fonctionner avec les douleurs. Une diminution globale des douleurs avait également été objectivée, une diminution de la raideur matinale et une augmentation de l'endurance musculaire. Des investigations avaient été faites pour les douleurs migrantes des mains, mais sans révéler d'origine ostéoarticulaire. Il était enfin relevé que la situation était restée stable sur les plans psychologique et « internistique » (cf. rapport de sortie établi le 23 décembre 2019 à l'intention du Dr L._____).

Par communication du 10 janvier 2020, l'OAI a prolongé la mesure d'orientation professionnelle pour la période du 13 janvier au 20 février 2020. Un premier stage sur quatre matinées a eu lieu du 13 au 16 janvier 2020, mais l'assurée n'a pas pu travailler le dernier jour, participant seulement à l'évaluation, en raison de fortes douleurs survenues la veille après son travail (cf. courriel d'E._____ du 17 janvier 2020). Un second stage, prévu pour durer du 20 au 31 janvier 2020, a également été écourté dès lors que l'assurée n'a pas pu travailler du 21 au 26 janvier 2020 (cf. certificat médical délivré le 21 janvier 2020 par le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale). En conséquence,

la mesure a été interrompue avec effet au 14 février 2020 (cf. note d'entretien du 7 février 2020 entre l'OAI et E._____).

Le Dr P._____ a rempli un questionnaire médical de l'OAI le 27 février 2020. Il a fait état de fortes limitations avec douleur fluctuante favorisée par l'immobilité (position assise) mais également par la marche, les déplacements et les charges physiques. La capacité de travail exigible était de 15 % dans toute activité, mis à part trois périodes d'arrêt de travail complet entre 2019 et 2020. L'atteinte semblait définitive depuis 2016 malgré les thérapies entreprises. Le médecin ajoutait que les différentes tentatives d'augmenter la capacité de travail au-delà de 15 % s'étaient rapidement soldées par des échecs ayant entraîné une incapacité complète pour récupérer de la charge de travail trop forte. Il a joint en particulier les rapports établis les 9 avril et 18 juin 2019 par le Centre B._____ ainsi que les 15 août et 14 novembre 2019 par la Consultation D._____.

Réinterrogé par l'OAI, le Centre B._____ a indiqué le 12 mai 2020 que l'assurée présentait des lombalgies avec irradiation au membre inférieur gauche sans déficit neurologique, ainsi que des douleurs diffuses aux mains, mais ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.

Également recontactée par l'OAI, la Consultation D._____ a répondu le 18 mai 2020, que, sous réserve d'une évaluation formelle des capacités fonctionnelles de la patiente et d'une mise en situation, il paraissait improbable qu'elle puisse reprendre une activité à 100 % au vu des multiples échecs sur les dernières années. Les lombo-pygalgies présentaient un facteur limitant dans l'ancien métier de serveuse et les récentes comorbidités ainsi que les facteurs défavorables sur le plan psychosocial pouvaient aussi exercer une influence. Le potentiel de réadaptation était de 5 à 8 heures par jour, à mettre en situation s'agissant de l'ancienne activité de serveuse où le rendement serait en outre diminué (besoin de faire des pauses supplémentaires). Avec une augmentation progressive du taux d'activité, une reprise à 100 % était théoriquement possible dans un poste adapté, mais des facteurs

défavorisant sur le plan psychologique pourraient exercer une influence (absence de formation spécifique, intégration sociale limitée, troubles thymiques non précisé avec suivi en cours). L'assurée n'était pas limitée pour les activités instrumentales de la vie quotidienne. Un rapport de consultation du 27 avril 2020 était joint notamment. Portant sur la consultation du 12 mars 2020, ce rapport exposait en particulier que certains éléments suggéraient une composante de fibromyalgie mais que le traitement était « déjà maximaliste ».

Les nouvelles pièces médicales ont été soumises à la permanence SMR du 7 juillet 2020. Celle-ci a constaté qu'une activité adaptée était possible depuis le 12 mars 2020 selon le rapport du 18 mai 2020, et a préconisé de recommencer l'approche de réadaptation dans une activité adaptée avec 5 heures par jour, en visant un taux de 75 % dans les trois mois.

L'OAI a ainsi convoqué l'assurée pour un entretien portant sur les possibilités de réadaptation, lequel a eu lieu le 30 octobre 2020 par téléphone en raison de la situation sanitaire. L'assurée ayant indiqué qu'une intervention chirurgicale était envisagée, un rendez-vous étant fixé avec un neurologue (cf. note d'entretien du 30 octobre 2020), elle a été recontactée par l'OAI le 10 novembre 2020. L'assurée a alors indiqué que l'intervention (canal carpien) n'était pas nécessaire mais que la problématique restait entière, à savoir des douleurs impactant son sommeil. Elle a cependant indiqué qu'elle contacterait son ancien employeur pour déterminer si un stage pourrait être réalisé, tandis que l'OAI proposait de solliciter à nouveau l'E. _____ (cf. note d'entretien du 10 novembre 2020). T. _____ a contacté l'OAI le 11 novembre 2020 pour indiquer qu'un stage pourrait être mis en place à la lingerie ou aux nettoyages pour l'un de ses restaurants (cf. note d'entretien du 11 novembre 2020). L'assurée a confirmé le 1^{er} décembre 2020 qu'elle pourrait débiter un stage à 40 % dès le 10 décembre 2020 (réouverture du restaurant), ce qui lui permettrait d'observer ses limitations fonctionnelles dans un environnement connu (cf. note d'entretien du 1^{er} décembre 2020).

Par communication du 6 janvier 2021, l'OAI a octroyé une mesure de reclassement par la prise en charge d'un stage professionnel auprès de T. _____ du 1^{er} décembre 2020 au 28 février 2021, avec un taux de présence de 3 heures par jour du dimanche au jeudi. Des indemnités journalières ont en outre été versées (cf. décision du 11 janvier 2021). L'assurée a toutefois demandé l'arrêt de la mesure le 8 janvier 2021, à la suite de rendez-vous avec son psychiatre puis son médecin traitant (cf. note d'entretien du 8 janvier 2021). Le 12 janvier 2021, le Dr P. _____ a délivré un arrêt de travail à 100 % dès le 11 janvier 2021, date à laquelle la mesure a été interrompue.

Répondant le 5 février 2021 à un questionnaire de l'OAI, le Dr P. _____ a fait part d'une évolution défavorable sur le plan psychique depuis 2020. Vu l'échec de toutes les tentatives de reprise du travail, il estimait que la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis 2017.

Le Dr R. _____ a fait de même le 10 février 2021. Il a exposé qu'au cours de la tentative de reprise d'activité entamée en décembre 2020, les douleurs avaient progressivement augmenté malgré la grande flexibilité horaire accordée afin de lui permettre de prendre de longues pauses. Le constat de son incapacité à pouvoir honorer son cahier des charges dans les conditions adaptées ainsi que son inaptitude à travailler avaient été très blessants narcissiquement, chez une patiente de caractère indépendant. Il posait le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2). Les limitations fonctionnelles d'ordre psychique étaient une diminution de l'efficacité, ainsi qu'une plus grande fatigabilité et sensibilité pouvant découler sur une labilité émotionnelle.

Suivant l'avis SMR du 8 mars 2021, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a rencontré l'assurée les 17 et 24 août 2021 et déposé son rapport le 26 août 2021. Il a retenu le diagnostic d'épisode dépressif, sans

symptômes psychotiques (F32.2), lequel n'entraînait aucune répercussion sur la capacité de travail.

Le SMR a pris connaissance de ce rapport et conclu, dans son avis du 28 septembre 2021, qu'il présentait plusieurs lacunes nécessitant de réinterroger l'expert. L'expert a répondu aux questions complémentaires du SMR le 5 octobre 2021, en décrivant les critères qui l'ont amené à poser son diagnostic et à ne pas retenir d'effet sur la capacité de travail, les ressources de l'expertisée et l'évolution de sa capacité de travail depuis 2019. Insatisfait de cette réponse, le SMR a préconisé, dans son avis du 26 octobre 2021, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Le mandat pour cette nouvelle expertise a été confié à la Dre A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'experte a rencontré l'assurée les 8 et 29 mars 2022 en collaboration avec la psychologue F._____, puis a déposé son rapport le 4 avril 2022. Au terme de son analyse, l'experte a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), avec des traits mixtes de la personnalité anxieuse, actuellement non décompensés (Z73.1), et de trouble douloureux somatoforme (F45.4). Ces atteintes n'avaient jamais eu de répercussion sur la capacité de travail.

Dans son avis du 6 mai 2022, le SMR a déclaré se rallier aux conclusions de cette seconde expertise psychiatrique, qui était complète, précise et convaincante. En conséquence, il fallait retenir que l'assurée présentait une longue maladie et une incapacité de travail de 100 % depuis décembre 2015, mais qu'elle avait retrouvé une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès mars 2016. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de travail debout plus d'une heure et demie d'affilée, pas de marche prolongée, pas de montée et descente d'escalier fréquente, pas de travail en ambiance non tempérée ou poussiéreuse, pas d'activité physique lourde, pas de port répété de charges lourdes, pas de position debout prolongée ou penchée en avant.

L'OAI a procédé le 30 juin 2022 à un calcul du salaire exigible en se fondant, pour le revenu sans invalidité, sur le salaire indiqué dans le rapport de l'employeur du 28 septembre 2016, indexé à 2017, et pour le revenu avec invalidité, sur les statistiques 2016, indexées à 2017, au taux de 75 %. Il en résultait un préjudice économique de 20.05 %. Il était par ailleurs noté que la capacité de travail résiduelle de l'assurée pourrait être mise en valeur « dans un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement léger, ou comme aide-administrative (réception, scannage et autres) ». Il était par ailleurs renoncé à proposer l'aide au placement, laquelle pourrait néanmoins être octroyée sur demande écrite et motivée de l'assurée (cf. REA - Rapport final du 30 juin 2022).

L'OAI a rendu un nouveau projet de décision le 8 juillet 2022, annulant et remplaçant celui du 14 juin 2018, par lequel il prévoyait de rejeter la demande d'invalidité car la comparaison des revenus avec et sans invalidité montrait un préjudice de 20.02 %, inférieur au taux minimal donnant droit à une rente. Par ailleurs, des mesures professionnelles simples et adéquates n'étaient pas susceptibles de réduire le préjudice économique, mais une aide au placement pourrait être allouée sur demande motivée par écrit.

L'assurée s'est opposée à ce projet dans un courrier parvenu le 9 août 2022 à l'OAI. En précisant que son suivi psychologique était lié à sa situation professionnelle et financière, ainsi qu'au fait de ne pouvoir travailler, elle s'est référée aux rapports médicaux suivants, joints à son écriture :

- Un rapport établi le 24 novembre 2021 par le Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie, posant le diagnostic de fibromyalgie et donnant notamment des recommandations pour améliorer les

douleurs dans la mesure où les antalgiques avaient « une efficacité très modeste dans cette situation ».

- Un rapport d'IRM de l'épaule droite du 6 juillet 2022, concluant à une bursite sous-acromiale et une discrète tendinopathie d'insertion du sus-épineux avec œdème osseux de l'humérus.

L'assurée a produit ultérieurement, en particulier, un compte-rendu du 8 décembre 2021 relatant un colloque du Service H._____ qui s'est déroulé le 28 octobre 2021. Il était relevé que les derniers examens radiologiques étaient sans particularité, de sorte que le suivi radiologique pouvait être arrêté. Le Dr P._____ a par ailleurs souligné, dans un courriel adressé le 12 décembre 2022 à l'OAI, que l'expertise rhumatologique datait de mai 2019 alors que deux expertises psychiatriques avaient été effectuées entretemps.

A la suggestion du SMR, le Dr Z._____ a été invité par l'OAI à remplir un questionnaire. Ce spécialiste s'est limité à indiquer, le 25 janvier 2023, qu'il n'avait vu l'assurée qu'à une reprise, le 24 janvier [recte : novembre] 2021, et que l'ensemble de ses constatations figuraient dans le rapport rédigé à cette occasion.

Le SMR a établi un nouvel avis le 2 mars 2023, concluant comme suit :

« Discussion et conclusion

Comme nous l'avons déjà annoncé dans notre avis précédent, le Dr Z._____ retient le diagnostic de fibromyalgie (selon les critères diagnostics de référence) et signale une intensification de douleurs diffuses, surtout aux doigts des mains, mais sans signes inflammatoires et sans éléments objectifs pour un éventuel syndrome du tunnel carpien, chez une femme avec arthrose des doigts et lombo-sciatalgies chroniques gauches non déficitaires.

Néanmoins le status clinique est assez rassurant et globalement superposable à ce qui avait été décrit dans l'expertise bi-disciplinaire V._____ du 12 et 15.04.2019 (rapport du 29.05.2019, GED 11.06.2019). En effet, le tableau clinique est dominé par un syndrome douloureux chronique qui était déjà connu en 2019.

Finalement le Dr Z._____ conseille une activité physique régulière afin d'éviter un déconditionnement musculaire et pour augmenter le seuil douloureux (les antalgiques ont une efficacité très modeste

dans cette situation), il ne conseille pas d'investigations supplémentaires ni de nouvelles infiltrations au rachis.

Par conséquent nous pouvons conclure que les pièces médicales reçues ne sont de nature à modifier notre position détaillée dans l'avis SMR du 06.05.2022. »

Par décision du 29 mars 2023, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Dans une prise de position jointe faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a exposé que les informations reçues du Dr Z._____ faisaient état d'un status assez rassurant et globalement superposable à ce qui avait été décrit dans l'expertise réalisée en 2019. En conséquence, la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément susceptible de remettre en doute le bien-fondé de la position de l'OAI.

B. U._____ a recouru contre cette décision par acte adressé le 9 mai 2023 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a fait valoir, en substance, qu'elle ne pouvait reprendre aucune activité professionnelle au taux de 75 % retenu par l'intimé en raison des douleurs qu'elle ressent depuis 2016. En outre, un abattement devait être pris en compte dans le calcul de son revenu avec invalidité, en raison de l'absence de formation et des importantes limitations fonctionnelles. Elle a conclu implicitement à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente.

Par décision du 6 juin 2023, déférant à la demande en ce sens incluse dans le recours, la Juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire incluant l'exonération d'avances, de frais judiciaires et de franchise mensuelle, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Flore Primault.

Dans sa réponse du 22 juin 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, S'appuyant sur l'avis SMR du 2 mars 2023, il a relevé qu'aucun avis des intervenants médicaux au dossier ne mettait en doute les conclusions des expertises au dossier.

Répliquant le 16 octobre 2023 sous la plume de Me Primault, la recourante a confirmé sa conclusion en réforme et pris une conclusion subsidiaire tendant à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour rendre une nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a en outre requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, faisant valoir que les expertises figurant au dossier ne répondaient pas aux exigences jurisprudentielles en matière de preuve en présence d'une fibromyalgie. Par ailleurs, l'intimé n'avait pas procédé à une analyse suffisante des indicateurs, ni tenu compte de manière adéquate des observations faites durant les mesures de réadaptation.

Par duplique du 6 novembre 2023, l'intimé a fait valoir que les critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes avaient fait l'objet d'une analyse suffisante, se référant à cet égard à l'avis SMR du 6 mai 2022. L'argumentation de la recourante n'étant pas de nature à modifier sa position, il confirmait ses conclusions.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 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 une rente de l'assurance-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^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Tel est le cas en l'espèce. L'intimé a en effet retenu que le droit à la rente pouvait naître au plus tôt le 1^{er} février 2017, date qui n'est pas contestée par la recourante.

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

b) 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).

c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) 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).

5. a) En l'espèce, il est constant que la recourante n'est plus en mesure depuis février 2016 d'exercer son activité habituelle de serveuse en raison d'atteintes somatiques dont elle souffre, en l'occurrence une problématique d'ordre rhumatologique et des complications apparues lors du traitement du lymphome diagnostiqué fin 2015. L'intimé a cependant retenu que l'intéressée présentait une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis 2016, en se fondant sur un rapport d'expertise bi-disciplinaire portant sur les problématiques somatiques établie le 29 mai 2019 par deux experts du V._____, ainsi que sur le rapport d'expertise psychiatrique déposé le 4 avril 2022 par la Dre A._____.

b) Sur le plan somatique, les experts du V._____ ont disposé du dossier fourni par l'intimé, qu'ils ont complété de rapports obtenus directement auprès des médecins traitants et en mettant en œuvre un bilan radiographique des mains (cf. pièces jointes au rapport). Ils ont chacun rencontré la recourante et établi un rapport dans leur spécialité respective comprenant, d'une part, l'anamnèse établie par l'expert sur la base de son entretien avec l'intéressée, incluant son parcours de vie, ses plaintes, ses antécédents médicaux ainsi que sa journée-type et, d'autre part, les observations faites lors de l'examen, les diagnostics et les réponses motivées aux questions soumises par l'intimé. Chaque expert a posé ses diagnostics en expliquant les motifs pour lesquels il a retenu telles atteintes et en a écarté d'autres, en s'appuyant non seulement sur ses propres observations à l'examen mais également sur les observations et conclusions figurant dans les rapports établis en temps réel par les médecins traitants. Une évaluation consensuelle a ensuite été établie par visioconférence (cf. p. 7 de l'évaluation consensuelle). Cette expertise bi-disciplinaire remplit ainsi l'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière, ce que le SMR a du reste constaté dans son avis du 8 juillet 2019.

aa) Du point de vue de la médecine interne, le Dr G._____ a posé trois diagnostics, à savoir le mélanome de type SSM Breslow 1.32 mm, non ulcéré de la jambe droite, une fatigue liée au cancer (Cancer-Related-Fatigue, CRF) et un asthme bronchique d'origine obstructive. Il a indiqué, pour chaque atteinte retenue, les éventuelles conséquences sur la capacité de travail et limitations fonctionnelles. Ainsi, il a relevé qu'un lymphœdème, survenu à la jambe droit au cours du traitement du mélanome, entraînait d'importantes limitations fonctionnelles (pas de travail debout de plus d'une heure trente d'affilée, pas de marche prolongée, pas de montée-descente d'escaliers fréquente), entraînant une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle de serveuse gérante. La fatigue liée au cancer, qui pouvait durer « encore très longtemps » après la fin du traitement, était également responsable d'une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, mais n'empêchait pas une activité adaptée. Enfin, l'asthme, traité, n'était pas incapacitant au jour de l'expertise sous réserve de respecter un lieu de travail en ambiance tempérée et non poussiéreuse (ch. 6 de l'expertise de médecine interne). Dès lors, dans une activité adaptée, de type bureau et respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était complète mais le rendement diminué de 25 % en raison de la nécessité de prendre des pauses de 30 minutes toutes les heures et demie. Cette situation perdurait depuis le 4 mars 2016, date du curage ganglionnaire ayant causé le lymphœdème, et avait peu de chance de s'améliorer (cf. ch. 8 de l'expertise de médecine interne).

La recourante n'a émis aucun grief à l'égard des diagnostics et conclusions de l'expert en médecine interne. Celui-ci s'est positionné en ayant connaissance des rapports établis dès 2016 par les médecins traitants de l'assurée et a motivé la capacité de travail qu'il a déterminée. Il a par ailleurs retenu des limitations fonctionnelles similaires à celles décrites le 31 octobre 2016 par le Service X._____. Postérieurement à l'expertise, aucune aggravation de la situation n'a été signalée. Le rapport établi à l'issue de l'hospitalisation en décembre 2019 mentionne que l'état de santé a été stable du point de vue de la médecine interne durant ce séjour. Par la suite, les médecins du Service H._____ ont confirmé

l'absence de récurrence du cancer, conduisant à l'arrêt du suivi radiologique en décembre 2021. Pour leur part, le Dr L._____, puis le Dr P._____ à sa suite, ont évalué que la capacité de travail de la recourante était de 25 % puis définitivement de 15 % dans toute activité, sans toutefois indiquer pour quels motifs une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ne serait pas exigible. Les rapports du Dr P._____ ne font, quoi qu'il en soit, pas état d'une quelconque évolution du lymphœdème. Ainsi, aucun élément du dossier n'est de nature à jeter le doute sur les conclusions du Dr G._____.

bb) L'experte en rhumatologie a retenu, pour sa part, les diagnostics de lombalgies chroniques (irradiant dans la fesse gauche, avec à l'IRM la description d'une discopathie L4-L5 et une protrusion discale pouvant irriter les racines L5) et de douleurs des mains d'origine indéterminée (sans substrats objectifs retrouvés). Elle a précisé que la problématique existait de longue date, mais avait été aggravée par la boiterie du membre inférieur droit à la suite du curage ganglionnaire, avec l'apparition de douleurs à la fesse gauche, et n'avait pas évolué depuis. Les atteintes rhumatologiques entraînaient une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité de serveuse, depuis 2017. Les limitations fonctionnelles, liées aux lombalgies, étaient les positions debout prolongées, les ports de charges et les positions penchées en avant. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 %.

Le Dr L._____ a signalé pour la première fois une problématique rhumatologique dans son rapport du 26 juin 2018, avec la précision que les lombalgies étaient ressenties depuis le début de l'année 2018. Comme déjà relevé, les Drs L._____ et P._____ n'ont pas indiqué pour quels motifs une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques ne serait pas exigible à un taux plus élevé. Jusqu'à l'expertise bidisciplinaire, les spécialistes consultés par la recourante pour ses douleurs dorsales ne s'étaient jamais prononcés sur sa capacité de travail. Dans les mois qui ont suivi l'expertise, une aggravation des douleurs a été rapportée, laquelle a motivé un séjour hospitalier en décembre 2019 pour des thérapies physiques et

fonctionnelles au terme duquel une amélioration a pu être objectivée. La recourante a été revue à la consultation le 12 mars 2020 et il a été constaté que la situation était stationnaire depuis le séjour hospitalier. La patiente présentait une bonne réponse au traitement avec une diminution des lombopyalgies, une diminution du déconditionnement musculaire et une raideur musculaire beaucoup moins prononcée (cf. rapport de la Consultation D._____ du 27 avril 2020). Réinterrogés par l'intimé, les médecins de la Consultation D._____ ont exposé le 18 mai 2020 que les lombopyalgies ne permettraient probablement pas la reprise à 100 % dans l'activité de serveuse, mais on évoqué un potentiel de réadaptation de 5 à 8 heures par jour avec un rendement diminué par le besoin de faire des pauses. Ils admettaient en revanche qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était théoriquement possible à 100 %, sous réserve de facteurs psychosociaux défavorables (absence de formation, intégration sociale limitée, troubles thymiques non précisés). Cette appréciation est superposable à celle de l'experte en rhumatologie.

cc) Les stages organisés par l'E._____ en janvier 2020 ont été interrompus par la recourante au bout de quelques jours seulement. Celle-ci se plaignait d'une augmentation de ses douleurs, nécessitant l'adaptation de sa médication (cf. note d'entretien du 7 février 2020). Il n'a cependant pas été possible, sur une si courte durée, de déterminer s'ils étaient adaptés aux limitations fonctionnelles. Alors que la recourante venait de passer trois semaines en milieu hospitalier pour suivre des thérapies physiques et fonctionnelles et que les bénéfices de ce séjour étaient encore sensibles en mars 2020, il ne peut être tiré aucune conclusion de l'échec de ces stages en regard des conclusions de l'expertise rhumatologique.

Il en va de même s'agissant du stage débuté en décembre 2020 auprès de l'ancien employeur. Celui-ci a été rapidement interrompu à la demande de la recourante, avec l'appui de ses médecins traitants. Ce résultat peut, tout au plus, confirmer que la reprise de l'activité habituelle dans la restauration n'est plus exigible même à un taux restreint, ce que les experts du V._____ avaient déjà constaté.

dd) Avec son opposition au projet de décision de l'OAI du 8 juillet 2022, la recourante a produit un rapport du Dr Z._____ du 24 novembre 2021, posant le diagnostic de fibromyalgie. Ce spécialiste a noté que la recourante se plaignait d'une intensification de douleurs diffuses, avec des arthralgies aux doigts des mains en correspondance de nodules d'arthrose, de cervico-scapulalgies bilatérales, de lombalgies, de douleurs de périhanche et aux genoux.

Le Dr Z._____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail. Il a néanmoins émis diverses recommandations pour diminuer la douleur, en particulier la pratique d'une activité physique régulière afin d'éviter un déconditionnement musculaire et d'augmenter le seuil douloureux. Réinterrogé par le SMR, ce spécialiste a indiqué qu'il ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail, n'ayant vu la recourante qu'à une reprise. S'il a admis le 2 mars 2023 que le diagnostic de fibromyalgie était posé « selon les critères de référence », le SMR a cependant relevé que le status décrit par le Dr Z._____ était globalement superposable à ce qui avait été exposé dans l'expertise bidisciplinaire. Cela étant, bien que ce diagnostic doit avant tout être posé par un médecin rhumatologue (TF 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1), la jurisprudence considère que les manifestations cliniques d'une fibromyalgie sont pour l'essentiel similaires à celles d'un syndrome somatoforme douloureux (CIM-10 F45.4), raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Ainsi, le nouveau diagnostic posé par le Dr Z._____ ne remet pas en question les conclusions de la Dre K._____, l'impact d'une telle atteinte sur la capacité de travail devant être évalué par un spécialiste en psychiatrie.

c) Sur le plan psychique, c'est à juste titre que l'OAI a écarté le rapport d'expertise du Dr Q._____. En effet, l'analyse opérée par ce spécialiste présentait des contradictions qui n'ont pas été éclaircies à satisfaction dans le complément d'expertise requis par le SMR. En outre,

s'il a pu prendre connaissance de l'entier du dossier de l'intimé et rencontrer l'assurée à deux reprises, le Dr Q. _____ n'a pas utilisé la structure proposée par l'intimée. Il en résulte de sérieuses lacunes dans l'examen des indicateurs exigé par la jurisprudence. Ainsi, le rapport dans son ensemble manque d'étayage. L'expert n'a pas motivé son diagnostic, ni proposé un examen satisfaisant des ressources et difficultés de la recouante. Il a enfin renoncé à se positionner sur l'évolution de la capacité de travail de l'assurée. Il n'est ainsi pas possible, à lecture du rapport et de son complément, d'avoir une vision claire et précise de l'impact de l'état de santé psychique de la recourante sur sa capacité de travail.

En revanche, il faut admettre avec l'intimé et le SMR que le rapport d'expertise déposé le 8 février 2021 par la Dre A. _____ répond aux standards exigés par la jurisprudence en matière de fibromyalgie ou troubles somatoformes. Cette experte a disposé du dossier fourni par l'intimé et, en association avec une psychologue, a rencontré la recourante lors de deux entretiens de 3 heures chacun. L'experte a établi son anamnèse en suivant un plan précis, débutant par une synthèse du dossier mis à sa disposition (ch. 2 du rapport d'expertise) et le compte-rendu de ses entretiens avec l'intéressée (ch. 3 du rapport). Au cours de ceux-ci, la recourante a été interrogée de manière structurée et l'experte a pris note de ses plaintes spontanées (ch. 3.2.1 du rapport), de son positionnement face à ses troubles (ch. 3.2.2 du rapport), puis a établi une anamnèse comprenant les antécédents médicaux personnels et familiaux de la recourante (ch. 3.2.3 et 3.2.4 du rapport), son parcours de vie (ch. 3.2.5 à 3.2.10 du rapport), son entourage social et l'aide dont elle bénéficie (cf. ch. 3.2.11 du rapport), la description de sa journée-type et de ses loisirs (ch. 3.2.13 du rapport), les traitements suivis (ch. 3.2.14 du rapport), sa perception de l'avenir (ch. 3.2.15 du rapport), puis enfin les incohérences apparues aux yeux de l'experte (ch. 3.2.16 du rapport). Le ch. 4 de l'expertise décrit l'examen clinique, comprenant les critères diagnostics examinés (addictions ; symptômes psychotiques ; humeur ; troubles hyperkinétiques ; troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et somatoformes ; troubles de la personnalité ; autres troubles). Au ch. 5 du rapport, l'experte a noté ses constatations objectives, sur les

plans somatiques et psychiatriques, et présenté les résultats de l'examen psychométrique obtenu avec divers instruments d'évaluation utilisés durant l'examen, et enfin les résultats d'analyses biologiques, étant précisé qu'elle n'avait pas pris contact avec les médecins traitants (ch. 6 du rapport). Sur la base de cette anamnèse, elle a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) avec traits mixtes de la personnalité anxieuse, actuellement non décompensés (Z73.1) et de trouble douloureux somatoforme (F45.4 ; ch. 7 du rapport). Procédant à l'analyse des indices de gravité en s'appuyant sur la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'évaluation de l'invalidité en cas de troubles psychiques, elle a conclu que ces indices n'étaient « pas remplis, depuis mars 2018 au présent, dans l'absence des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives objectivables pour les diagnostics susmentionnés », de sorte que les diagnostics retenus n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Elle a motivé ses conclusions au ch. 8 de son rapport, se positionnant notamment par rapport aux diagnostics retenus par le psychiatre traitant ainsi que dans la première expertise et évaluant les capacités, ressources et difficultés de la recourante à travers le questionnaire MiniCIF 10. L'experte a enfin répondu aux questions du mandat (ch. 9 du rapport).

Dans sa réplique, la recourante remet en question la valeur probante de cette expertise au motif qu'elle ne serait pas suffisante pour évaluer l'invalidité de la recourante en lien avec le diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr Z._____. Elle lui reproche d'avoir utilisé une check-list dont elle aurait « simplement coché les rubriques sans vraiment développer les points importants », de sorte que l'intrication des atteintes à la santé somatiques et psychiques ne serait pas prise en compte. Ce grief tombe à faux. Certes, comme relevé, l'experte a établi l'anamnèse selon un schéma précis. Cette méthode ne paraît cependant pas dénuée d'utilité, dès lors que la tâche de l'experte était justement d'avoir une vision complète et exacte de la situation de la recourante sans devoir multiplier les entrevues. Cela étant, l'intéressée ne pointe pas de lacunes, d'erreurs ou d'imprécisions s'agissant du contenu de cette anamnèse. Etablie sur la base des rapports au dossier et de deux entretiens de 3

heures chacun, elle porte en effet sur tous les aspects de la vie de la recourante de manière très détaillée. On relève du reste que le déroulement de la journée-type décrite par la Dre A._____ est semblable à celle rapportée dans l'expertise de médecine interne. L'experte a mis les différents éléments anamnestiques en perspectives, ce qui lui a notamment permis de percevoir certaines contradictions dont elle a discuté avec l'intéressée en entretien (cf. 3.2.16 du rapport). Par ailleurs, l'experte a utilisé divers questionnaires d'évaluation en tant qu'outils diagnostique reconnus dans la profession. Ceux-ci ont servi de base pour poser des conclusions motivées, exposant notamment les raisons pour lesquelles elle s'écartait des diagnostics posés respectivement par le psychiatre traitant et par le Dr Q._____. Enfin, contrairement à ce que laisse entendre la recourante, l'examen de la gravité ne repose pas uniquement sur le questionnaire MiniCIF 10, celui-ci venant seulement confirmer ou résumer l'analyse motivée au ch. 7.1 du rapport.

Les autres éléments pointés par la recourante relèvent d'une appréciation différente de sa situation, qu'elle ne fonde ni sur un rapport médical, ni sur des éléments de faits. Elle fait ainsi valoir en particulier que l'experte aurait dû tenir compte de l'impact des problèmes physiques rencontrés par la recourante, ainsi que toute son histoire médicale physique, incluant les efforts entrepris pour recouvrer la santé et pour se réinsérer professionnellement. Or, comme déjà dit, l'anamnèse établie par la Dre A._____ est complète et détaillée, y compris sur ces points. L'experte a noté, en particulier, que les mesures de réinsertion avaient été interrompues en raison des douleurs physiques ressenties par la recourante. Celle-ci mentionne également la nécessité de comparer sa situation sociale avant et après l'atteinte à la santé. Elle n'expose toutefois pas en quoi ces comparaisons seraient pertinentes pour évaluer son invalidité. Cette notion se définit en effet par l'impact d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain ou d'accomplir ses tâches habituelles d'un assuré. Il ne s'agit ainsi pas de déterminer ce qui a changé dans sa vie depuis l'atteinte à la santé, mais comment il peut fonctionner avec celle-ci. C'est bien l'examen auquel s'est adonné la Dre A._____. Il convient par ailleurs de relever que, même si aucun rapport médical ne posait

formellement le diagnostic de fibromyalgie au moment de son examen, l'experte psychiatre a pour sa part retenu un trouble douloureux somatoforme, dont les manifestations cliniques sont très similaires à celles de la fibromyalgie. Elle a en outre eu connaissance des conclusions de l'expertise bidisciplinaire somatique effectuée en 2019, qui restent d'actualité (cf. consid. 5b ci-dessus).

Cet examen est en revanche absent dans les rapports établis par le psychiatre traitant, lequel n'a du reste apporté aucun élément susceptible de jeter le doute sur les conclusions de la Dre A._____. Dans son rapport du 14 novembre 2019, le Dr R._____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, mais a renoncé à se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, en indiquant que cette question dépendait de la situation somatique puis en mentionnant que la capacité serait partielle. Il décrivait des limitations fonctionnelles légères, caractérisées par le fait que sa patiente ne pouvait plus être aussi efficace et positive qu'auparavant. Réinterrogé en février 2021, ce spécialiste a fait part d'un épisode dépressif sévère, entraînant une capacité de travail complète et des limitations fonctionnelles plus étendues que précédemment, mais n'a toujours pas développé la question de la capacité de travail. La Dre A._____ s'est déterminée à ce sujet au ch. 3.2.16 de son rapport. Elle a ainsi exposé que son examen clinique, qui était congruent avec la journée type et l'anamnèse, n'objectivait pas les constats du psychiatre traitant. A cela s'ajoutait le fait que le traitement antidépresseur n'avait pas été modifié depuis plusieurs années, qu'il n'y avait pas eu d'hospitalisation en service psychiatrique et que la fréquence du suivi psychiatrique était espacée. En outre, à l'instar du premier expert mandaté par l'intimé, le psychiatre traitant n'avait pas évalué la symptomatologie en regard du diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, réactionnel à un syndrome douloureux persistant depuis mars 2018. L'appréciation de la Dre A._____ est convaincante, ce d'autant que le Dr R._____ a rédigé son second rapport dans les jours qui ont suivi l'échec du stage auprès de T._____ et qu'il avait observé chez sa patiente une blessure narcissique face à son incapacité à reprendre une activité dans la restauration, même à un taux réduit.

d) En définitive, il faut constater que la situation médicale de l'assurée a fait l'objet d'une évaluation complète, sur la base d'expertises conduites dans les règles de l'art et jouissant à ce titre d'une pleine valeur probante. L'intimé était donc fondé à retenir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 75 %, compte tenu d'une baisse de rendement de 25 %, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique.

6. La recourante n'a formulé aucune critique à l'égard du calcul de son degré d'invalidité. Fondé pour le revenu sans invalidité sur le salaire communiqué en septembre 2016 par l'ancien employeur et, pour le revenu avec invalidité, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2016, skill_level, niveau de compétence 1 pour une femme, tous secteurs confondus, chiffres indexés à 2017, le calcul opéré par l'intimé peut être confirmé. Ainsi, compte tenu d'un degré d'invalidité de 20 %, c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi d'une rente.

La recourante n'a pas non plus contesté le refus de mesures professionnelles. A cet égard, même si le taux d'invalidité de la recourante atteint le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), il faut constater que de nombreuses activités adaptées à ses limitations fonctionnelles ne nécessitent pas de formation particulière (activités légères visées par l'ESS, skill_level, niveau de compétence 1 ; cf. TF 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 8). Aucune mesure ne paraît ainsi susceptible d'améliorer sa capacité de gain, étant au demeurant rappelé qu'elle peut solliciter une aide au placement, comme l'a indiqué l'intimé dans la décision litigieuse.

7. Le dossier est complet et permet à la Cour des assurances sociales de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

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

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

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

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

Me Primault a produit une liste des opérations le 18 janvier 2024 faisant état de 34 heures 15 consacrées à la présente procédure, dont 15 minutes effectuées par un avocat-stagiaire. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse en effet ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. Ainsi, plusieurs opérations concernent la fixation et la

prolongation de délais, des lettres de transmission, ainsi que des mémos adressés à la cliente. Il s'agit manifestement d'opérations de secrétariat qui n'ont pas à être rémunérées en sus des débours et doivent donc être retranchées. Il en va de même du temps compté pour l'« ouverture du dossier ». On précisera à cet égard que l'unique élément répertorié en 2024 sous l'intitulé « Analyse du courrier du Tribunal d'arrondissement » fait partie des opérations qui ne sont pas prises en compte pour ce motif, dès lors qu'il ne peut être relié – pour autant qu'il ne s'agisse pas d'une erreur de classement – qu'au courrier invitant l'avocate à produire sa liste des opérations. Par ailleurs, quand bien même Me Primault n'a été consultée qu'après le dépôt du recours, les périodes consacrés à la rédaction de sa réplique (13 heures) et à l'étude du dossier (15 heures 45) paraissent largement excessives. En définitive, le nombre d'heures nécessaires au mandat de l'avocate d'office doit être ramené à 20 heures 30 et à 15 minutes pour l'avocat-stagiaire. Compte tenu du tarif horaire applicable et du forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours, le montant de l'indemnité de Me Primault est ainsi arrêté à 4'172 fr. 85 et celui de son avocat-stagiaire à 31 fr. 10, débours et TVA compris (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]), soit un total versé à Me Primault de 4'203 fr. 95.

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
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 29 mars 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité de Me Flore Primault, conseil d'office de U._____, est arrêtée à 4'203 fr. 95 (quatre mille deux cent trois francs et nonante-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 provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault (pour U._____),
- 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 :