

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Piguet, juge, et M. de Chambrier, juge suppléant
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], originaire de [...], mariée et mère de deux enfants majeurs, dispose d'une formation d'infirmière en gynéco-obstétrique accomplie dans son pays d'origine et d'une expérience professionnelle de deux ans dans ce pays en tant que telle. Arrivée en Suisse en 1999, elle y a effectué des ménages, avant de travailler comme aide infirmière auprès de V._____ de 2006 à 2008 au taux de 50 %. Après des périodes d'activité en tant que vendeuse, elle a travaillé dès 2015, aux côtés de son mari, en qualité de gérante dans un lounge bar à [...], au bénéfice d'une patente de gérante dans l'hôtellerie et la restauration, en y effectuant différentes tâches (service, nettoyage, logistique). En parallèle, dans le même local, elle a exploité jusqu'en 2018 une boutique de vêtements pour femmes.

B. L'assurée a présenté une incapacité de travail attestée médicalement de 100 % dès le 11 septembre 2008.

Le 23 juillet 2009, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a sollicité des informations auprès des médecins traitants, notamment auprès de la Dre N._____, cheffe de clinique au service de R._____ (cf. son rapport du 19 août 2009) et de la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (cf. son rapport du 9 octobre 2009). Il a également recueilli le dossier de l'assureur perte de gain maladie qui comportait un rapport d'expertise du 24 novembre 2009 du Dr T._____, spécialiste en médecine interne.

Dans un rapport du 21 décembre 2009, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) consulté a retenu comme atteintes principales à la santé, une hépatite B chronique, des lombalgies sur hernie discale L2-L3, ainsi qu'une anémie ferriprive. Il

mentionnait également un état anxieux réactionnel en tant que diagnostic associé n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité.

Par décision du 14 septembre 2010, l'OAI a refusé d'octroyer une rente à l'assurée, en retenant un statut mixte de personne active à 50 % et de ménagère de 50 % et un degré d'invalidité de 17,5 %. Il relevait que l'assurée était empêchée à raison de 30 % dans l'accomplissement de ses tâches ménagères et que si elle n'était plus à même d'exercer son activité d'aide infirmière, elle conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes, ceci dès janvier 2010. Cette décision n'a pas été contestée.

C. Le 30 avril 2020, l'assurée a transmis à l'OAI un formulaire de détection précoce dans lequel elle indiquait présenter une incapacité totale de travailler depuis le 2 avril 2019 en raison de lombosciatalgies (discopathie pluri-étagée), d'une sténose canalaire L3-L4 et d'un état anxio-dépressif.

Donnant suite à un courrier de l'OAI qui l'encourageait à aller dans ce sens, elle a déposé une nouvelle demande de prestations AI (mesures professionnelles et/ou rente), enregistrée le 2 juin 2020.

L'OAI a pris diverses mesures d'instruction et recueilli notamment des rapports médicaux des médecins traitants de l'assurée, en particulier des Drs O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (cf. son rapport du 7 février 2020) et du Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation (cf. son rapport médical transmis le 30 septembre 2020 à l'OAI). A également été versé au dossier un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire réalisée le 17 janvier 2020 à I._____. Il a par ailleurs sollicité le dossier de l'assureur perte de gain de l'assurée qui comportait en particulier un rapport d'expertise orthopédique du 29 janvier 2020 du Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a mandaté L._____ afin qu'il procède à une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique. Les experts, à savoir le Dr H._____ pour la rhumatologie, la Dresse J._____, pour la psychiatrie-psychothérapie, et le Dr S._____ pour la médecine interne, ont rendu leur rapport le 17 octobre 2022. Ils concluaient, dans l'activité de gérante de bar, à une capacité de travail de 70 % avec une baisse de rendement de 30 %, en raison des limitations fonctionnelles liées au tableau lombalgique et à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis toujours.

L'OAI a également mis en œuvre une évaluation économique pour les indépendants, déposée le 19 janvier 2023, et de laquelle il ressortait que les pièces économiques à disposition de l'évaluateur ne permettaient pas d'apprécier de façon fiable et objective les revenus de l'assurée, tant antérieurement que postérieurement à l'atteinte survenue en avril 2019 et qu'il convenait partant de privilégier une approche statistique.

Le 2 mars 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, en raison d'un degré d'invalidité de 15,76 %, inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente, et d'un manque à gagner durable de moins de 20 % dans une activité raisonnablement exigible sans formation particulière.

L'assurée, représentée par Procap Suisse, a contesté ce projet de décision par acte du 19 avril 2023.

LOAI, après avoir notamment consulté son SMR le 9 juin 2023, a rejeté la demande de prestations de l'assurée par décision du 9 novembre 2023. Dans une prise de position du même jour, faisant partie intégrante de cette décision, l'OAI s'est déterminé sur les arguments soulevés par l'assurée à l'appui de sa contestation.

D. Par acte du 14 décembre 2023, P._____, agissant par Procap Suisse, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision précitée. Elle conclut à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Subsidiairement, elle demande que soit constaté ses droits aux prestations de l'assurance-invalidité, à savoir à tout le moins à des mesures professionnelles. Elle requiert également l'assistance judiciaire limitée aux frais.

Par ordonnance du 7 février 2024, la Juge instructrice a rejeté la requête d'assistance judiciaire.

Dans son mémoire de réponse du 2 avril 2024, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des mesures professionnelles et à une rente.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5. 3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (concernant les principes généraux en matière de droit intertemporel, cf. ATF 149 II 320 consid. 3 ; 148 V 174 consid. 4. 1 ; 148 V 162 consid. 3. 2. 1).

b) En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2023, elle fait suite à une nouvelle demande de prestations du 2 juin 2020 déposée en raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis avril 2019. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

4. a) Lorsque, comme en l'espèce, 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, 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. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4. 1 et les références).

b) 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.

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).

d) 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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 132 V 93 consid. 4 et les références).

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

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4. 2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré 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 bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). 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 et les références).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à

prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) 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 asséculoologique. 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 ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande du

2 juin 2020. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la décision de refus de rente et de mesures professionnelles du 14 septembre 2010 et la décision litigieuse du 9 novembre 2023, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Sur le plan médical, la décision de refus de prestations du 14 septembre 2010 était essentiellement fondée sur le rapport d'expertise réalisé par le Dr T. _____ du 24 novembre 2009, ainsi que sur le rapport du SMR du 21 décembre 2009. Le premier, sur le rapport duquel s'est fondé le second, retenait comme diagnostics une maladie anxieuse et dépressive secondaire à la découverte d'une hépatite B chronique, décompensée secondairement à un traitement d'interféron interrompu pour des raisons psychiques en février 2009 avec amendement secondaire progressif de la symptomatologie chez une patiente présentant une hernie discale L2-L3 droite alors peu symptomatique. Ce médecin retenait une pleine capacité de travail dès le 1^{er} janvier 2010 au taux de 50 % dans tout travail léger sans port de lourdes charges en dehors du monde

médical. Dans son rapport du 21 décembre 2009, le médecin du SMR mentionnait comme atteintes principales à la santé, une hépatite B chronique, une lombalgie sur hernie discale L2-L3, ainsi qu'une anémie ferriprive. Il retenait une incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle et une pleine capacité dans une activité adaptée retenant comme limitations fonctionnelles une fatigabilité et l'impossibilité de porter des charges lourdes. Le 19 août 2009, la Dresse N._____ avait indiqué qu'il n'existait plus d'incapacité de travail sur le plan hépatologique et, le 8 octobre 2009, la psychiatre traitante, la Dresse G._____, avait retenu que l'état anxieux réactionnel à l'hépatite B diagnostiqué était sans effet sur la capacité de travail.

c) Dans sa décision du 9 novembre 2023, statuant sur la demande de prestations du 2 juin 2020, l'OAI a retenu, implicitement, que l'état de santé de la recourante ne s'était pas aggravé au point d'influencer son droit aux prestations. Il s'est essentiellement fondé sur l'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et médecine interne) de L._____ du 17 octobre 2022. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu comme diagnostics pertinents un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), évoluant depuis 2017, non incapacitant, en lien avec une symptomatologie douloureuse non entièrement expliquée par des processus physiopathologiques, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques (F68.0), des traits de personnalité histrionique, des lombalgies chroniques par lésions dégénératives modérées L4-L5 et L3-L4 sur canal lombaire étroit de manière congénitale sur brièveté pédiculaire, avec une absence de syndrome radiculaire associé, une dysbalance musculaire avec hypotonie de la sangle abdominale, un status après hépatite B chronique HBe Ag négatif en 2008, traitée par Interféron alpha pégylé ayant permis d'obtenir une guérison à vie, et un status après plastie mammaire bilatérale en 2008. Dans l'activité de gérante de bar, les experts ont conclu à une capacité de travail de 70 % avec une baisse de rendement de 30 %, en raison des limitations fonctionnelles liées au tableau lombalgique, à savoir : éviction des ports de charges excédant 10 kg, des travaux forcés ou répétés en antéflexion, en torsion du rachis lombaire et des travaux avec

ou sur objets vibrants, avec la nécessité d'alterner les positions assises et debout, avec 10 minutes debout par heure. Selon eux, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis toujours.

7. a) La recourante conteste la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 17 octobre 2022. Elle reproche aux experts de ne pas avoir mentionné dans leur évaluation consensuelle la sténose récessale bilatérale en L4-L5 l'affectant, ainsi que son aggravation, de même que le caractère non stabilisé de son état de santé. Elle fait aussi valoir que l'évaluation de sa capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors de gérante de bar ne tenait pas compte de la situation réelle.

Dans son mémoire de réponse du 2 avril 2024, l'OAI renvoie au contenu de sa prise de position du 9 novembre 2023 dans laquelle il estimait que la valeur probante de cette expertise était entière.

b) L'expertise pluridisciplinaire du 17 octobre 2022 est convaincante, se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de la recourante et repose sur un exposé clair des faits. Les conclusions des experts, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont détaillées, bien étayées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Les experts prennent en compte les avis médicaux essentiels figurant au dossier ainsi que les plaintes exprimées par l'assurée et se basent sur un examen personnel de celle-ci.

aa) Contrairement à ce que prétend la recourante, l'expertise ne néglige pas le rapport du Dr O. _____ du 7 février 2020. Elle mentionne qu'il ressort de ce rapport que "l'IRM montre un trouble dégénératif lombaire avec cyphose (lordose mesurée à 9°), discopathie L4-L5, protrusion discale médiane, provoquant une sténose récessale bilatérale plus importante que sur l'IRM de 2018. En L3-L4, présence d'un canal lombaire étroit de grade C sur hernie discale médiane et paramédiane gauche, le canal est constitutionnellement petit". Dans leur expertise du 17 octobre 2022, les experts n'expliquent pas pour quelle

raison ils n'ont pas retenu le diagnostic de sténose récessale. Cela étant, cette pathologie, qui n'a pas été observée par le radiologue dans son rapport du 17 janvier 2020, est un type spécifique de rétrécissement du canal rachidien et ce diagnostic n'est donc pas incompatible avec celui de "lésions dégénératives modérées L4-L5 et L3-L4 sur canal lombaire étroit retenu par les experts, le second diagnostic pouvant englober le premier. En outre, comme le relève le médecin du SMR dans sa prise de position du 9 juin 2023, le Dr O. _____, dans le rapport précité, n'a pas établi de lien entre l'imagerie et la clinique. Il n'est ainsi pas établi que cette éventuelle aggravation de la sténose constatée déjà en 2018 selon le Dr O. _____ aurait une incidence sur la capacité de travail de la recourante.

bb) La recourante invoque en vain l'absence de discussion du caractère stabilisé de son état de santé, tel qu'il ressortait des rapports établis respectivement en janvier et septembre 2020 par les Drs Z. _____ et Q. _____. En effet, on ne voit pas pour quel motif cet élément serait propre à remettre en question la valeur probante de l'expertise du 17 octobre 2022. La recourante ne l'explique pas.

cc) Concernant l'activité de gérante, la recourante reproche aux experts de retenir, d'une part, que son activité dans le bar en question ne portait pas sur des tâches administratives, mais sur le service, la préparation de repas et le nettoyage et, d'autre part, qu'elle pourrait s'impliquer plus dans la gestion administrative de l'établissement. On ne voit pas en quoi cette appréciation serait critiquable. En effet, les assertions en cause ont été faites par les experts dans le chapitre consacré à l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité des limitations invoquées par la recourante. Les experts relèvent sur ce point que "le tableau algique chronique allégué par l'assurée est expliqué difficilement par le tableau clinique et les discrètes anomalies neuroradiologiques trouvées. La prise en charge médicale est par ailleurs pauvre, contrastant avec l'intensité des douleurs évoquée à 8 à 9/10 ». Ils constatent aussi que « les symptômes rapportés par l'assurée dans les membres inférieurs ne correspondent pas à une atteinte neurologique périphérique », ce qu'un électroneuromyogramme a confirmé. Les experts relèvent alors dans ce

contexte que la recourante "ce jour, [...] apparaît principalement démonstrative et majorante" et qu'"elle se dit dans l'incapacité absolue d'exercer la moindre activité professionnelle, sans que son état psychique puisse expliquer une ITT [incapacité de travail totale] dans toute activité ». Dans ces circonstances, les experts pouvaient, sans prêter le flanc à la critique, se demander pour quel motif la recourante, qui met en avant sa position de gérante, ne pouvait pas participer à la gestion administrative de l'entreprise. Le fait qu'elle ne l'ait pas fait dans le passé n'excluait pas qu'elle le fasse dans le futur. Dans son expertise du 10 février 2020, le spécialiste en psychiatrie indiquait aussi dans ce sens qu'"il n'y avait pas de nécessité d'adaptation de la profession actuelle, car certaines tâches concernant la gérance du bar, telles que l'organisation d'évènements, les publications sur les réseaux sociaux, pouvaient être assimilées à des tâches de type administratif pouvant être pratiquées y compris à la maison, avec un rythme qui correspond aux possibilités physiques de l'investiguée". La différence d'opinion entre l'auteur de l'évaluation économique du 19 janvier 2023 et les experts concernant la possibilité de remplir un taux d'occupation de 70 % dans le bar en se concentrant uniquement sur les tâches administratives ne vient pas remettre en question la valeur probante de l'expertise du 17 octobre 2022, laquelle reste convaincante concernant la pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante.

dd) La recourante reproche également en vain à l'expertise de ne pas motiver les raisons pour lesquelles elle ne concluait pas à une incapacité totale d'effectuer les tâches physiques dans le bar, comme le retenait le Dr Z._____ dans son expertise du 29 janvier 2020. Si l'expertise pluridisciplinaire ne se prononce pas spécifiquement sur l'avis du médecin précité, elle explique de façon convaincante pour quelles raisons les diagnostics posés ne permettaient pas de retenir une telle incapacité de travail. Par ailleurs, dans l'expertise précitée, le Dr Z._____ estimait que l'état actuel de la colonne lombaire de la recourante n'était pas compatible avec le métier de serveuse et il doutait que la recourante puisse exercer dans le futur des activités impliquant le port de charges, la station debout prolongée et des travaux en position penchée. Il n'affirmait

toutefois pas que les affections somatiques de la colonne lombaire constatées rendaient impossible le port de toute charge. On relèvera également, concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, que le Dr Z._____ se focalisait sur l'état algique de la recourante, sans prendre en compte le diagnostic posé par le volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire à laquelle il participait et qui retenait chez celle-ci un trouble de la majoration des symptômes physiques, ainsi qu'une attitude histrionique. Ces derniers diagnostics, également présents dans l'expertise pluridisciplinaire en cause, tempéraient le poids des douleurs exprimées.

ee) La recourante estime en outre qu'aucune raison convaincante n'expliquait l'absence de réalisation d'une mini CIF-APP. Elle fait valoir que la justification donnée a posteriori sur ce point par l'intimé, suite à ses objections, était une illustration du caractère incomplet de l'évaluation.

Dans sa prise de position du 9 novembre 2023, l'OAI explique de façon convaincante pour quels motifs la réalisation d'une mini CIF-APP n'était pas nécessaire, relevant à cet égard qu'une telle évaluation reposait essentiellement sur les déclarations des patients et que la tendance de la recourante à la majoration rendait peu fiable cet exercice.

La recourante n'explique aucunement en quoi l'appréciation qui précède serait erronée. On relèvera à cet égard que l'expertise pluridisciplinaire en cause traite implicitement ce point lorsqu'elle indique que "la démonstrativité étant au premier plan, l'analyse des ressources apparaît compliquée, mais on remarque que l'assurée a pu montrer de bonnes capacités d'organisation, d'adaptation au cadre expertal et de gestion de la relation interpersonnelle."

ff) En définitive, aucun élément probant et concret ne permet de remettre en cause la pleine valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 17 octobre 2022 de L._____. Le recours est ainsi mal fondé sur ce point.

8. Reste à évaluer le taux d'invalidité.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (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).

b) Le revenu sans invalidité (art. 16 LPGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité (art. 26 al. 1, première phrase, RAI). Le revenu sans invalidité doit être adapté 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 révolution des salaires nominaux (par ex : TF 8C_659/2022 et 8C_707/2022 du 2 mai 2023 consid. 4.2.1 et les références).

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupon/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16 ; règles désormais codifiées aux art. 25 ss RAI dans leur teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022).

Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1).

c) D'après la jurisprudence antérieure à la modification de l'art. 26bis al. 3 RAI, le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci ; une réduction à ce titre 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_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 4.5 et les références). Aussi y a-t-il lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînant un désavantage salarial (TF 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 6.2.1 et la références).

Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

d) En l'espèce, il ressort de l'évaluation économique pour les indépendants du 19 janvier 2023 qu'il n'était pas possible d'apprécier de façon fiable et objective les revenus de la recourante, tant antérieurement que postérieurement à l'atteinte survenue en avril 2019, et qu'il convenait de privilégier une approche statistique. La recourante ne le conteste pas.

On obtient ainsi un revenu sans invalidité de 63'059 fr. (59'772 fr. [4'981 fr. x 12 selon TA1 2020, femmes, niveau de compétence 3], à adapter selon le facteur 42,2 / 40 heures par semaine eu égard à la durée normale du travail en 2020, par rapport à la valeur standardisée de 40 heures par semaine servant de base à l'ESS [ATF 129 V 408 consid. 3.1.1 ; 126 V 75 consid. 3b/bb] ; voir les tables toutes accessibles à partir du site Internet de l'Office fédéral des statistiques).

Concernant le revenu annuel avec invalidité, l'OAI s'est, à bon droit, fondé sur la valeur "Total" de l'ESS 2020 valable pour les femmes engagées pour la réalisation de tâches simples ne requérant pas de qualification professionnelle. En appliquant une telle table, on obtient un revenu hypothétique de 53'492 fr. 76 (4'276 fr. x 12 selon TA1 2020, à adapter selon le facteur 41,7 heures par semaine eu égard à la durée normale du travail en 2020, par rapport à la valeur standardisée de 40 heures par semaine servant de base à l'ESS).

e) La recourante fait valoir qu'un abattement d'au moins 10 % devrait lui être reconnu. L'OAI a retenu sur ce point que les facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation) ne justifiaient pas d'abattement.

En l'occurrence, les experts ont estimé que les problèmes de santé de la recourante n'entraînaient pas de baisse de rendement dans une activité adaptée. Il n'y a pas lieu de s'écarter de leur appréciation. Les limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg, de travaux forcés ou répétés en antéflexion, en torsion du rachis lombaire, de travaux avec ou sur objets vibrant avec la possibilité d'alterner les positions assises et debout) ont été prises en compte par l'OAI lors du choix des postes de travail raisonnablement exigibles (domaine industriel léger), dont l'éventail apparaît suffisamment large.

Ces limitations ne justifient donc pas un abattement supplémentaire. La recourante ne présente pas d'autre élément qui justifierait un abattement.

f) Le degré d'invalidité est ainsi de 15,18 % (revenu sans invalidité de 63'059 fr., revenu avec invalidité de 53'492 fr. 76, soit une perte de 9'566 fr. 24). L'OAI était dès lors légitimé à refuser à la recourante le droit à une rente d'invalidité, ainsi que le droit à des mesures professionnelles (la diminution de la capacité de gain de 20 % n'étant pas atteinte [cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3]) ensuite de sa demande de prestations du 2 juin 2020.

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

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

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). L'intimé n'y a pas davantage droit, dès lors qu'il a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

**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 9 novembre 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 mis à la charge de P._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse (pour la recourante),
- Office fédéral 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 :