

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} octobre 2025

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Livet, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1, 37 al. 4 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en [...]. Sans formation professionnelle certifiante achevée, elle a travaillé en dernier lieu en qualité de stagiaire en garderie auprès de la société [...] GmbH, à [...], durant les mois [...] à [...] et de [...]. Elle émarge depuis [...] à l'aide sociale.

Le 29 mars 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), exposant souffrir notamment d'un traumatisme crânien à la suite d'un accident de la circulation survenu le 7 septembre 2019.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli divers documents, dont :

- une série de rapports établis entre le 17 décembre 2020 et le 10 novembre 2021 par la Clinique de chirurgie orthopédique de l'hôpital G._____ soulignant les diagnostics notamment de suspicion de syndrome sacro-iliaque bilatéral, de discopathie dégénérative aux vertèbres L3-L4, L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale extra-foraminale aux vertèbres L4-L5 gauches et récessale foraminale aux vertèbres L5-S1 droites, sans conflit radiculaire significatif, de surcharge facettaire aux vertèbres L5-S1 avec status post-infiltration facettaire à ces dernières, de discopathie dégénérative aux vertèbres C3-C4, C4-C5 et C5-C6 avec rétrécissement récessal aux vertèbres C5-C6 bilatéral, sans atteinte radiculaire ni périphérique à l'ENMG (électroneuromyogramme), et de bursite sous-acromiale et arthropathie acromio-claviculaire symptomatique à l'épaule gauche ;
- un rapport du 28 mai 2021 du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel posait les diagnostics de cervicalgies sur discopathie aux vertèbres C5-C6 (traumatisées), de lombalgie sur discopathie, d'évolution dépressive et de bypass gastrique (en 2014), tout en attestant une capacité de travail de 50 % dans une activité non physique depuis septembre 2019 ;

- un rapport du 23 juillet 2021 du Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel mettait en évidence le diagnostic d'épisode dépressif moyen (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladies] F32.1), tout en retenant une capacité de travail restreinte à quatre ou cinq heures par jour dans une activité adaptée tenant compte d'une humeur souvent malheureuse et d'une concentration assez limitée ;
- un rapport non daté, reçu le 20 janvier 2022 par cette autorité, du Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel faisait état des diagnostics incapacitants de status post-bypass gastrique (le 29 mai 2014), de troubles du comportement alimentaire probable, de status post-troubles de l'absorption sévère avec diarrhées récidivantes et chroniques (particulièrement invalidantes post-bypass gastrique) et de trouble anxieux avec status post-multiples agressions et violences conjugales, tout en déclarant qu'une réinsertion à un taux de 50 % était envisageable à moyen terme ;
- un rapport du 24 juin 2022 du Dr W._____, lequel relevait une amélioration minime de l'état de santé de sa patiente, tout en certifiant une capacité de travail de 50 % dans n'importe quelle activité dès le 21 novembre 2020 ;
- un rapport du 26 juin 2022 du Dr P._____, lequel diagnostiquait une évolution dépressive (depuis 2019), une discopathie du rachis lombaire et cervical (depuis 2019) et un status post-bypass gastrique, tout en attestant une capacité de travail entre 50 % et 100 % dans l'activité habituelle ou une activité adaptée ;
- un rapport du 20 juillet 2022 du Dr N._____ confirmant les diagnostics posés dans son précédent rapport et répondant par la positive à la question de savoir si une augmentation de la capacité de travail de l'assurée était possible, sous réserve d'une amélioration du transit ; et
- un rapport du 15 septembre 2022 de la Dre [...], spécialiste en chirurgie, mettant en évidence le diagnostic de syndrome diarrhéique invalidante et attestant une incapacité de travail totale dans toute activité.

Dans un avis du 8 décembre 2022, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en orthopédie, en rhumatologie, en médecine interne (avec accent sur la gastro-entérologie) et en psychiatrie.

Les 5, 8 et 22 juin 2023, l'assurée a été examinée par les Drs D._____, spécialiste en rhumatologie, U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, H._____, spécialiste en médecine interne générale, et O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, tous quatre experts auprès du centre d'expertises R._____. Par rapport du 11 août 2023, ces derniers ont fait état des diagnostics de bursite sous acromiale et tendinopathie d'insertion de la coiffe à l'épaule gauche (CIM-10 M75.5 et M75.1), de cervicalgies sur cervicarthrose débutante aux vertèbres C4-C6 et uncarthrose débutante aux vertèbres C5-C6 bilatérale sans signe de compression radiculaire (CIM-10 M54.2), de lombalgies chroniques sur discopathie aux vertèbres L4-S1 sans conflit discoradiculaire (CIM-10 M54.5), de diarrhée, stéatorrhées récurrentes post-prandiales, épisodes de malaise avec hypotension artérielle et possibles épisodes d'hypoglycémies peu symptomatiques dans le cadre d'un dumping syndrome précoce et tardif évoluant depuis la chirurgie bariatrique bypass (CIM-10 K91.1) réalisée en 2014 (sans aucune altération de l'état général ni recours à des protections sphinctériennes), de céphalées de tension (CIM-10 G44.2), de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et de tabagisme actif (CIM-10 T65.2). Selon eux, la capacité de travail de l'assurée avait toujours été entière, ce tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée n'exigeant pas de porter des charges supérieures à 10 kg de façon répétée ni de travailler en hauteur.

Dans un avis du 23 août 2023, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise susmentionnée.

Par projet de décision du 12 septembre 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

Les 18 octobre et 28 novembre 2023, l'assurée, désormais représentée par Me Jana Burysek, a fait part de ses observations à l'OAI. A l'appui de son argumentation, elle a versé au dossier un rapport du 3 novembre 2023 du Dr W._____, lequel, en substance, évaluait la capacité de travail résiduelle de sa patiente à 50 % environ en raison de la symptomatologie dépressive. Elle a en outre requis d'être mise au bénéfice de l'assistance juridique gratuite.

Dans un avis du 30 janvier 2024, le SMR a déclaré que le rapport du Dr W._____ précité ne fournissait aucun nouvel élément objectif justifiant de modifier sa position.

Le 5 février 2024, l'assurée a produit un rapport établi le 20 décembre 2023 par la Clinique de chirurgie orthopédique de l'hôpital G._____, laquelle faisait état des diagnostics de bursite sous-acromiale et arthropathie acromio-claviculaire symptomatique à l'épaule gauche, de tendinite du long chef du biceps et de syndrome facettaire aux vertèbres L4-L5, tout en précisant que la patiente se trouvait dans une situation intenable sur le plan social et qu'une régularisation de cette dernière ou une reconversion professionnelle pouvait procurer un semblant de stabilité.

Par décision du 9 février 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision du 12 septembre 2023. Puis, par décision incidente du 13 février 2024, il a refusé d'accorder à l'assurée l'assistance gratuite d'un conseil juridique pour la procédure administrative.

B. Le 15 mars 2024, E._____, sous la plume de sa mandataire, a déféré ces deux décisions devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant – pour la première – principalement à son annulation, subsidiairement, à sa réforme en ce sens que le droit à une

rente entière d'invalidité lui soit reconnu dès le 1^{er} avril 2022 et, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants, et - pour la seconde - à sa réforme en ce sens que l'assistance juridique dans la procédure administrative lui soit accordée à hauteur de 1'498 fr. 25. Elle a pour l'essentiel remis en cause la valeur probante de l'expertise du centre d'expertises R._____.

Par décision du 18 mars 2024, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à l'assurée, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que la commission d'office d'une avocate en la personne de Me Jana Burysek, avec effet au 15 mars 2024.

Par réponse du 17 avril 2024, laquelle a été complétée le 21 janvier 2025 sur invitation du juge instructeur, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien des deux décisions attaquées. Il a produit, à l'appui de sa position, un avis du 23 décembre 2024 de son service médical.

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) La décision par laquelle l'assureur accorde ou refuse l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative en matière d'assurance sociale en vertu de l'art. 37 al. 4 LPGA est une décision d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA (TF 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 1.2, non publié à l'ATF 139 V 600) ; elle peut directement être attaquée par la voie du recours devant le tribunal cantonal des assurances (art. 56 al. 1 LPGA) dans les trente jours

suivant sa notification (art. 60 al. 1 LPGA), dans la mesure où elle est de nature à causer un « préjudice irréparable » au sens de l'art. 46 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021 ; ATF 139 V 600 spéc. consid. 2.3). Le recours contre une telle décision incidente doit plus particulièrement être formé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 74 al. 4 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36], par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

c) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en tant qu'il porte tant sur la décision du 9 février 2024 que sur la décision incidente du 13 février 2024.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante, d'une part, à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le droit à une rente d'invalidité (décision du 9 février 2024), et, d'autre part, à l'octroi de l'assistance juridique gratuite durant la procédure devant l'intimé (décision du 13 février 2024).

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.

Dans le cas présent, la recourante a déposé, en date du 29 mars 2021, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Ainsi, étant donné que l'état de fait déterminant est antérieur au 31 décembre 2021 et concerne notamment l'éventuelle allocation d'une rente dès le 1^{er} septembre 2021 au plus tôt (soit six mois après le dépôt de cette demande [cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI]), il convient d'appliquer le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

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

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

c) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) 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 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). 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 appartient 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; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. a) En l'espèce, par décision du 9 février 2024, l'intimé a refusé de prêter en faveur de la recourante. Il s'est, à ce titre, fondé sur l'expertise du 11 août 2023 du centre d'expertises R._____. Selon cette dernière, la recourante présentait les diagnostics de bursite sous acromiale et tendinopathie d'insertion de la coiffe à l'épaule gauche, de cervicalgies sur cervicarthrose débutante aux vertèbres C4-C6 et uncarthrose débutante aux vertèbres C5-C6 bilatérale sans signe de compression radiculaire, de lombalgies chroniques sur discopathie aux vertèbres L4-S1 sans conflit discoradiculaire, de diarrhée, stéatorrhées récurrentes post-prandiales, épisodes de malaise avec hypotension artérielle et possibles épisodes d'hypoglycémies peu symptomatiques dans le cadre d'un dumping syndrome précoce et tardif évoluant depuis la chirurgie bariatrique bypass réalisée en 2014, de céphalées de tension, de trouble anxieux et dépressif mixte et de tabagisme actif. Ces atteintes n'avaient toutefois aucun impact sur sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre orthopédique, soit une activité proscrivant le port des charges supérieures à 10 kg de manière répétée et le travail en hauteur, étant précisé que l'activité habituelle constituait une telle activité adaptée. La recourante conteste, elle, la valeur probante de cette expertise, soutenant qu'elle ne tenait pas compte de l'ensemble du dossier médical et était lacunaire et contradictoire sur plusieurs points.

b) Cela étant, on ne saurait adhérer aux conclusions de l'expertise précitée pour les raisons suivantes.

aa) En premier lieu, les experts du centre d'expertises R._____ ont estimé que la capacité de travail de la recourante - dans toute activité - était entière, et ce depuis toujours. Or celle-ci a été victime d'un accident de la route en date du 7 septembre 2019. Les médecins traitants, en particulier les Drs P._____ et W._____, ont attesté, à la suite de cet événement, une incapacité de travail fluctuant entre 100 % et 50 %, compte tenu de la présence notamment de cervicalgies et de lombalgies, mais aussi d'un épisode dépressif moyen. Dès lors, à défaut d'une analyse précise de l'évolution de la capacité de travail de la recourante et d'une prise de position claire sur les raisons pour lesquelles l'évaluation des médecins susmentionnés n'était pas crédible, les conclusions des experts ne peuvent être suivies, étant rappelé que ces derniers étaient tenus d'examiner de manière circonstanciée les points litigieux (cf. *supra* consid. 4c).

bb) Il subsiste en outre des divergences quant à la nature de l'activité habituelle de la recourante retenue par les experts. Ainsi, sous le point relatif au motif et circonstance de l'expertise, il est noté que l'assurée travaillait habituellement en tant que secrétaire comptable. Dans l'évaluation consensuelle, il est en revanche fait état - à juste titre - d'une activité habituelle d'employée de crèche, à savoir l'activité qu'elle exerçait juste avant son accident de 2019. Le Dr H._____ retient une activité d'assistante éducative à la crèche ou une activité de bureau et, le Dr D._____, une activité d'employée de crèche. Les Drs U._____ et O._____, pour leur part, n'ont pas expressément précisé le type d'emploi qu'ils considéraient comme l'activité habituelle de la recourante. Partant, dès lors que les experts ont fondé leur évaluation de la capacité de travail dans ladite activité en tenant compte chacun d'activités différentes, leurs conclusions consensuelles sur ce point sont sujettes à caution. Cette irrégularité est d'autant plus problématique qu'il n'est pas certain qu'une activité en crèche, laquelle peut se révéler exigeante sur le plan physique, est compatible avec les seules limitations fonctionnelles retenues - par la

Dre O. _____ -, soit l'interdiction du port répété de charges supérieures à 10 kg et du travail en hauteur.

cc) S'agissant du volet orthopédique de l'expertise, la Dre O. _____ a retenu les diagnostics de bursite sous acromiale et tendinopathie d'insertion de la coiffe à l'épaule gauche, de cervicalgies sur cervicarthrose débutante aux vertèbres C4-C6 et uncarthrose débutante aux vertèbres C5-C6 bilatérale sans signe de compression radiculaire et de lombalgies chroniques sur discopathie aux vertèbres L4-S1 sans conflit discoradiculaire. Pour motiver ces diagnostics, elle s'est cependant contentée de renvoyer simplement - sans autre précision - à des résultats d'imagerie recueillis pour l'occasion, à savoir un rapport d'échographie de l'épaule gauche du 15 juin 2023, un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) cervicale du 20 juin 2023 et un rapport d'IRM de la colonne lombaire et des sacro-iliaques du 26 juin 2023, sans faire de parallèle avec son propre examen clinique. Elle ne s'est de la sorte pas prononcée sur les nombreux rapports établis par la Clinique de chirurgie orthopédique de l'hôpital G. _____, lesquels mettaient pourtant en évidence des discopathies dégénératives débutant déjà aux vertèbres C3-C4 et L3-L4. L'experte n'a de surcroît pas spécifié les diagnostics qu'elle considérait comme incapacitants, étant précisé qu'elle a retenu des limitations fonctionnelles. Certes, elle a mentionné que les douleurs décrites au niveau de l'épaule gauche étaient dues à la bursite, laquelle était souvent à l'origine d'un tableau très algique avec irradiation cervicale, de sorte qu'on peut présumer que cette atteinte est invalidante. Rien dans le volet orthopédique ne permet toutefois d'arriver à cette même conclusion pour les deux autres troubles diagnostiqués. Au demeurant, la Dre O. _____ n'a nullement fait part des motifs pour lesquels elle a décidé d'écarter les nombreuses limitations fonctionnelles d'ordre somatique observées par le Dr P. _____ dans son rapport du 28 mai 2021 notamment, soit des limitations - considérablement incapacitantes - liées aux actes de s'asseoir, de se tenir debout, de marcher, de s'agenouiller, ramper ou s'accroupir, de travailler le dos courbé, d'effectuer des mouvements fréquents de torsion ou de flexion et de tendre ou lever les bras.

dd) Enfin, en ce qui concerne le volet psychiatrique de l'expertise, le Dr U._____ a fait état du diagnostic - sans incidence sur la capacité de travail - de trouble anxieux et dépressif mixte. Il a en revanche exclu celui d'épisode dépressif de moyenne intensité posé par le Dr W._____. Pour justifier son appréciation, il a notamment soutenu que le traitement médicamenteux pris par la recourante ne comporterait pas d'antidépresseur. Or il ressort du volet orthopédique de l'expertise que celle-ci bénéficiait bel et bien d'un traitement d'antidépresseur, avec la prescription de Déprévita (*recte* : Deprivita). L'analyse diagnostique réalisée par l'expert psychiatre est donc lacunaire, si bien qu'elle ne saurait être suivie. Par ailleurs, dans son rapport du 24 juin 2022, le Dr W._____ a indiqué voir la recourante trois à quatre fois par semaine. Cet élément ne ressort cependant pas du rapport d'expertise, le Dr U._____ s'étant contenté des déclarations de l'assurée selon lesquelles elle consultait toutes les deux semaines son psychiatre traitant au moment de l'expertise. Il appartenait de ce fait à l'expert psychiatre d'investiguer les raisons qui avaient conduit à un tel espacement des rendez-vous en une année. Faute de s'être penché sur ce point, son examen s'avère incomplet.

c) Par conséquent, au regard de ce qui précède, force est de constater que l'expertise du 11 août 2023 du centre d'expertises R._____ ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. *supra* consid. 4c).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_149/2025 du 5 août 2025 consid. 2.3). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la

valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, dans la mesure où l'expertise du 11 août 2023 doit être écartée, il s'impose d'annuler la décision du 9 février 2024 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, les autres pièces au dossier, en particulier les divers rapports des médecins traitants, ne permettant en effet pas d'arrêter la situation médicale globale de la recourante. Il reviendra d'abord à cette autorité de compléter le dossier en recueillant des rapports à jour auprès des médecins traitants, puis de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec volets en orthopédie, en rhumatologie, en médecine interne et en psychiatrie, afin de clarifier les atteintes dont souffre l'assurée et leurs effets sur sa capacité de travail passée et future.

7. a) La recourante conteste également la décision incidente de 13 février 2024 de l'intimé lui refusant l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative.

b) D'après l'art. 37 al. 4 LPGA, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances

l'exigent. Dans la procédure en matière d'assurances sociales, l'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à lui parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entrent pas en considération. A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours ; en particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (TF 8C_180/2022 du 28 octobre 2022 consid. 2.2 et les références).

c) En l'espèce, la recourante estime qu'il lui était nécessaire de faire appel à un avocat, compte tenu du fait que l'expertise pluridisciplinaire du centre d'expertises R._____ faisait soixante-sept pages et que le dossier comportait plusieurs rapports médicaux en allemand et en français, ce qui rendait sa compréhension plus compliquée. On ne saurait toutefois la suivre. En effet, il n'est pas inhabituel pour un dossier d'assurance-invalidité de comporter un rapport d'expertise pluridisciplinaire de plusieurs dizaines de pages. Il apparaît en outre que la recourante possède de bonnes notions d'allemand, comme cela ressort du volet orthopédique du rapport d'expertise, mais également d'autres pièces au dossier, telles que le contrat de travail qu'elle a conclu le 10 juillet 2019 avec son dernier employeur et le certificat de travail établi par celui-ci le 11 octobre 2019, lesquels sont tous les deux rédigés dans cette langue. L'ensemble des rapports de son psychiatre traitant sont également formulés en allemand. Partant, le seul fait que des pièces au dossier aient été établies dans cette langue ne permet pas de retenir que l'assistance d'un avocat était nécessaire dans le cadre de la procédure devant l'intimé.

d) Dès lors, au vu des précédentes considérations, c'est à juste titre que l'intimé a estimé que la complexité de l'affaire n'était pas

telle que l'assistance gratuite d'un conseil juridique fût nécessaire. Il n'a par conséquent pas violé l'art. 37 al. 4 LPGA en refusant de désigner un avocat d'office à la recourante. L'assistance juridique en procédure administrative n'étant objectivement pas exigée, il n'y pas lieu d'examiner plus avant les autres conditions posées par cette disposition.

8. **a)** En définitive, le recours doit être admis en tant qu'il porte sur la décision rendue le 9 février 2024 par l'intimé, cette dernière étant annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. Il doit en revanche être rejeté en tant qu'il porte sur la décision incidente du 13 février 2024 refusant l'assistance juridique gratuite, cette dernière étant 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 intimée, vu l'issue du litige (cf. TF 9C_65/2024 du 12 août 2024 consid. 4.3).

c) La partie recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

d) Par décision du 18 mars 2024 du juge instructeur, la partie recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis en tant qu'il porte sur la décision du 9 février 2024 et rejeté en tant qu'il porte sur la décision du 13 février 2024 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- II. La décision rendue le 9 février 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. La décision rendue le 13 février 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à E. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jana Burysek (pour E. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :