

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 septembre 2025

Composition : M. WIEDLER, président
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

**Art. 29 al. 2 Cst. ; 6 s., 17 al. 1, 42, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al.
1 et 28 LAI**

E n f a i t :

A. a) D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], suisse, au bénéfice d'une formation d'employée de commerce et d'éducatrice de la petite enfance, 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) le 30 juillet 2013, au motif qu'elle souffrait d'une oligoarthritis indifférenciée depuis le mois de novembre 2012.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise de l'assurée au Dr K._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, qui a retenu une polyarthrite rhumatoïde séronégative (M06) présente depuis la fin 2012, entraînant une incapacité totale de travail de l'intéressée dans toute activité lucrative depuis le 15 novembre 2012.

Sur demande de l'OAI, le Dr K._____ a réexaminé l'assurée le 29 mai 2015 et, en se fondant sur cet examen, a établi un complément d'expertise le 3 juin 2015. Cet expert a posé comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail une polyarthrite rhumatoïde séronégative en poussée. Il a par ailleurs expliqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis la rédaction de son premier rapport d'expertise, avec la présence d'arthrites au niveau des poignets, des coudes, de l'épaule et du genou droit. Eu égard à ce qui précède, l'expert a maintenu que l'assurée était en incapacité totale de travailler dans toute activité, faute d'une activité adaptée à son atteinte articulaire « trop sévère ».

Confirmant un projet de décision du 6 novembre 2015, l'OAI a, par décisions des 20 janvier et 23 février 2016, octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 100 %) depuis le 1^{er} janvier 2014, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations.

b) Le 15 juin 2016, l'OAI a initié une procédure de révision d'office du droit à la rente d'invalidité de l'assurée.

Dans un rapport du 17 août 2016, la Dre A._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a fait état de la disparition des synovites aux articulations métacarpo-phalangiennes des 2 et 3^{èmes} doigts de la main gauche de l'assurée et a retenu une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité en position debout prolongée, pas de mouvements répétitifs du tronc et pas de port de charge supérieur à 5 kilos.

Par communication du 8 novembre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il prenait en charge les frais d'un stage d'évaluation effectué auprès de l'association E._____, à [...], du 23 novembre au 23 décembre 2016. Au terme de cette mesure, un rapport d'observation professionnelle a été établi le 10 janvier 2017 par les responsables de ce centre de formation, duquel il ressort que, malgré l'investissement et la conscience professionnelle de l'assurée durant ce stage, un travail sur le premier marché de l'emploi ne pouvait pas être envisagé, au vu de l'état de santé déficient caractérisé par des douleurs quasi permanentes.

Dans un rapport du 22 novembre 2017 consécutif à une IRM (imagerie par résonance magnétique) des mains en prieur de l'assurée réalisée le jour précédent, le Prof. S._____, spécialiste en radiologie, a mis en exergue une synovite articulaire bilatérale, symétrique, non érosive, évoquant une polyarthrite de type rhumatoïde like en poussée inflammatoire prédominante du côté gauche.

Dans un rapport du 23 février 2018, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, sur la base de son examen de l'assurée effectué le 22 janvier 2018, a diagnostiqué des polyarthralgies et rachialgies diffuses chroniques dans le cadre d'un probable syndrome somatoforme douloureux et un état anxio-dépressif alors non traité.

L'OAI a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) au L._____, à [...], qui a rendu son rapport le 11 juillet 2019. Sur le plan somatique, l'expert a retenu les diagnostics de status post chirurgie des deux genoux, 2012 et 2015, pour fixation rotulienne (M22.0), de status de lombalgies chroniques (M47.8), de status de bi arthrite des poignets de caractère imprécis (pas de critères en faveur d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative ou de spondylarthropathie axiale) ou périphérique (aucun argument clinique, biologique et radiologique) (M65.9). De son côté, l'experte psychiatre n'a pas retenu de diagnostic incapacitant sous l'angle psychique. Ces experts ont estimé que seul le status de lombalgies chroniques (M47.8) avait une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée qui était nulle dans l'activité habituelle depuis le mois de juin 2013, mais qui était entière dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2018, avec les limitations fonctionnelles suivantes : « éviter le port de charges de plus de 2 kg, les stations debout prolongées en alternant les différentes positions assis/debout/marche ainsi que tout travail justifiant une sécurité augmentée, tel que monter et descendre les échafaudages, les escaliers et tout mouvement de torsion du tronc, ainsi que les positions à genoux et [le] travail répétitif des mains ».

Par projet de décision du 25 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer sa rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de la décision. Selon ses constatations, son préjudice économique s'élevait désormais à 3,44 %, tenant compte d'un abattement de 5 % pour les limitations fonctionnelles présentées.

Dans le cadre de ses déterminations du 3 février 2020 sur ce projet de décision, l'assurée a produit un rapport d'évaluation neuropsychologique du 13 février 2020 et un rapport du 18 février 2020 des intervenants consultés au Centre de psychiatrie et psychothérapie C._____, à [...], qui retenaient les diagnostics de trouble mixte de la personnalité (F61.0) avec d'importants traits de la personnalité

émotionnellement labile de type borderline et quelques traits de la personnalité paranoïaque et de la personnalité dépendante et de trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique. Le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a estimé que l'assurée pourrait probablement retrouver une capacité de travail « à 60-80 % ». L'intéressée ne travaillait plus depuis l'année 2012 et en tenant compte de ses difficultés psychiques et de ses fragilités (dont il précisait que le noyau professionnel semblait moins impacté, avec en tout cas pas de trouble de la personnalité), le psychiatre traitant pensait qu'une capacité de travail serait théoriquement envisageable mais uniquement après un processus de réinsertion professionnelle très progressif dans lequel l'intéressée pourrait regagner confiance en elle et récupérer une endurance ; à terme, elle pourrait ainsi se projeter dans un travail administratif de réception, d'accueil ou de classement.

Par communication du 12 juin 2020, l'OAI a porté à la connaissance de l'assurée prendre en charge les frais d'une orientation professionnelle effectuée auprès du Centre Orif de [...], du 15 juin au 4 octobre 2020.

Par communication du 14 octobre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais d'orientation professionnelle en lien avec la prolongation de la mesure SEOP (Section d'évaluation et orientation professionnelle) réalisée auprès du Centre Orif de [...], laquelle s'achèverait le 18 décembre 2020.

Par communication du 2 décembre 2020, l'OAI a signalé à l'assurée qu'il prenait en charge les frais liés à un entraînement progressif effectué auprès du Centre Orif de [...], du 19 décembre 2020 au 2 avril 2021.

Dans un rapport du 17 février 2021, le Prof. M._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique chez l'assurée dont il estimait qu'elle n'était pas en mesure d'augmenter son taux d'activité à 70 % dans le cadre de la mesure de réinsertion professionnelle comme réceptionniste

effectuée auprès de l'Orif (d'abord à [...] puis à [...]). Ce médecin était favorable à la poursuite de cette réinsertion avec le maintien en 2021 d'un taux de travail entre 50 et 70 % afin de stabiliser la situation.

Par communication du 31 mars 2021, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il prenait en charge les coûts de la prolongation de la mesure en cours effectuée sous la forme d'un entraînement progressif auprès du Centre Orif d'[...], du 3 avril au 30 juin 2021.

Par communication du 14 juillet 2021, l'OAI a indiqué à l'assurée prendre en charge les coûts de la prolongation de la mesure en cours effectuée auprès du Centre Orif d'[...], du 1^{er} juillet au 31 octobre 2021.

Désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, l'assurée a, par courrier du 13 août 2021, informé l'OAI de la détérioration de son état de santé intervenue sur le plan psychiatrique, malgré la prise d'antidépresseurs et d'anxiolytiques depuis des années. En raison de cette aggravation, l'intéressée n'avait pas été capable de poursuivre le suivi des mesures de réinsertion professionnelle progressive dont elle bénéficiait au travers de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport final de mesure du 29 septembre 2021, les responsables du Centre Orif d'[...] ont conclu ainsi :

“Durant cette période de mesure MR [mesure de réinsertion], nous constatons que dans un poste adapté, bienveillant et proche de son domicile, Mme D. _____ a pu faire évoluer autant ses compétences et capacités professionnelles que sa confiance en elle. A la fin de ces mesures, nous relevons aussi que la situation de santé de Mme D. _____ reste fragile et instable. De plus, au-delà d'un taux d'activité de 50%, ses difficultés de santé ont augmenté. Par ailleurs et selon ses dires, de nouvelles investigations médicales (hospitalisation) étaient en cours. Ainsi, dans ce contexte adapté et bienveillant, elle a pu atteindre un taux de 50 %.

Du fait de son dernier arrêt maladie (d'une durée de plus d'un mois) la mesure a été interrompue au 13 août 2021.”

Le 26 novembre 2021, les Drs G._____ et P._____, tous deux psychiatres au Centre de psychiatrie et psychothérapie C._____, ont adressé un rapport médical à l'OAI. Ils ont fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée. Du point de vue psychiatrique, ils ont indiqué que cette dernière pouvait probablement retrouver une capacité de travail de 50 %, sachant qu'elle ne travaillait plus depuis 2012, en tenant compte de ses difficultés psychiques et de ses fragilités. Eu égard au diagnostic et à la chronicité des vulnérabilités, le pronostic restait toutefois réservé sur le long terme. Les possibilités d'une reprise de la mesure Orif continuaient d'exister moyennant le respect des limitations fonctionnelles. Ces médecins ont conclu que la capacité de travail réelle de l'assurée était alors de 50 %.

Le 26 décembre 2022, les Drs P._____ et J._____, psychiatre au Centre de psychiatrie et psychothérapie C._____, ont envoyé un nouveau rapport médical à l'OAI, à teneur duquel l'assurée souffrait de troubles mixtes de la personnalité et d'autres troubles de la personnalité, avec d'importants traits de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, quelques traits de la personnalité dépendante (F61.0), ainsi que d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11). Selon ces deux psychiatres, l'assurée pourrait faire valoir uniquement une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée à son état de santé, avec la précision que le pronostic demeurait réservé au long terme, vu les diagnostics retenus et la chronicité des vulnérabilités. Depuis 2020, la capacité de travail de l'intéressée avait varié entre 30 % et 50 %.

Le 19 janvier 2023, les Drs J._____ et P._____ ont remis à l'OAI un rapport médical complémentaire, dans lequel il était mentionné que l'état psychique de l'assurée s'était péjoré en 2021, ce qui pouvait expliquer l'échec des mesures de l'assurance-invalidité. Ces psychiatres exposaient, en outre, que l'assurée avait un fonctionnement paranoïaque et son rapport avec son référent AI constituait un facteur de persécution entraînant une décompensation dépressive.

Le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie, ou médecine physique et réadaptation) (avis du 15 mai 2023).

Le 8 juin 2023, dans le cadre de la mise en œuvre par l'OAI d'une expertise bidisciplinaire, Me Duc a posé les questions complémentaires suivantes :

- "1) Compte tenu de l'anamnèse et de la symptomatologie constatée par les Drs A. _____ et X. _____ des C. _____, pouvez-vous confirmer l'existence d'une atteinte à la personnalité invalidante, en particulier un trouble mixte de la personnalité de type borderline avec quelques traits d'une personnalité paranoïaque et dépendante ?
- 2) Dans la négative, nous vous demandons de prendre contact avec ses deux médecins, soit les Drs A. _____ et X. _____ afin que ces derniers puissent exposer les éléments cliniques qui justifient ces diagnostics et leurs conséquences sur la capacité de travail ?
- 3) Compte tenu des conséquences de ces diagnostics, pouvez-vous confirmer qu'une activité professionnelle sur le premier marché du travail n'est pas possible, seule une activité occupationnelle dans un milieu protégé est imaginable ?"

Le 12 juin 2023, l'OAI a répondu à Me Duc que ces questions complémentaires seraient transmises aux experts. S'agissant de la question n° 2, l'OAI lui a précisé qu'il n'existait pas d'obligation pour les experts de prendre contact avec les médecins traitants ou d'autres médecins consultés, si bien que sa requête à cet égard serait donc laissée à leur libre appréciation.

Les experts du Centre d'Expertises Médicales F. _____ de [...] ont rendu leur rapport d'expertise bidisciplinaire le 29 août 2023. Ils ont posé les diagnostics de fibromyalgie (M89.7) comprenant les lombalgies (M47.8) et les arthralgies (M65.9), de status post chirurgie du genou gauche en avril 2012 et 2015 (M22.0) et de trouble de la personnalité anxieuse/évitante (F60.6). Les limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique étaient pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de deux kilos, port de charge proche du corps limité à cinq kilos, pas de

porte-à-faux ou de torsion du tronc, pas de piétinement prolongé, changement de position régulier, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage), pas de montée ou descente d'escalier répétées, pas de position à genoux ou accroupie et pas de travail répétitif des mains. Les restrictions fonctionnelles d'ordre psychiatrique étaient que l'assurée supportait mal les critiques dans des situations vécues comme stressantes et la crainte d'être disqualifiée. Ces experts ont retenu une capacité de travail nulle de l'assurée dans son activité habituelle depuis juin 2013 et à 100 %, depuis le 1^{er} septembre 2018, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques. En l'absence de mesures médicales ou de thérapies susceptibles d'influencer la capacité de travail, ils ont précisé que, du point de vue psychiatrique, l'intéressée avait toujours été capable de travailler ; elle déclarait que la thérapie l'aidait beaucoup et qu'avec les médicaments, elle avait une meilleure gestion de ses émotions malgré le dosage plasmatique relevé (la Regabaline était indétectable et le taux de Venlafaxine était « plutôt bas »).

Le 27 février 2024, l'assurée a contesté la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire du F._____.

Le SMR a retenu que les critiques formulées par l'assurée n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux (avis « audition » du 8 juillet 2024).

Par décision du 19 juillet 2024, l'OAI a supprimé avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette décision, la rente d'invalidité versée à l'assurée depuis le 1^{er} janvier 2014. Il a également retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

B. Par acte du 13 août 2024, D._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens que l'OAI est condamné à continuer de lui verser une rente d'invalidité entière postérieurement au 1^{er} septembre 2024.

Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision ; plus subsidiairement, elle a conclu à la condamnation de l'OAI à mettre en œuvre des mesures de réadaptation en sa faveur. Ce faisant, elle a contesté la capacité de travail entière retenue dans des activités adaptées depuis septembre 2018. En bref, elle a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante des deux volets de l'expertise F. _____ et opposant les avis divergents de ses médecins traitants, corroborés par le rapport du 29 septembre 2021 de fin de mesure de l'Orif d'[...], dont elle inférait que son état de santé était encore fragile et instable. Elle ajoutait que même en retenant une capacité de travail entière dans des activités adaptées, celle-ci ne pourrait pas être concrètement mise à profit sur le marché de l'emploi, à défaut de bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle auxquelles elle prétendait sur la recommandation de ses médecins. La recourante a également sollicité la restitution de l'effet suspensif au recours et le bénéfice de l'assistance judiciaire en sa faveur.

Par décision du 1^{er} octobre 2024, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 août 2024. Elle a été exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc lui a été désigné.

Dans sa réponse du 1^{er} novembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant des rapports d'expertise du L. _____ et du F. _____, et a ajouté que la recourante était apte à travailler sur le premier marché de l'économie dans une activité non qualifiée, sans nécessiter une mesure de réinsertion préalable, faute de présenter un déconditionnement et en l'absence d'une mesure simple et adaptée susceptible de diminuer le préjudice économique.

La recourante a répliqué le 19 novembre 2024 en persistant dans ses conclusions. Elle se plaignait également d'une violation « grave »

de son droit d'être entendue par l'OAI en lien avec un traitement défaillant par celui-ci des trois questions complémentaires du 8 juin 2023 destinées aux experts du F._____. Sous bordereau de pièces, la recourante a notamment produit :

- un rapport du 19 septembre 2024 du Dr P._____, lequel indiquait ne pas partager le diagnostic et les conclusions retenus par l'expert psychiatre du F._____, étant d'avis qu'une approche plus nuancée des troubles présentés par la recourante s'imposait ; le trouble de la personnalité évitante, bien que partiellement présent, ne reflétait pas entièrement la complexité de la situation clinique, marquée par des traits borderline, impulsifs et paranoïaques, ainsi que par les impacts résiduels de son trouble dépressif récurrent. Selon le psychiatre traitant, cette combinaison de facteurs limitait considérablement la capacité de la recourante à maintenir un emploi. Le pronostic était qualifié de « réservé à défavorable », avec un risque élevé d'incapacité professionnelle prolongée, voire permanente ; même si à long terme une légère amélioration pouvait être possible avec un traitement psychothérapeutique intensif, les chances de réinsertion sur le marché du travail étaient faibles ;

- un rapport de consultation du 3 octobre 2024 de la Dre W._____, rhumatologue, retenant les diagnostics de cervicalgies et lombalgies chroniques non spécifiques avec cervicarthrose, de syndrome du grand trochanter douloureux, de fibromyalgie, d'antécédent de « oligo-polyarthrite » séronégative et non érosive en 2012 et de status post chirurgie du genou gauche en 2012 et 2015. Selon cette médecin, la capacité de travail de la recourante était de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé.

Dans sa duplique du 12 décembre 2024, à laquelle était annexé un avis du SMR du 25 novembre 2024, l'OAI a maintenu sa position.

La recourante s'est encore déterminée le 30 décembre 2024, faisant valoir que les avis des Drs P._____ et W._____ devaient être suivis. Elle a produit un rapport du 8 décembre 2024 dans lequel le Dr P._____ a fait part à Me Duc du fait que l'abus sexuel subi par la recourante durant l'adolescence avait probablement contribué au développement des troubles de la personnalité et que, même en l'absence d'un diagnostic formel de trouble de stress post-traumatique, l'impact de cet événement ne pouvait pas être négligé et il justifiait de procéder à une évaluation globale de l'incapacité de travail.

L'intimé a déposé des observations le 29 janvier 2025 et a produit un avis du SMR du 9 janvier 2025, lequel retenait qu'il n'était pas rapporté d'aggravation des atteintes reconnues ou de nouvelle atteinte à la santé depuis l'expertise du F._____.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b 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. Le litige porte sur le point de savoir si l'office intimé était fondé à supprimer le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière avec effet au 1^{er} septembre 2024, au motif qu'il ressort de la révision initiée le 15 juin 2016 qu'elle présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis septembre 2018.

3. a) Dans un grief de nature formelle, la recourante fait valoir une violation de son droit d'être entendue, au motif que les trois questions qu'elle a transmises à l'OAI par courrier du 8 juin 2023 n'ont pas été soumises aux experts du F._____.

b) Afin d'assurer un déroulement équitable de la procédure et de garantir les prérogatives usuelles dans la procédure administrative générale, découlant du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. et 42 LPGA ; ATF 135 V 465 consid. 4.3.2), le Tribunal fédéral a estimé nécessaire un renforcement des droits de participation de l'assuré à l'administration de l'expertise, au stade de la procédure administrative déjà (ATF 137 V 210 consid. 2.5 et 3.4.2). Ainsi, la jurisprudence prévoit notamment le droit, pour l'assuré, de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9 ; voir également TF 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 3.2). L'administration ou le juge peuvent cependant renoncer à soumettre des questions complémentaires aux experts lorsqu'il n'y a pas lieu d'attendre que celles-ci amèneront à de nouvelles conclusions (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_112/2019 du 30 avril 2019 consid. 4.5). Lorsque l'Office AI accorde, respectivement refuse, à la personne assurée de poser des questions complémentaires au centre d'expertise médicale, il doit le faire par le biais d'une décision (ATF 141 V 330 consid. 2 à 4).

Si les droits de participation de la personne assurée n'ont pas été respectés lors de la mise en œuvre de l'expertise, il y a lieu de tenir compte de ce manque dans le cadre de l'examen de la valeur probante de l'expertise. Dans un tel cas, des doutes relativement faibles sur la fiabilité

et le caractère concluant de l'expertise rendent déjà nécessaire la réalisation d'une nouvelle évaluation (TF 8C_112/2019 du 30 avril 2019 consid. 4.5, qui renvoie à l'ATF 139 V 99 consid. 2.3.2).

c) En l'espèce, dans un courrier du 12 juin 2023, l'OAI a informé la recourante que ses questions n^{os} 1 et 3 seraient transmises aux experts, mais a précisé, s'agissant de la question n^o 2, qu'il n'existait pas d'obligation pour les experts de prendre contact avec les médecins traitants ou d'autres médecins consultés, de sorte que le traitement de cette question serait laissé à leur libre appréciation. Il ne ressort cependant pas du dossier que l'OAI aurait transmis ces questions aux experts du F._____. Les courriers des 8 et 12 juin 2023 figurent certes au dossier qui a été communiqué aux experts, mais l'OAI ne les a pas rendus attentifs au fait qu'ils devaient répondre à ces questions. Lorsque la recourante l'a fait remarquer à l'OAI, lors de la procédure d'audition, ce dernier n'a pas sollicité de complément d'expertise, mais a relevé, dans le courrier joint à la décision attaquée, que les questions n^{os} 1 et 3 posées par la recourante trouvaient leurs réponses dans l'analyse faite par l'expert psychiatre du F._____.

Il convient de constater qu'en ne soumettant pas les questions complémentaires de la recourante aux experts, sans écarter ces questions par appréciation anticipée des preuves dans une décision de refus, l'OAI a violé le droit d'être entendue de la recourante. Cela étant, il convient d'examiner sur le fond si l'expertise apporte néanmoins des réponses à ces questions, comme le soutient l'intimé, et de tenir compte de l'existence de ce vice dans le cadre de l'examen de la valeur probante de l'expertise (cf. infra consid. 9).

4. 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 pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

b) En l'occurrence, l'intimé a initié une révision du droit aux prestations de l'assurée en juin 2016. Il ressort des pièces médicales au dossier que l'état de santé de la recourante, du point de vue rhumatologique, s'est amélioré en septembre 2018. Cette date est antérieure au 31 décembre 2021, si bien que l'ancien droit s'applique en l'espèce.

5. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel,

est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait 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 - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

b) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

6. 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).

7. 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 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).

d) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, 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).

8. 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).

9. **a)** En l'espèce, il convient de rappeler en préambule que, dans la procédure de révision du droit à la rente, l'OAI a mis en œuvre une première expertise bidisciplinaire auprès du L._____ en 2019 qui avait conclu que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues depuis le mois de septembre 2018. A la suite de cette expertise, la recourante a bénéficié de mesures visant sa réinsertion professionnelle. Elle a cependant mis un terme à ces mesures, se prévalant d'une détérioration de son état de santé psychique, raison pour laquelle l'OAI a mis en œuvre une seconde expertise bidisciplinaire auprès du F._____ qui a rendu son rapport le 29 août 2023. La recourante conteste la valeur probante des deux volets (psychiatrie et rhumatologie) de ce dernier rapport d'expertise sur lequel est fondée la décision attaquée.

b) Concernant le volet psychiatrique de l'expertise du F._____, il convient de relever que l'expert a eu accès à l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier mis à sa disposition et s'est entretenu le 26 juillet 2023 durant une heure et quarante minutes avec la recourante. Cette dernière estime qu'un « seul et court examen clinique » était largement insuffisant pour pouvoir déceler un trouble de la personnalité. Elle se prévaut à cet égard d'un article médical. Or, le rôle de l'expert consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et la référence), si bien que la durée de l'examen médical n'est pas en soi un critère permettant de remettre en question la valeur de son travail (TF 9C_233/2024 du 27 juin 2024 consid. 5.3 et la référence ; TF 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 5.2). Le grief de la recourante, qui n'est pas médecin, s'avère ainsi mal fondé. La recourante fait également valoir que l'anamnèse dressée par l'expert est incomplète, au motif que celui-ci n'a pas mentionné tous les épisodes difficiles, voire traumatiques, décrits dans le rapport des médecins traitants du 18 février 2020, sans toutefois préciser lesquels. Cependant, ce rapport médical est répertorié dans l'annexe 3 « synthèse du dossier » de l'expertise, de sorte que l'expert en a pris connaissance. La lecture du volet psychiatrique du rapport d'expertise permet de s'apercevoir qu'il y est mentionné le comportement inapproprié du père et la distance de celui-ci avec sa fille, la relation amicale entretenue par la recourante avec sa mère, les attouchements sexuels dont l'intéressée a été victime à l'adolescence ainsi que les deux relations sentimentales conflictuelles vécues avec des hommes. En conséquence, l'anamnèse brossée par l'expert n'apparaît pas lacunaire sur ces points essentiels. La recourante se plaint encore de l'absence de mise en œuvre par l'expert d'un bilan neuropsychologique. Or, l'expert psychiatre mentionne dans son rapport le dernier bilan neuropsychologique figurant au dossier mis en place le 13 février 2020 au Centre de psychiatrie et psychothérapie C._____. Dans la mesure où aucune pièce médicale au dossier n'indique que la situation médicale de la recourante aurait évolué sur ce point, ce qu'elle ne prétend d'ailleurs pas, ses critiques sur ce point sont également infondées.

En revanche, la recourante doit être suivie en tant qu'elle reproche à l'expert psychiatre du F._____ de ne pas avoir pris le temps d'attendre d'obtenir les renseignements demandés au psychiatre traitant avant de rédiger son rapport.

Au chiffre 5 figurant en page 11 du rapport d'expertise du F._____, il est en effet indiqué qu'« au moment de la rédaction du présent rapport nous n'avions pas encore reçu les renseignements demand[és] au psychiatre de l'expertisée ». Bien qu'on ignore la nature du complément d'informations sollicité, il est pour le moins étrange que l'expert psychiatre, après avoir estimé dans un premier temps qu'un tel complément était nécessaire, y a ensuite renoncé, sans fournir de justification. Ce premier élément s'avère déjà suffisant pour faire naître un doute quant à la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire du 29 août 2023, ce d'autant plus qu'aux termes de sa question complémentaire n° 2 du 8 juin 2023 qu'elle souhaitait soumettre aux experts, la recourante avait demandé une telle prise de contact. L'expert psychiatre ne se déterminant pas sur cette question, dont la pertinence a été laissée à sa libre appréciation par l'OAI (cf. courrier du 12 juin 2023), et la réponse ne figurant pas dans le rapport d'expertise au vu de ce qui précède, force est de constater que le droit d'être entendue de la recourante n'a pas été respecté (cf. supra consid. 3c).

Le droit d'être entendue de la recourante a également été violé s'agissant de la question complémentaire n° 1 posée le 8 juin 2023 par la recourante à teneur de laquelle il était demandé à l'expert de se déterminer sur le diagnostic de trouble mixte de la personnalité de type borderline avec quelques traits d'une personnalité paranoïaque et dépendante. En haut de la page 14 du rapport du 29 août 2023, l'expert psychiatre se détermine certes de manière très succincte sur l'existence d'un trouble mixte de la personnalité de type borderline avec quelques traits d'une personnalité paranoïaque, mais il ne dit rien des éventuels traits d'une personnalité dépendante signalés chez la recourante par les Drs A._____ et X._____.

En outre, l'exclusion par l'expert psychiatre de diagnostics retenus par les médecins traitants, qui prend place sur une demi-page du rapport, repose sur une motivation pauvre, en particulier, s'agissant du trouble dépressif récurrent. L'expert psychiatre paraît l'exclure, au motif que les médecins traitants n'ont pas étayé ce diagnostic, se limitant pour le reste à fournir une motivation lapidaire fondée exclusivement sur le traitement et le suivi psychiatrique de la recourante, sans fournir aucune autre motivation médicale objective.

Il sied encore de relever qu'à la rubrique « appréciation des capacités, des ressources et des difficultés » en haut de la page 15, le rapport d'expertise est déficient quant à l'analyse des indicateurs posés par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 8 supra). En effet, l'expert psychiatre ne tient à aucun moment compte des difficultés rencontrées systématiquement par la recourante dans ses formations ou emplois. Il n'explique pas quelle serait la cause, s'il y en existe une, des difficultés de l'intéressée et de l'échec des mesures mises en place auprès de l'Orif dont elle a bénéficié entre le 15 juin 2020 et le 13 août 2021. Il persiste dès lors un doute sur ce point, qu'il n'est pas possible d'éclaircir faute de disposer d'une explication médicale sur l'origine des difficultés présentées.

Ainsi, le volet psychiatrique du rapport d'expertise du 29 août 2023 apparaît insuffisant pour permettre à la Cour de se prononcer en toute connaissance de cause sur le cas de la recourante.

c) S'agissant du volet rhumatologique du rapport de l'expertise du F._____, il convient de relever que l'expert a eu accès à l'ensemble des pièces médicales au dossier et a procédé le 26 juillet 2023 à un examen clinique d'une heure et dix minutes de la recourante, soit une durée suffisante pour lui permettre de se prononcer sur l'état de santé. Il a par ailleurs dressé l'anamnèse de cette dernière, a présenté sa journée-type et a tenu compte de ses plaintes. A l'issue de son analyse, il a posé les diagnostics de fibromyalgie et de status post chirurgie du genou gauche en avril 2012 et 2015.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'appréciation du caractère invalidant potentiel d'une fibromyalgie est subordonnée, par analogie, aux principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, vu les nombreux points communs entre ces troubles (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1). Ainsi, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, un examen doit être réalisé sur la base d'une procédure probatoire structurée au moyen des indicateurs applicables en présence de troubles psychiatriques (TF 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2). Or, sous la rubrique « appréciation des capacités, des ressources et des difficultés » en haut de la page 24 du rapport, l'expertise rhumatologique n'est pas motivée à satisfaction. L'expert n'a en effet pas pris en compte l'impact des douleurs, qui aux dires de la recourante durant la mesure de réinsertion professionnelle progressive suivie auprès de l'Orif de [...] et d'[...] de juin 2020 à août 2021, étaient pourtant présentes et handicapantes. L'expert s'est cantonné à relever que « l'attitude de l'expertisée dans la vie quotidienne n'est pas due à la rhumatologie », ce qui est péremptoire et semble contraire aux indications figurant au dossier.

En outre, l'expert rhumatologue se montre très expéditif lorsqu'il exclut les diagnostics incapacitants retenus dans les autres pièces médicales au dossier sur cinq lignes et de manière extrêmement laconique (cf. bas de la page 23 du rapport d'expertise du 29 août 2023). Il explique par ailleurs en quatre lignes les motifs pour lesquels il retient le diagnostic de fibromyalgie. Alors que l'expert du F._____ conclut à l'absence d'évolution de la situation de la recourante sur le plan rhumatologique depuis l'expertise du L._____ en 2019, il ne fournit aucune explication permettant de saisir pour quel motif médical l'expert rhumatologue à l'époque avait exclu à tort le diagnostic de fibromyalgie, cet expert ayant retenu à cet égard : « On retrouve 2 pts/19 pts et un score de sévérité nul. Le score de Wolfe est à 2/31, ne permettant pas de retenir le diagnostic de fibromyalgie qui requiert un score de 13/31 ». Ce diagnostic de

fibromyalgie n'est au demeurant retenu par aucun autre médecin, ce qui justifiait d'autant plus que l'expert du F. _____ étaye son analyse.

Dans ces conditions, l'appréciation du cas livrée par l'expert rhumatologue n'est pas non plus convaincante et ne permet pas à la Cour de se prononcer en connaissance de cause.

d) En conséquence, le rapport d'expertise bidisciplinaire du F. _____ ne peut pas se voir accorder une pleine valeur probante, de sorte que l'OAI ne pouvait pas se fonder sur les constatations et les conclusions de celui-ci pour supprimer la rente entière d'invalidité versée depuis le 1^{er} janvier 2014 à la recourante.

e) Pour le reste, la mise en relation du rapport d'expertise bidisciplinaire du 29 août 2023 avec d'autres éléments médicaux figurant au dossier, ne permet pas à la Cour de statuer sur les atteintes à la santé dont souffre la recourante et leurs incidences sur sa capacité de travail.

Ainsi, le rapport d'expertise du 11 juillet 2019 du L. _____ est antérieur à l'aggravation de l'état de santé alléguée par la recourante qui a justifié la mise en œuvre par l'intimé dans le premier semestre 2023 d'une nouvelle expertise bidisciplinaire confiée au F. _____. L'expertise du L. _____ est partant obsolète.

Quant aux rapports des médecins consultés par la recourante, outre la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patiente et les placent ainsi dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique, qui doit être prise en compte, et le fait qu'ils ne remplissent par ailleurs pas l'ensemble des réquisits formels pour se voir accorder une pleine valeur probante (cf. consid. 6c supra), aucun d'entre eux n'arrête la situation médicale globale de la recourante.

L'examen des autres éléments médicaux du dossier ne permet donc pas de pallier les défauts de l'expertise du F. _____ tels qu'ils ont été exposés ci-avant.

f) aa) 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 possible 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

bb) Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'office intimé est lacunaire et ne permet pas à la Cour de se prononcer en connaissance de cause, au vu des incohérences qui perdurent dans cette situation complexe. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG) et que le rapport d'expertise bidisciplinaire du F. _____ sur lequel elle s'est fondée n'a pas respecté le droit d'être entendue de la recourante. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire, comportant un volet psychiatrique et rhumatologique, toute autre spécialité étant réservée, afin de clarifier les atteintes à la santé dont souffre la recourante depuis 2016 ainsi que leurs effets sur sa capacité de travail passée et future, avec la précision que les effets d'une éventuelle fibromyalgie doivent être évalués sur la base de la procédure probatoire structurée, au moyen des indicateurs applicables en présence de troubles psychiatriques (TF 9C_433/2022 du 10 octobre 2023 consid. 5.2).

g) Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu pour la Cour de statuer sur les griefs soulevés par la recourante en ce qui concerne l'existence d'une activité professionnelle exigible au vu de ses limitations fonctionnelles et les mesures professionnelles auxquelles elle aurait droit. En effet, il appartiendra à l'office intimé d'analyser ces

éléments à nouveau dans la décision qu'il rendra à l'issue de l'instruction complémentaire de la cause.

10. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. En outre, la requête d'effet suspensif est sans objet, compte tenu du présent arrêt sur le fond.

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 l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La recourante obtient 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). Aussi, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). On ajoutera que ce montant couvre l'indemnité qui pourrait être allouée à Me Jean-Michel Duc au titre de l'assistance judiciaire.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 19 juillet 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. La requête d'effet suspensif est sans objet.

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 D._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille 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 Jean-Michel Duc (pour D._____),
- 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 :

