

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2025

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Matthey

Cause pendante entre :

N._____, au [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, à Berne,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], droitière, originaire de [...], naturalisée suisse en [...], est mariée et mère de deux enfants nés respectivement en [...] et [...]. Sans formation professionnelle, elle a exercé comme [...] à 100 % auprès de [...] SA, à [...], du 1^{er} juillet 2015 au 30 juin 2023.

Aux termes d'un rapport médical adressé à l'assureur perte de gain maladie le 4 avril 2019, le médecin traitant de l'assurée, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, a expliqué que sa patiente travaillait à 100 % dans une chaîne de production avec des mouvements monotones depuis cinq ans. Une douleur au coude droit était apparue en juillet 2018, irradiant jusqu'à l'épaule et surtout l'omoplate droite ainsi que les cervicales depuis le mois de septembre 2018, sans notion de traumatisme. Cette douleur était invalidante et à l'origine d'un long arrêt de travail. Le médecin traitant a posé le diagnostic d'épicondylite externe du coude droit et le diagnostic différentiel de fibromyalgie.

Sur demande de son assureur perte de gain maladie, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), datée du 9 avril 2019 et réceptionnée par l'office précité le 19 mai 2019, en raison d'une épicondylite du coude droit, opérée en mars 2019.

Le 16 juillet 2019, l'employeur de l'assurée a complété un formulaire adressé par l'OAI, dans lequel il a notamment indiqué que celle-ci était absente pour des raisons de maladie depuis le 19 novembre 2018.

Dans un rapport du 19 septembre 2019, une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a noté que l'assurée avait repris son activité habituelle à 100 % le 26 août 2019, de sorte que l'intervention de son service ne se justifiait plus et qu'elle fermait le mandat.

Par décision du 4 novembre 2019 confirmant un projet de décision du 24 septembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité de l'assurée, au motif que la durée de l'incapacité de travail n'avait pas atteint une année au moins.

B. À la suite d'une procédure de détection précoce introduite le 8 février 2022 par son assureur perte de gain maladie, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 23 janvier 2023, faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 13 septembre 2022.

Le dossier de l'assureur perte de gain maladie transmis à l'OAI le 26 janvier 2023 contenait en particulier un rapport du 5 janvier 2023, dans lequel la Dre B._____, médecin praticienne et médecin traitante de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de bursite des deux genoux depuis août 2022 et de status post-thyroïdite aiguë post-COVID depuis avril 2022. Elle a indiqué que sa patiente présentait des douleurs aux genoux bilatéraux sans signe d'infection, qui devraient guérir avec le temps ; une infiltration avait été réalisée le 21 décembre 2022 et l'intéressée bénéficiait de séances de physiothérapie. La Dre B._____ a attesté une incapacité de travail à 100 % du 13 septembre au 17 octobre 2022 et du 26 octobre au 27 novembre 2022. L'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle habituelle à 100 % à compter de l'hiver 2023.

Par communication du 15 mars 2023, l'OAI a accordé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous forme de modules externalisés, à savoir une mesure comprenant trois modules (entretien d'évaluation [module 0], bilan [module 1] et préparation à l'emploi/stage [module 2]) effectués auprès d'U._____ SA du 10 avril au 29 septembre 2023.

Aux termes d'un rapport du 23 mai 2023, U._____ SA s'est prononcé en faveur d'une phase 1, l'assurée restant toutefois consciente

qu'un passage en phase 2 restait improbable compte tenu de son état de santé actuel.

Le 29 juin 2023, l'assureur perte de gain maladie de l'intéressée a transmis à l'OAI un rapport d'expertise rhumatologique rendu le 8 mai 2023 par le Centre F. _____ (ci-après : F. _____), à [...]. Dans ce rapport, le Dr M. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de tendino-bursite du genou gauche (bursite du gastrocnémien, tendinopathie patellaire) en relation éventuelle avec un valgus marqué du genou gauche et hypermobilité et de périarthrite de la hanche droite avec tendinopathie du tenseur fascia lata. L'expert a relevé qu'il semblait exister une certaine discordance entre le caractère handicapant des douleurs du genou gauche et en partie du genou droit décrites par l'assurée et les constats radiocliniques montrant des atteintes tendineuses modérées. Il a estimé que l'assurée était totalement incapable de travailler dans son activité d' [...], principalement du fait que cette activité était effectuée en partie debout et surtout assise sur une chaise qui semblait peu adaptée, obligeant les genoux à être en valgus forcé ; l'intéressée était ainsi inapte à travailler dans une activité principalement en position debout, nécessitant de déambuler, de s'accroupir ou de s'agenouiller de façon répétée. Au vu des constats radiocliniques, le Dr M. _____ a toutefois retenu que l'assurée devait être apte à travailler dans une activité en grande partie assise, permettant également d'avoir le genou gauche étendu avec alternance de position assise et debout, et ceci à plein temps.

Aux termes d'un rapport du 4 juillet 2023, une conseillère en emploi d'U. _____ SA a noté que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé et que ce cas était complexe et multifactoriel. Elle a en particulier relevé qu'une gastroscopie avait été effectuée le 15 mai 2023, révélant la présence d'une bactérie, laquelle causait une légère gastrite et avait été traitée par antibiotique. Le 16 mai 2023, l'assurée était en outre tombée, des ecchymoses étant visibles sur son visage et ses bras ; après cette chute, l'intéressée avait été suivie sur le plan cardiaque, les résultats étant encourageants et n'indiquant *a priori* aucun dysfonctionnement.

L'assurée avait en outre effectué une IRM de l'épaule droite le 8 juin 2023, compte tenu de douleurs de plus en plus fortes, cet examen ayant révélé la présence d'une entorse de l'articulation acromio-claviculaire de bas grade ; les séances de physiothérapie avaient ainsi été centrées sur ses épaules et non plus sur le genou gauche. L'assurée a également rapporté ressentir plus de douleurs au genou droit, qu'elle utilisait davantage afin de compenser ce qu'elle ne pouvait faire avec le genou gauche. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la conseillère en emploi d'U. _____ SA a émis un avis défavorable quant au passage de l'intéressée en phase 2.

Le rapport susmentionné contenait en outre un rapport physiothérapeutique du 5 juin 2023, dans lequel une physiothérapeute et conseillère spécialisée d'U. _____ SA a exposé que l'évaluation de l'état de santé de l'assurée mettait en évidence « une incapacité à monter/descendre des escaliers, travailler en position accroupie, maintenir une position en porte-à-faux, solliciter son bras droit et sa main droite lors de tâches impliquant de la force, de l'endurance et des positions forcées, travailler à la hauteur des épaules et au-delà de la hauteur des épaules avec les mains, même sans port de charge, effectuer des mouvements répétitifs avec le bras et la main droite, effectuer des tâches de manutention lourde ; l'intéressée n'était pas capable de soulever à l'horizontale avec deux mains, ni de soulever du sol à la hauteur de la taille, ni de soulever du bassin à la hauteur des épaules, même exceptionnellement ». Elle était toutefois capable de travailler en position assise de manière occasionnelle. Au vu de ces conclusions et des limitations, U. _____ SA n'était pas en mesure de proposer la poursuite d'une mesure de réinsertion professionnelle dans un emploi adapté aux capacités de l'assurée ; l'état de santé de cette dernière était complexe et multifactoriel, de sorte qu'il lui était difficile de prévoir l'évolution des capacités fonctionnelles.

Par projet de décision du 18 juillet 2023, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'intéressée présentait une

incapacité de travail dans son activité d'[...] depuis le 9 septembre 2022 ; toutefois, selon ses investigations, depuis le 28 juin 2023, une capacité de travail de 100 % était raisonnablement exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de position principalement debout, nécessitant de déambuler, de s'accroupir ou de s'agenouiller de façon répétée). Ainsi, le salaire que pouvait percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services selon les données salariales de l'Office fédéral de la statistique s'élevait à 54'661 fr. 96 à 100 % en 2023. Quant au revenu sans invalidité, il s'élevait à 59'540 fr. d'après les informations obtenues par le dernier employeur. La comparaison de ces deux revenus menait à un degré d'invalidité de 8 %, inférieur à 40 %, qui ne donnait donc pas droit à une rente d'invalidité.

Le 4 septembre 2023, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné, estimant que son état de santé actuel ne lui permettait pas d'effectuer une activité lucrative, même adaptée à ses limitations fonctionnelles, et requis un délai de trente jours pour compléter ses objections.

Le 3 octobre 2023, l'assurée, désormais représentée par Inclusion Handicap, a complété ses objections, qualifiant l'instruction de lacunaire et concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité et/ou de mesures d'ordre professionnel. Avec son envoi, l'assurée a transmis les pièces suivantes :

- un rapport établi le 3 janvier 2023, par lequel le Prof. Q._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a posé les diagnostics de bursite latérale du genou gauche, diagnostic différentiel dans le cadre d'une hypermobilité, de status post thyroïdite post COVID et de status post hernie cervicale avec six infiltrations antalgiques effectuées. Il a indiqué que sa patiente souffrait de douleurs au genou gauche depuis septembre 2022, avec une incapacité de travail, de caractère mixte, plutôt mécanique à la flexion ; elle ressentait également des douleurs au niveau cervical et souffrait de troubles du sommeil et d'une généralisation des douleurs. Le Dr Q._____

a relevé qu'il existait quelques signes de fibromyalgie secondaire se développant, comme d'importants troubles du sommeil qui n'étaient pas expliqués par la bursite ni la thyroïdite ;

- un rapport établi le 4 avril 2023 à la médecin traitante, dans lequel le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, n'a pas posé de diagnostic précis ni de sanction chirurgicale s'agissant des douleurs présentées par l'assurée aux membres inférieurs. Il a proposé un accompagnement psychiatrique et psychologique ainsi que la poursuite des consultations au centre de la douleur. A son sens, il fallait exclure les pathologies neurologiques ou angiologiques.

Par avis du 17 janvier 2024, le médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a expliqué que les atteintes neurologiques avaient été exclues. L'expert du F._____ avait toutefois recommandé une réévaluation en rhumatologie afin d'éliminer formellement une origine inflammatoire, estimant que « le caractère incapacitant du genou gauche et peu évolutif rest[ait] difficilement explicable malgré traitements essayés » et faisant état « de la difficulté des différents spécialistes à préciser un diagnostic ». Dans ces conditions, le médecin du SMR a proposé de poursuivre l'instruction du dossier en adressant des questions précises à l'Institut Y._____, au Dr [...] (sic), au Prof. Q._____ et à la Dre B._____.

Faisant suite à un questionnaire de l'OAI, le Prof. Q._____ a indiqué, le 29 janvier 2024, avoir vu l'assurée en consultation une seule fois dans le cadre d'un deuxième avis. Il a transmis à l'office précité son rapport du 3 janvier 2023 y relatif.

Dans un courrier du 1^{er} mai 2024 à l'OAI, la Dre B._____ a indiqué que la situation de sa patiente n'avait pas évolué, aucune amélioration de la douleur ou de la mobilisation n'étant intervenue. Elle considérait ainsi que celle-ci était incapable de reprendre un travail.

Par courrier du 3 mai 2024 à l'OAI, l'Institut Y._____ ne s'est pas prononcé sur l'avenir ou l'évaluation des capacités professionnelles de l'assurée mais a joint les comptes-rendus d'intervention et précisé que l'intéressée se rendrait en consultation dans son institut le 14 mai suivant.

Par avis du 4 juin 2024, le médecin du SMR a constaté que l'instruction supplémentaire n'avait pas apporté d'élément nouveau par rapport à l'expertise rhumatologique du F._____ qu'il a estimé convaincante. Partant, il a maintenu ses précédentes conclusions, à savoir une capacité de travail dans l'activité habituelle nulle et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de position debout prolongée ni de marche prolongée, pas de position accroupie ou agenouillée, activité en grande partie assise avec alternance de position.

Par décision du 14 juin 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, reprenant les motifs exposés dans son projet de décision du 18 juillet 2023.

C. Par acte du 15 août 2024, N._____, toujours représentée par Inclusion Handicap, a interjeté un recours à l'encontre de cette décision auprès de la Cour des assurances sociale du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, la recourante soutient que l'instruction de son dossier par l'intimé est lacunaire. A son avis, la décision litigieuse a été rendue prématurément, son état de santé n'étant pas stabilisé, et sans que le volet psychiatrique ait été évalué, alors qu'elle présente potentiellement une fibromyalgie, ce qui ressort de plusieurs rapports médicaux au dossier. La recourante a en outre produit les pièces suivantes :

- un rapport du 20 juin 2024, par lequel le Dr C._____, chef de clinique adjoint au Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger (F32.0). Il a exposé avoir vu la patiente dans le cadre de

son hospitalisation en rhumatologie pour un traitement multimodal de la douleur, relevant la brièveté de ses observations ayant mené à une évaluation psychiatrique limitée. Le Dr C._____ a préconisé un suivi psychothérapeutique et noté que les pronostics cliniques et de la reprise du travail étaient réservés chez une patiente ayant peu de ressources ;

- un rapport établi le 2 juillet 2024, dans lequel le Prof. Q._____ et le Dr P._____, médecin assistant au Service de rhumatologie du CHUV, ont indiqué que leur patiente avait séjourné dans leur service du 27 mai au 7 juin 2024 dans le cadre d'un bilan étiologique multidisciplinaire, ainsi que pour effectuer un traitement multimodal de la douleur après l'échec de la prise en charge ambulatoire. Les médecins précités ont posé les diagnostics suivants :

« Diagnostics retenus :

Gonalgies à gauche sur :

- Gonarthrose fémoro-tibial à prédominance médiale et fémoro-patellaire prédominant du côté latéral ddc [des deux côtés].
- Enthésopathie du tendon rotulien et discret bursite de la patte d'oie (IGN IRM 26.10.2023).
- Pas d'argument pour un Sudec sur les images de la scintigraphie du 15.02.2024, selon les radiologues du CHUV

Cervicalgies et Lombalgies mécaniques sur :

- Discopathies modérées C5-6 et L4 à S1 (07.03.2024 IRM Rachis).

Omalgies mécaniques sur :

- Tendinopathie insertionnelle du supra-épineux avec bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée (10.01.2022 US épaule D [droite]).

Hypersensibilité centrale :

- Critère ACR 2010 pour la fibromyalgie avec : WPI = 13, SSS=10. Critère FiRST = 6/6
- Aggravation des symptômes après infection COVID-19 en 2022.
- Symptômes somatiques associés : dysménorrhées, probable intestin irritable, dysepsie, reflux, acouphènes, hypersensibilité à la lumière et aux bruits, probable vessie irritable, probable bruxisme, trouble d'ATM.
- Dysautonomie et syncopes vagales.
 - o 27.11.2023 Tilt-test basal et avec provocation par adénosine : syncope compatible avec une réponse vasovagale.

Antécédents et comorbidités :

- Bursite latérale du genou G [gauche] avec utilisation prolongée de corticostéroïde systémique, stoppée il y a 1 an
- Thyroïdite post-Covid (2022)

- Douleurs abdominales en cours d'investigations
- Tabagisme passé (paquet/semaine/ans) : 1 paquet /semaine de 33 à 40 ans. »

Le Prof. Q._____ et le Dr P._____ ont en particulier relevé que la patiente s'était montrée motivée et participative lors de ce séjour hospitalier, mais que sa participation aux différentes thérapies avait été entravée par ses douleurs et potentiellement sa kinésiophobie et son catastrophisme. Ils ont préconisé un traitement par Gabapentine pour régler les troubles du sommeil, ainsi qu'un suivi en ergothérapie, en physiothérapie et en psychothérapie s'agissant de ses douleurs. Ils ont retenu que la recourante était fortement limitée par les diagnostics précités, puisqu'elle était actuellement incapable de réaliser les activités de la vie quotidienne. Dans ce contexte, ils ont estimé que toutes les tentatives de réinsertion professionnelles étaient vouées à l'échec, la patiente ayant avant tout besoin de se concentrer sur ses ressources dans ses thérapies, qui pourraient mener à une amélioration de sa situation ; à leur sens, il convenait de réévaluer sa capacité de travail dans six mois.

Par réponse du 9 octobre 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée. Il a produit un avis du 9 septembre 2024, dans lequel la médecin du SMR a estimé, s'agissant des pièces produites avec le recours, que les diagnostics rhumatologiques étaient sensiblement inchangés et n'apportaient pas de limitations fonctionnelles autres que celles déjà retenues et que l'atteinte cervicale était elle aussi déjà connue. L'atteinte lombaire dégénérative, dont le caractère n'était que modéré, ne remettait, selon elle, pas en cause les conclusions portées en faveur d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. En ce qui concernait la fibromyalgie, la médecin du SMR a rappelé que l'expert du F._____ avait éliminé ce diagnostic et que le Prof. Q._____ ne l'écartait pas formellement, sans toutefois retenir de limitation fonctionnelle objectivable. A son sens, il s'agissait d'une appréciation différente d'une même situation clinique, parasitée par une kinésiophobie et un catastrophisme dans un contexte d'épisode dépressif d'intensité légère. Sur le plan psychiatrique, l'épisode dépressif léger expliquait l'absence de traitement et de suivi, ainsi que le fait que la

médecin traitante n'ait pas demandé d'avis spécialisé psychiatrique. La médecin du SMR a relevé que le statut clinique était rassurant, sans trouble cognitif surajouté, sans limitation fonctionnelle. Partant, elle a retenu que les nouvelles pièces médicales versées au dossier dans le contexte du recours ne modifiaient pas son appréciation du cas.

Par réplique du 13 décembre 2024, la recourante, sous la plume de son conseil, a annoncé que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant était désormais posé et qu'il engendrait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée. Elle a donc maintenu l'allégation selon laquelle ce diagnostic aurait dû être analysé par l'intimé. A l'appui de son écriture, la recourante a produit un rapport établi le 10 décembre 2024, dans lequel le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ce médecin a indiqué avoir débuté le suivi de la recourante en octobre 2024 relativement à un syndrome douloureux post COVID évoluant depuis 2021. Il a décrit des douleurs persistantes et intenses s'accompagnant d'un sentiment de détresse, l'existence de limitations dans les fonctions de la vie quotidienne, ainsi qu'une absence d'exagération des doléances et d'une tendance à la sursimulation. Selon lui, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et une capacité de travail de 50 % était exigible dans une activité adaptée ; il était de surcroît nécessaire de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique dans cette situation.

Par duplique du 25 février 2025, l'intimé a maintenu sa position. Il a renvoyé à un avis établi le 3 février 2025, qu'il a produit, dans lequel la médecin du SMR a, pour l'essentiel, conclu que le rapport du Dr O._____ n'amenait pas d'élément objectif nouveau concernant la période allant jusqu'à la décision litigieuse du 14 juin 2024 et ne modifiait pas son appréciation quant à l'aptitude au travail sur cette période.

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 estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 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 droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité ensuite de sa demande déposée le 26 janvier 2023.

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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'espèce, la demande de prestations et la décision attaquée sont postérieures au 1^{er} janvier 2022, de sorte que le nouveau droit est applicable à la présente cause.

4. 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 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).

c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision

administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3).

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).

f) 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, avec le concours d'un psychiatre (ATF 141 V 281 ; TF 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 et la référence citée).

Il n'appartient pas aux organes de l'assurance-invalidité de trancher les controverses portant uniquement sur la dénomination diagnostique la plus appropriée pour décrire l'état de souffrance de la personne concernée lorsque lesdites controverses n'ont aucune répercussion concrète sur la capacité de la travail (ATF 144 V 245 consid. 5.5.2). En particulier, les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux, bien que de nature différente (somatique et psychique), présentent de nombreux points communs (il n'est pas rare de voir certains médecins diagnostiquer indifféremment l'une ou l'autre atteinte à la santé ou assimiler la première à la seconde) et nécessitent le concours d'un psychiatre pour l'analyse de l'incapacité de travail en découlant (ATF 141 V 281). Les troubles somatoformes douloureux et la fibromyalgie présentent par conséquent de nombreux points communs du point de vue du droit des assurances sociales, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, de les traiter de manière analogue (TF 9C_177/2023 du 26 mars 2024 consid. 5.3.2 et les références).

5. a) En l'espèce, il est constant que la recourante est incapable d'exercer son activité habituelle d[...] depuis le 9 septembre 2022 en raison de ses atteintes à la santé. L'OAI estime toutefois, se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise rhumatologique réalisé le 8 mai 2023 par le F. _____ - qui avait été mandaté par l'assureur perte de gain maladie -, que la capacité de travail exigible de la recourante est totale depuis le 28 juin 2023 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de position principalement debout, nécessitant de déambuler, de s'accroupir ou de s'agenouiller de façon répétée).

Pour sa part, la recourante soutient en substance que l'intimé ne pouvait pas se limiter à prendre en considération ce seul rapport d'expertise, mais qu'il aurait dû instruire son dossier de manière plus complète en ordonnant une nouvelle expertise comportant un volet psychiatrique, dès lors en particulier que, selon les rapports établis plus récemment par ses médecins traitants, elle présente des indicateurs évoquant une fibromyalgie, ainsi qu'un épisode dépressif léger.

b) Il convient dès lors d'examiner la force probante du rapport d'expertise rhumatologique établi par le F. _____ le 8 mai 2023.

aa) Aux termes de son rapport, l'expert M. _____ a posé les diagnostics de tendino-bursite du genou gauche (bursite du gastrocnémien, tendinopathie patellaire) en relation éventuelle avec un valgus marqué du genou gauche et hypermobilité, ainsi que de périarthrite de la hanche droite avec tendinopathie du tenseur fascia lata. Le médecin précité a indiqué que l'intéressée se plaignait principalement de douleurs dans les genoux, le reste des douleurs ostéoarticulaires étant totalement tolérable, en particulier au niveau de la nuque (cf. rapport d'expertise du F. _____, p. 6). L'impact dans les activités de la vie quotidienne restait relativement modéré, l'expertisée pouvant gérer la toilette et l'habillage sans handicap particulier. Il en allait de même pour la préparation des repas. S'agissant des activités ménagères, elle devait fractionner les tâches et les courses étaient effectuées par son mari, puisqu'il lui était compliqué de porter des charges et de déambuler (*idem*, p. 13).

L'expert rhumatologue a relevé qu'il existait une certaine discordance entre le caractère handicapant des douleurs du genou gauche et en partie du genou droit décrites par l'assurée et les constats radiocliniques montrant des atteintes tendineuses modérées. L'origine mécanique de ces douleurs restait probable avec toutefois une suspicion de rhumatisme inflammatoire, sans élément objectif, ce qui expliquait en grande partie la difficulté des différents spécialistes (rhumatologue, neurologue, orthopédiste) à fixer précisément un diagnostic. Le pronostic restait également difficile à établir au vu de l'échec des multiples procédures thérapeutiques essayées (traitements antalgiques, anti-inflammatoires et infiltrations dans un centre de la douleur au niveau cervical, du nerf supra-scapulaire, de la bourse sous-acromio-deltoïdienne facettaire cervicale, ainsi que dorsal, avec des résultats plutôt mitigés). Il était ainsi difficile de proposer des mesures thérapeutiques précises. L'expert a conseillé à l'assurée de bénéficier d'une réévaluation en rhumatologie afin de faire des examens plus poussés à la recherche

éventuelle d'une origine inflammatoire. Malgré cela, sur la base des constats radiocliniques en sa possession, il n'a pas retenu de rhumatisme inflammatoire ou de lésion réellement handicapante au niveau du genou gauche, si ce n'est la description de tendino-bursite modérée du genou gauche (*idem*, p. 15s).

En définitive, l'expert M._____ a attesté une incapacité de travail à plein temps dans l'activité habituelle d'[...], principalement du fait que cette activité était effectuée en grande partie debout et surtout assise sur une chaise qui semblait peu adaptée, obligeant les genoux à être en valgus forcé. L'assurée devrait en revanche être apte à travailler à 100 % dans une activité en grande partie assise, permettant d'avoir le genou gauche étendu, avec alternance de position assise et debout.

Cette appréciation est toutefois dûment mise en doute par les éléments au dossier, comme cela sera exposé ci-après.

bb) La lecture du rapport d'expertise du F._____ laisse transparaître une certaine hésitation de la part de l'expert, qui reconnaît que les atteintes rhumatismales objectivées n'expliquent pas l'ensemble de la symptomatologie douloureuse et souligne la difficulté des spécialistes à poser un diagnostic, ainsi que la difficulté d'évaluer le pronostic et les mesures thérapeutiques envisageables. L'expert mentionne en effet la pluralité de traitements déjà entrepris, dont les effets ont été mitigés, ainsi que le besoin de procéder à une nouvelle évaluation de l'atteinte rhumatismale, afin d'exclure ou de confirmer une éventuelle composante inflammatoire. Cette incertitude de l'expert entache évidemment la force probante de son appréciation.

Il sied en outre de relever que le dossier médical de l'intéressée en possession de l'expert contenait en particulier le rapport du 3 janvier 2023 du Dr [...] [*recte* : Q._____] relatif à une consultation du 21 décembre 2022 (cf. expertise du F._____, p. 4), indiquant qu'il existait « quelques signes de fibromyalgie secondaires qui se développ[ai]ent, comme d'importants troubles du sommeil qui [n'étaient]

par expliqués par la bursite ni la thyroïdite ». Le Dr M._____ n'a toutefois pas pris la peine de discuter cette suspicion de diagnostic différentiel, qui pouvait expliquer l'ampleur des douleurs rapportées par l'expertisée, ce qui est critiquable.

La nécessité de procéder à l'évaluation de ce diagnostic différentiel a été renforcée par l'évolution médicale postérieure à l'expertise. L'assurée a en effet bénéficié d'un bilan étiologique multidisciplinaire au Service de rhumatologie du CHUV du 27 mai au 7 juin 2024, soit antérieurement à la décision attaquée. A cette occasion, le Prof. Q._____ et le Dr P._____ ont notamment conclu à une hypersensibilité centrale avec un score au test de WPI [*Widespread pain index*] de 13 sur 19 et un score au test SSS [échelle de sévérité des symptômes] de 10 sur 12, la patiente répondant ainsi aux critères ACR [*American college of rheumatology*] 2010 pour la fibromyalgie. Le Dr C._____ a, quant à lui, diagnostiqué un épisode dépressif léger. Les médecins du CHUV ont ainsi préconisé le suivi d'une psychothérapie, qui a été mise en œuvre auprès du Dr O._____ en octobre 2024. Le rapport rendu par le psychiatre traitant le 10 décembre 2024 (qui peut être pris en considération dans le cas d'espèce puisqu'il a en partie trait à la situation antérieure à la décision attaquée, s'agissant de douleurs apparues en 2021) pose clairement le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), lequel induirait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

Partant, la suspicion de fibromyalgie, déjà présente au moment de l'expertise du F._____ et ultérieurement corroborée par le bilan effectué au Service de rhumatologie du CHUV, conjuguée au diagnostic subséquent de syndrome douloureux somatoforme persistant – les deux diagnostics devant être traités de manière analogue (cf. consid. 4f *supra*) – établissent clairement que l'intimé ne pouvait se contenter de se rallier aux conclusions du Dr M._____, sans se prononcer sur cette atteinte et son incidence sur la capacité de travail de la recourante. Il se devait ainsi de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, à tout le moins rhumatologique et

psychiatrique, comportant une analyse des différents indicateurs jurisprudentiels, afin de parvenir à une évaluation complète de la situation médicale de l'assurée et conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 4f *supra*).

Il convient encore de mentionner qu'une telle expertise permettra également de se prononcer sur l'épisode dépressif léger diagnostiqué par le Dr C. _____ dans son rapport du 20 juin 2024, ainsi que son éventuelle incidence sur la capacité de travail de l'intéressée.

cc) A cela s'ajoute que les éléments contenus dans le rapport du Prof. Q. _____ et du Dr P. _____ du 2 juillet 2024 relatif au séjour effectué par l'assurée au CHUV du 27 mai au 7 juin 2024 sont de nature à mettre en doute le fait que les conclusions de l'expertise du F. _____ de mai 2023 soient encore valables à la date de la décision attaquée de juin 2024. Il convient tout d'abord de relever que ce rapport, au demeurant détaillé sur plusieurs pages, a été établi à l'issue d'un séjour hospitalier d'une dizaine de jours, durant lequel la recourante a fait l'objet de nombreux tests et examens destinés notamment à clarifier l'étiologie de ses douleurs, ce qui lui confère une certaine valeur probante. Dans leur rapport, les médecins rhumatologues du CHUV font état de douleurs qui ne se limitent plus aux genoux, comme c'était le cas en mai 2023, mais qui s'étendent depuis janvier 2024 (à la suite d'une glissade et d'un rattrapage avec le membre supérieur gauche) à la hanche, au rachis complet, ainsi qu'à l'épaule droite, sous forme de brûlures, de coups de couteau, parfois de fourmillements et d'engourdissements. Les douleurs lombaires sont décrites comme « sévèrement invalidantes » (cf. rapport du Prof. Q. _____ et du Dr P. _____ du 2 juillet 2024, p. 4) et la recourante comme « fortement limitée », étant « actuellement incapable de réaliser ses activités de la vie quotidienne » (*idem*, p. 6). Ces éléments démontrent ainsi une certaine aggravation de la situation par rapport aux constats effectués par le Dr M. _____.

A cet égard, les médecins précités posent plusieurs diagnostics qui n'avaient pas été qualifiés d'incapacitants par l'expert rhumatologue,

à savoir des cervicalgies et lombalgies mécaniques sur discopathies modérées C5-C6 et L4 à S1 et des omalgies mécaniques sur tendinopathie insertionnelle du supra-épineux avec bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée. Si les atteintes à l'épaule ont certes été révélées par une radiographie de janvier 2022, les cervicalgies et lombalgies sont fondées sur des éléments d'imagerie postérieurs à mai 2023, à savoir une IRM du 7 mars 2024. En outre, même si le Prof. Q._____ et le Dr P._____ ne décrivent pas de limitation fonctionnelle supplémentaire, force est de constater qu'à leurs yeux, les limitations ne sont plus uniquement liées à des douleurs aux genoux, comme l'expert du F._____ l'avait retenu. Les nombreuses limitations fonctionnelles rapportées par la physiothérapeute d'U._____ SA, dans son rapport du 5 juin 2023, ayant notamment trait à la position en porte-à-faux et à l'utilisation du bras droit et des épaules, même sans port de charges, corroborent par ailleurs cette appréciation. Les médecins précités estiment de surcroît que toutes les tentatives de réinsertion professionnelle sont en l'état vouées à l'échec, et ce pour une période de six mois au moins, la situation étant susceptible de s'améliorer avec des thérapies bien conduites.

Au vu des éléments qui précèdent, les conclusions de l'expert rhumatologue du F._____ du 8 mai 2023 sont valablement mises en doute par les éléments médicaux au dossier et ne sauraient donc être suivies pour déterminer la capacité de travail de la recourante sur le plan rhumatologique à la date de la décision attaquée.

c) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le dossier de la recourante est lacunaire et ne permet pas d'apprécier à satisfaction de droit le caractère invalidant des atteintes physiques et psychiques dont elle souffre, de sorte que l'intimé n'était pas légitimé à rendre la décision litigieuse sans autres mesures d'instruction.

6. a) 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 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée, dès lors que c'est à elle qu'il appartient en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, comportant à tout le moins un volet rhumatologique et un volet psychiatrique, examinant en particulier les atteintes rhumatismales ainsi que la fibromyalgie ou le syndrome somatoforme douloureux dont souffre possiblement la recourante, à l'aide des indicateurs jurisprudentiels (cf. consid. 4e *supra*).

7. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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. 1bis 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 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 l'intimé.

**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 14 juin 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. 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.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap (pour N._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :