

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Piguet, juge, et Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, divorcée, au bénéfice d'une formation de couturière acquise dans son pays d'origine, a travaillé comme aide de cuisine à 70% auprès de l'Etablissement médico-social Q._____ à [...] du 1^{er} mai 2001 au 30 novembre 2014, date de son licenciement.

Le 21 février 2014, l'assurée a été victime d'une chute qui lui a occasionné une contusion du genou droit survenue dans le cadre d'une arthropathie dégénérative de cette articulation. Elle s'est trouvée en incapacité de travail à 100% depuis lors.

A la demande de H._____SA (ci-après : [...]) assureur perte de gain maladie, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de H._____SA, a expertisé l'assurée et rendu un rapport le 12 juin 2014, aux termes duquel il a conclu que les effets de l'évènement du 21 février 2014 devaient être limités dans le temps, soit à trois mois maximum compte tenu de l'état dégénératif du genou droit qui accroissait l'irritabilité tissulaire, rendant la récupération plus lente que la normale (3-4 semaines). Ce médecin précisait encore que, passé ce délai, les plaintes de l'assurée devaient être mises sur le compte de l'arthrose présente dans cette articulation.

Une reprise à 50% dès le 16 février 2015, sous réserve d'un poste adapté, a été attestée le 10 février 2015 par la Dre K._____, spécialiste en rhumatologie. L'incapacité à 50% a été prolongée par cette spécialiste du 1^{er} mars au 13 avril 2015, puis par le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, du 15 avril au 14 juin 2015.

Le 21 avril 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant, quant au genre de

l'atteinte, « chute après licenciement, arthrose, ménisque, cristaux au genou droit ». Elle était alors inscrite au chômage pour la recherche d'une activité à 50%.

L'OAI a mis en place une mesure de réinsertion professionnelle en faveur de l'assurée sous forme d'orientation professionnelle entre le 6 juillet 2015 et le 30 octobre 2015, suivie d'un stage (soutien à la place de travail) chez L. _____ entre le 1^{er} novembre 2015 et le 31 janvier 2016 à un taux de 50 à 70%, prolongé jusqu'au 2 mars 2016.

Le 17 mars 2016, le Service de l'emploi a informé l'assurée qu'une décision lui reconnaissant une aptitude au placement avait été prise.

Le 12 mai 2016, l'assuré a subi une opération, consistant en la mise en place d'une prothèse totale du genou droit, effectuée par le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans un rapport du 30 septembre 2016, le Dr M. _____ a mentionné que l'évolution à quatre mois et demi après l'opération était globalement satisfaisante. Il a noté un œdème au niveau du muscle gastrocnémien externe générant des douleurs, lesquels étaient en relation avec la récupération du genou et devaient progressivement disparaître. Le spécialiste a prolongé l'arrêt de travail de l'assurée jusqu'au 31 octobre 2016, date à laquelle celle-ci pourrait reprendre une activité à plein temps évitant le port de charges lourdes, les mouvements en genuflexion et les positions sur les genoux, debout et assise prolongées.

Entre le 28 novembre 2016 et le 27 février 2017, l'assuré a effectué à satisfaction une mesure sous la forme d'un stage auprès de la Fondation [...].

Une incapacité de travail à 100% a été attestée entre le 1^{er} juin 2017 et le 30 novembre 2017 par le Dr G. _____, en raison de la

persistance de gonalgies mécaniques, puis entre le 1^{er} décembre 2017 et le 1^{er} février 2018 par le Prof. C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Centre hospitalier W._____. ([...]) et enfin entre le 15 janvier 2018 et le 31 mai 2018 par le Dr G._____.

Dans un rapport du 13 avril 2018, le Dr H._____, spécialiste en pneumologie, a fait état d'un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) très sévère, lequel avait été appareillé à satisfaction.

Dans un rapport du 27 avril 2018, le Dr G._____ a mentionné le diagnostic de gonalgies mécaniques sur prothèse totale du genou gauche et de SAS très sévère. Il a indiqué une capacité de travail de l'assurée entre 50 et 80% dans une activité adaptée depuis septembre 2016.

Par avis du 26 juin 2018, la Dre X._____ du Service médical régional AI (SMR) a précisé qu'en l'absence d'éléments cliniques objectifs justifiant une incapacité de travail depuis juin 2014 et après mise en place d'une prothèse du genou droit en mai 2015, dans un contexte d'obésité sévère (IMC 41), de notion de dépression réactionnelle et de SAS appareillé et stabilisé, il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) pour être en mesure de se prononcer sur l'exigibilité dans une activité adaptée, compte tenu également de l'âge de l'assurée et des empêchements ostéo-articulaires incompatibles avec l'activité habituelle d'aide de cuisine.

Le 2 octobre 2018, l'assuré a subi une nouvelle intervention, consistant en la révision de la prothèse totale de son genou droit, réalisée par le Prof. C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans un rapport du 14 janvier 2019, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté une évolution très satisfaisante post révision d'arthroplastie totale du genou droit. Il a attesté une incapacité de travail

de 100% du 17 décembre 2018 au 31 janvier 2019 avec une reprise à 50% dès le 1^{er} février 2019.

L'expertise pluridisciplinaire, demandée par le SMR, a été confiée à F._____SA (ci-après : le [...]) plus particulièrement aux Drs T._____, spécialiste en médecine interne, V._____, spécialiste en rhumatologie et O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les experts précités ont examiné l'assurée en janvier 2019.

Le 22 janvier 2019, l'assurée a subi une entorse sévère de Chopard de degré III de la cheville gauche.

Aux termes de leur rapport du 1^{er} avril 2019, les experts du F._____SA ont retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de status post chirurgie du genou droit en mai 2016 avec une prothèse et reprise en octobre 2018 stabilisée et des fractures de la cheville gauche le 22 janvier 2019, non stabilisée, et comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, un diabète non insulino-dépendant, traité depuis 2012, un syndrome d'apnées du sommeil très sévère, appareillé depuis 2016, ainsi qu'une obésité morbide avec un IMC à 40,75, associé à un déconditionnement physique. Les experts ont conclu à une capacité de travail dans une activité adaptée du point de vue rhumatologique, de 0% du 21 février 2014 au 31 mai 2014 et du 26 septembre 2014 au 28 mai 2015, puis de 50% dès le 1^{er} mars 2015. A partir du 12 mai 2016, la capacité de travail était de 0% puis de 50% (médico-théorique) à partir de novembre 2016 et de 0% à partir du 2 octobre 2018 avec une reprise à 100% dès avril 2019. Sur le plan de la médecine interne et psychiatrique, la capacité de travail avait toujours été de 100% dans toute activité. A titre de limitations fonctionnelles, l'expert rhumatologue en particulier a retenu la position agenouillée, la position accroupie, la station debout statique prolongée et la marche prolongée, les déplacements sur un terrain irrégulier, monter et descendre les escaliers, alternance des positions assise et debout, port de charges de plus de 10 kg, usage d'échafaudages et d'échelles et les activités sous d'extrêmes variations de température.

Le Dr G._____ a attesté une incapacité de travail de l'assurée à 100% du 1^{er} avril 2019 au 15 mars 2020 puis du 17 août 2020 au 28 février 2021.

Le 1^{er} février 2021, le Dr N._____ du SMR a sollicité de nouveaux renseignements médicaux de la part des Drs G._____ et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assurée depuis le 10 septembre 2019.

Dans un rapport du 15 février 2021, le Dr G._____ a mentionné les diagnostics de status post prothèse totale du genou avec révision en 2018 et des gonalgies persistantes sévères avec une impotence fonctionnelle sur surcharge mécanique, de lombalgies mécaniques sur troubles dégénératifs postérieurs, d'obésité morbide et de SAS. A titre de limitations fonctionnelles, il a indiqué une diminution de la mobilité du rachis, du périmètre de marche, la position debout ou assise de longue durée, le port de charge de plus de 5 kg. Selon lui, la capacité de travail dans une activité adaptée était entre 30 et 50%, soit inférieure à celle retenue en août 2019, en respectant les limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 9 mars 2021, le Dr F._____ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode modéré (F33.1), depuis 2019, et conclu à une capacité de travail nulle en l'état, évoquant notamment une fatigue intense, une attention soutenue difficile, une humeur fluctuante, des troubles du sommeil, une irritabilité et une mauvaise gestion des émotions.

Dans un avis du 29 mars 2021, le Dr F._____ du SMR a mentionné qu'une nouvelle expertise serait sans doute nécessaire pour déterminer l'évolution de la capacité de travail de l'assurée mais qu'une telle mesure n'était pas envisageable en l'état, compte tenu du fait qu'une chirurgie bariatrique était prévue pendant l'été 2021.

Le Dr G._____ a attesté une incapacité de travail totale du 1^{er} mars au 31 août 2021.

Le 31 août 2021, l'assurée a subi une intervention bariatrique selon la technique du bypass gastrique.

Dans un rapport du 22 décembre 2021, la Dre B._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a retenu les diagnostics d'obésité de classe II avec un IMC à 37,5 et de diabète de type II depuis 2014. Elle a indiqué une perte de 22 kg trois-mois post-opératoire, dans un rapport joint du 8 décembre 2021, et précisé que l'évolution pondérale était satisfaisante avec toutefois des difficultés d'alimentation.

Dans un avis du 17 janvier 2022, le Dr N._____ du SMR a précisé que, du point de vue endocrinologique et diabétique, il n'y avait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante et a souhaité réinterroger les Drs G._____ et F._____. Il a, par avis du 8 mars 2022, préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, dans la mesure où le Dr G._____ retenait une capacité de travail dans une activité adaptée entre 50 et 80% depuis novembre 2021 au vu de la symptomatologie douloureuse et où le Dr F._____ estimait, pour sa part, que la capacité de travail de l'assurée était nulle, compte tenu d'une symptomatologie dépressive.

L'expertise en question a été confiée à P._____Sàrl (ci-après : le [...]). Les Drs J._____, spécialiste en médecine interne générale, D._____, spécialiste en rhumatologie, et A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport le 6 octobre 2022. Aux termes de leur évaluation consensuelle, les experts précités ont retenu, comme diagnostics incapacitants, un status post prothèse du genou droit, des discopathies disarthrosiques lombaires sans hernie, les suites d'une entorse de la cheville gauche avec atteinte dégénérative talo et cunéo-naviculaire, une atteinte dégénérative du médio pied gauche, un hallux valgus bilatéral, une gonarthrose gauche débutante ainsi qu'un

syndrome canalaire carpien bilatéral et, comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée, un diabète non insulino-dépendant traité, un syndrome d'apnées du sommeil appareillé, un status après bypass gastrique ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Une accentuation de certains traits de personnalité, traits de personnalité dépendants (Z73.1) a en outre été mentionnée. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, les experts ont indiqué, consensuellement, que celle-ci était nulle dans l'activité habituelle depuis le 21 février 2014, de 80% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} juillet 2019 et de 80% comme ménagère. Dans le volet rhumatologique, l'experte D. _____ a apporté des précisions quant à la période antérieure au 1^{er} juillet 2019. Elle a en effet conclu à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle depuis le 21 février 2014 et à une capacité de travail dans une activité adaptée de 0% du 21 février 2014 au 31 mai 2015, de 100% du 1^{er} juin 2014 au 11 mai 2016, de 0% du 12 mai 2016 au 31 octobre 2016, de 100% du 1^{er} novembre 2016 au 2 octobre 2018, de 0% du 3 octobre 2018 au 30 juin 2019 et de 80% depuis le 1^{er} juillet 2019. A titre de limitations fonctionnelles, l'experte rhumatologue a mentionné les mouvements de flexion antérieure du rachis et de rotation, le port de charges de plus de 10 kg, la station debout prolongée (plus de 30 minutes), le port de charges en position debout, la montée et la descente répétées d'escaliers, la position fléchie et à genoux ainsi que les gestes de préhension fins et précis. Il n'existait en revanche aucune limitation fonctionnelle sur les plans de la médecine interne et psychiatrique.

Dans un avis du 28 octobre 2022, le Dr N. _____ du SMR a indiqué que l'expertise du P. _____ Sàrl pouvait être suivie.

Procédant au calcul du salaire exigible, le service de réinsertion professionnelle de l'OAI a retenu un préjudice économique de 11,55% pour 2015, de 11,31% pour 2016 et de 25,84% pour 2019. A titre d'exemples d'activités adaptées, le service précité a mentionné des activités simples dans le domaine industriel léger, soit le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ou comme ouvrière à l'établi

dans des activités simples et légères ou dans le conditionnement léger ou comme aide-administrative (réception, scannage notamment).

Le 14 novembre 2022, l'assurée a effectué une IRM de la colonne lombaire, laquelle a mis en évidence une extrusion discale extra-foraminale gauche en L4-L5 avec compression de la racine L5 gauche et rétrécissement canalaire de grade C en L3-L4 ainsi que d'enthésites postérieures inflammatoires étagées. Le Dr E._____, spécialiste en neurochirurgie, a précisé dans un rapport du 8 février 2023, que le degré de l'impact de la symptomatologie (lombo-cruralgies gauches) sur la qualité de vie de l'assurée restait modéré et que la patiente ne souhaitait pas de chirurgie.

Dans un avis du 2 mai 2023, le Dr N._____, du SMR a conclu qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux qui modifiaient les limitations fonctionnelles retenues par l'expertise du P._____, Sàrl.

Selon l'enquête ménagère réalisée au domicile de l'assurée le 10 mai 2023, ayant donné lieu à un rapport du 17 mai 2023, un statut de 70% active et de 30% ménagère était proposé par l'évaluatrice. L'assurée présentait une incapacité de 1,5 % sur le plan ménager (dans le domaine des lessives et l'entretien des vêtements).

Par projet de décision du 3 juillet 2023, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière limitée dans le temps, soit du 1^{er} août 2016 au 31 janvier 2017, puis du 1^{er} janvier 2019 au 30 septembre 2019.

Par communication du 4 juillet 2023, l'OAI a accordé à l'assurée une mesure d'aide au placement.

Le 4 septembre 2023, l'assurée, assistée désormais de Me Olivier Carré, s'est opposée au projet précité. Elle a en substance fait valoir qu'il y avait de nouveaux éléments médicaux (perte de la vue), a contesté les revenus retenus, la date du début de l'invalidité, la limitation

dans le temps du droit à la rente, les variations de taux d'invalidité dans le temps, ainsi que l'expertise du P._____Sàrl. Elle a complété son opposition le 7 mars 2024, en faisant état de la problématique au niveau de la vue, laquelle nécessitait, selon elle, un complément d'instruction, ainsi qu'au niveau de la colonne lombaire et sur le plan psychique. Elle a émis des critiques à l'égard du volet psychiatrique du rapport d'expertise du P._____Sàrl et a rappelé qu'elle contestait également les données économiques. L'assurée a encore complété son opposition par courriers des 10 juin et 11 juin 2024. Aux termes de ce dernier courrier, elle a relevé des incohérences dans le rapport d'expertise du P._____Sàrl et a estimé qu'un complément d'instruction était nécessaire.

Dans une prise de position du 26 juin 2024, l'OAI a fait savoir à l'assurée que sa contestation n'apportait pas d'éléments susceptibles de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Par décision du 22 août 2024 confirmant le projet du 3 juillet 2023, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2016 au 31 janvier 2017, puis du 1^{er} janvier 2019 au 30 septembre 2019.

B. Par acte du 25 septembre 2024, Z._____, toujours représentée par Me Carré, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi en sa faveur d'une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} août 2015, non limitée dans le temps, et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a en substance soutenu que l'erreur dans l'appréciation de son dossier tenait à une focalisation sur les avis des médecins qui l'avaient opérée une première fois de son genou (mai 2016), alors qu'une incapacité de travail avait été admise depuis 2014, laquelle avait conduit à son licenciement en 2014. Elle a ensuite allégué qu'elle ne s'était jamais remise de son opération du genou de mai 2016 et avait alors débuté une prise en charge puis un suivi auprès du Prof. C._____ au Centre

hospitalier W._____. Elle s'est en particulier appuyée sur l'avis de ce spécialiste (cf. rapport du 28 août 2018), selon lequel la prothèse totale du genou droit était douloureuse et instable, si bien que seule une nouvelle intervention pouvait améliorer la situation, pour soutenir qu'il était incompréhensible que les experts du P._____Sàrl n'aient pas reconnu une invalidité complète dès 2014, mais se soient fondés sur le seul avis du Dr M._____, chirurgien qui l'avait opérée en 2016. La recourante a encore mentionné qu'elle présentait de nombreux problèmes de santé, lesquels s'étaient ajoutés à la problématique du genou et a soutenu qu'une activité telle que pratiquée dans les domaines de la restauration ou de l'aide en EMS, ou encore dans la production industrielle de sandwiches, n'était clairement plus à sa portée. Elle a enfin précisé qu'elle doutait conserver une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, déplorant l'absence d'investigations concrètes, par exemple sous la forme de stages et relevant que son profil personnel (limitations en termes linguistiques et de formation) n'autorisait que peu d'espoir avant qu'elle ne demande une rente-pont. Avec son écriture, la recourante a notamment joint un rapport du 24 août 2018 du Prof. C._____, aux termes duquel ce médecin mentionnait qu'il l'avait revue en consultation le 8 janvier 2018 dans le contexte d'une prothèse totale douloureuse et instable du genou droit. Ce spécialiste précisait qu'il était difficile d'améliorer la symptomatologie clinique sans envisager une réintervention, en raison de l'instabilité du genou, consistant en l'implantation d'une prothèse semi-contrainte et en la correction du débord externe de l'embase tibiale, laquelle pouvait améliorer les douleurs antéro-externes. Il notait toutefois l'absence de caractère d'urgence de cette intervention.

Par prononcé du 7 octobre 2024, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 septembre 2024 et désigné Me Carré comme conseil d'office.

Par courrier du 7 novembre 2024, l'intimé a mentionné qu'il renonçait à se déterminer sur le litige.

Le 4 décembre 2024, le conseil de la recourante a produit une liste d'opérations effectuées pour le compte de sa mandante.

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 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. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, comme en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la demande qu'elle a déposée le 21

avril 2015, plus particulièrement sur l'étendue de son droit aux prestations.

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).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF

8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 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 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

e) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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) 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 citées). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 145 V 90 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.2 et les références citées).

6. a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations (ATF 137 V 334 consid. 3.1 ; TF 9C_827/2016 du 31 juillet 2017 consid. 5.1) : la méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode spécifique pour qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut

raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou travaillant sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 130 V 393).

b) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

c) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue, en règle générale, une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et

spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

7. S'agissant tout d'abord du statut de la recourante, l'intimé a retenu une part active de 70% et une part consacrée aux activités du ménage de 30%, sur la base du rapport d'enquête du 17 mai 2023. Ce statut n'est en l'occurrence pas contesté par la recourante. Dans la mesure où le rapport précité peut se voir reconnaître une pleine valeur probante, le statut proposé par l'évaluatrice peut être confirmé. C'est donc bien la méthode mixte qui s'applique au cas de la recourante.

8. La recourante conteste la teneur du rapport d'expertise du P._____Sàrl du 6 octobre 2022, sur lequel s'est fondé l'intimé pour lui octroyer le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2016 au 31 janvier 2017, puis du 1^{er} janvier 2019 au 30 septembre 2019. Elle estime en effet que, contrairement à ce qu'ont retenu les experts du P._____Sàrl, elle a été en incapacité de travail totale depuis 2014 et que cette incapacité a perduré sans discontinuer entre 2016 (première intervention au genou droit) et 2018 (seconde intervention au même genou). Elle estime ainsi avoir droit à une rente entière dès le 1^{er} août 2015, sans limitation dans le temps.

a) Sur le plan formel, les experts du P._____Sàrl ont examiné la situation de l'assurée chacun dans sa spécialité respective avant de procéder à une évaluation consensuelle pertinente. Leur rapport a été établi en pleine connaissance du dossier. Les experts ont également pris

en considération les plaintes de l'assurée, ont apprécié de manière claire la situation médicale, effectué chacun un examen clinique et procédé à une description détaillée du contexte médical. En outre, leurs conclusions sont bien motivées, de sorte que le rapport peut se voir reconnaître une pleine valeur probante du point de vue formel.

b) Sur le plan matériel, les experts du P. _____ Sàrl ont retenu que la recourante n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'aide en cuisine depuis l'accident du 21 février 2014, compte tenu de la pathologie dégénérative au genou droit.

aa) Sur le plan somatique, s'agissant de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, les experts précités ont retenu que celle-ci était nulle du 21 février 2014 au 31 mai 2014, soit trois mois après l'accident, puis entière du 1^{er} juin 2014 au 11 mai 2016, puis nulle du 12 mai 2016, date de la première intervention, au 31 octobre 2016, puis à nouveau entière du 1^{er} novembre 2016 au 2 octobre 2018, puis nulle du 3 octobre 2018, date de la seconde intervention, au 30 juin 2019, puis de 80% depuis le 1^{er} juillet 2019.

La recourante, quant à elle, conteste avoir recouvré une pleine capacité du 1^{er} juin 2014 au 11 mai 2016. Toutefois, les pièces au dossier permettent de corroborer l'avis des experts.

En effet, dans son rapport du 12 juin 2014, le Dr S. _____ avait conclu que les effets de l'évènement du 21 février 2014 étaient limités dans le temps, soit à trois mois maximum compte tenu de l'état dégénératif du genou droit et que passé ce délai, les plaintes de l'assurée devraient être mises sur le compte de l'arthrose présente dans cette articulation. Or les douleurs ressenties par la recourante au genou droit ne l'ont pas empêchée de suivre une mesure de réinsertion professionnelle mise en place par l'OAI entre juillet 2015 et mars 2016, notamment sous la forme d'un stage chez L. _____ effectué à satisfaction à un taux d'activité allant de 50 à 70%. Durant cette mesure, la recourante a bénéficié d'indemnités journalières et elle était en outre inscrite au

chômage. D'ailleurs, en mars 2016, le Service de l'emploi l'a considérée comme apte au placement (cf. courrier du 17 mars 2016).

Dans ce contexte, on ne peut considérer, comme le voudrait la recourante, qu'elle a présenté une atteinte à la santé durablement incapacitante entre juin 2014 et mai 2016. Ainsi, la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, retenue par les experts du P. _____ Sàrl pour cette période, correspond à la réalité des faits. Ceux-ci ont également considéré que la recourante disposait d'une capacité de travail entière du 1^{er} novembre 2016 au 2 octobre 2018. Là encore, on relèvera qu'outre l'avis du Dr M. _____, qui a constaté une évolution globalement satisfaisante quatre mois et demi après l'opération réalisée en mai 2016 et estimé que la recourante retrouverait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à partir du 31 octobre 2016 (cf. rapport du 30 septembre 2016), la recourante a effectué à satisfaction un stage auprès de la Fondation [...] entre novembre 2016 et février 2017. En outre, dans un rapport du 27 avril 2018, le Dr G. _____ mentionnait le diagnostic de gonalgies mécaniques sur prothèse totale du genou gauche et indiquait une capacité de travail de la recourante entre 50 et 80% dans une activité adaptée depuis septembre 2016, ce qui tend à rejoindre les conclusions des experts. Aussi, le fait que des gonalgies au genou droit aient pu persister à la suite de la première intervention en 2016 et qu'une seconde opération ait dû avoir lieu en 2018 ne suffit pas à conclure, au stade de la vraisemblance prépondérante, que la recourante ne disposait d'aucune capacité de travail dans une activité adaptée entre novembre 2016 et octobre 2018. A cela s'ajoute que les arrêts de travail successifs signés par le Dr G. _____, médecin-traitant, puis par le Prof. C. _____ dès juin 2017, au demeurant non motivés, ne suffisent pas à remettre en cause l'avis des experts du P. _____ Sàrl et des spécialistes. Ces certificats entrent du reste en contradiction avec le rapport du 27 avril 2018 du Dr G. _____, si bien que l'on ne peut rien en déduire. Partant, il y a lieu de suivre l'avis des experts du P. _____ Sàrl s'agissant des répercussions de l'atteinte au genou droit sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée et de considérer que celle-ci disposait d'une capacité

de travail entière dans une activité adaptée entre le 1^{er} novembre 2016 et le 2 octobre 2018.

Pour le surplus, l'experte de médecine interne a en particulier relevé que l'état de santé de la recourante s'était amélioré depuis l'expertise du F. _____ SA en janvier 2019 avec une diminution de poids grâce à la chirurgie bariatrique (bypass gastrique en 2021), un meilleur équilibre glycémique et un syndrome d'apnées du sommeil stabilisé grâce à un appareillage. L'experte rhumatologue, pour sa part, a précisé que l'examen clinique du genou était rassurant, avec un genou sec, non inflammatoire. Sur le plan rachidien, l'examen fonctionnel était également rassurant et il n'existait pas de limitation fonctionnelle objective importante, ni d'atteinte anatomique nouvelle. A cet égard, le Dr E. _____ a confirmé que l'impact de l'atteinte lombaire sur la qualité de vie de l'assurée restait modéré, la patiente ne souhaitant pas de chirurgie (cf. rapport du 14 novembre 2022). Quant à l'atteinte aux mains, en particulier de la main droite, dont la motricité restait encore bonne, il était envisageable de proposer une chirurgie de décompression du nerf médian. L'experte précitée a ainsi retenu, au chapitre des limitations fonctionnelles, les gestes minutieux pour tenir compte de l'atteinte canalaire carpienne. La capacité de travail de la recourante était donc nulle du 3 octobre 2018 au 30 juin 2019 dans les suites de la chirurgie prothétique du genou et de l'atteinte traumatique à la cheville (entorse du 22 janvier 2019) puis de 80% dès le 1^{er} juillet 2019, pour tenir compte de la pathologie au genou droit, les autres atteintes n'ayant pas d'incidence sur dite capacité. Les limitations fonctionnelles retenues par l'experte rhumatologue correspondaient aux mouvements de flexion antérieure du rachis et les rotations, le port de charges de plus de 10 kg, la position debout prolongée de plus de 30 minutes, le port de charges en position debout, la montée et la descente répétée d'escaliers, la position fléchie et à genoux et les gestes de préhension fins et précis. Ces limitations fonctionnelles tiennent précisément compte de toutes les atteintes somatiques présentées par la recourante. On notera que l'experte rhumatologue a relevé qu'il existait une incohérence entre l'importance des limitations fonctionnelles et des incapacités décrites et les éléments

du dossier concernant les anomalies anatomiques radiologiques, qui portaient sur un genou et les lombaires et n'expliquaient pas le retentissement dans la vie quotidienne, précisant encore que la recourante ne prenait pas d'antalgique de façon régulière malgré l'importance des symptômes décrits.

En l'occurrence, les rapports des médecins qui ont suivi la recourante, en particulier ceux du Dr G. _____ (cf. notamment rapport du 27 avril 2018) et du Prof. C. _____ (cf. notamment rapport du 24 août 2018), tous antérieurs à l'expertise du P. _____ Sàrl, ne permettent pas de considérer la situation sous un autre angle et de faire douter du bien-fondé des conclusions convaincantes de cette expertise. Partant, il convient de suivre l'avis des experts et de considérer que la recourante dispose d'une capacité de travail de 80% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} juillet 2019.

bb) Quant au registre psychiatrique, le Dr A. _____ du P. _____ Sàrl a retenu le diagnostic non-incapacitant de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il a également relevé une accentuation de certains traits de personnalité, traits de personnalité dépendant (Z73.1). L'expert précité a expliqué de manière détaillée pour quelles raisons il ne retenait ni épisode dépressif, ni troubles dépressifs récurrents, ni troubles de la personnalité mais seulement une accentuation de certains traits de personnalité. Il est parvenu aux mêmes constats que l'experte rhumatologue s'agissant de la cohérence. Celui-ci a, en effet, relevé que l'assurée se plaignait énormément des douleurs, alors qu'elle était restée assise tout au long de l'entretien qui avait duré plus d'une heure et n'avait montré aucun signe de souffrance durant l'entretien. Elle n'avait pas utilisé ses cannes au moment de quitter le lieu de l'entretien. Par ailleurs, l'assurée évoquait des troubles de concentration et de l'attention alors qu'elle avait des souvenirs très précis qu'elle datait sans problème. Dans son appréciation, l'expert psychiatre a également examiné les ressources et les capacités dont disposait la recourante et a conclu que celle-ci ne présentait pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique et que sa capacité de travail était

de 100% depuis toujours dans ce registre, hormis entre le 1^{er} et le 31 mars 2014, compte tenu des différends qui l'opposaient à son employeur.

L'avis du Dr F. _____ (cf. rapport du 9 mars 2021) n'apporte pas d'éléments dont l'expert psychiatre n'aurait pas tenu compte ou qui permettrait d'apprécier la situation différemment. Les conclusions de ce médecin, au demeurant peu étayées, sont en outre à considérer avec retenue, compte tenu de la relation thérapeutique entretenue avec la patiente. En définitive, aucun élément au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre, lesquelles apparaissent convaincantes et peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

cc) On relèvera encore qu'il n'est pas contesté, comme on l'a vu, que l'activité habituelle d'aide en cuisine n'est plus exigible, ce depuis février 2014. Partant, les activités listées par la recourante dans son recours, précisément dans le domaine de la restauration ou de l'aide en EMS, n'entrent effectivement pas en considération. Quant aux activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, le service de réinsertion professionnelle de l'OAI a mentionné des activités simples dans le domaine industriel léger, soit le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ou comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ou dans le conditionnement léger ou comme aide-administrative (réception, scannage notamment). Ainsi, dans la mesure où il existe un panel d'activités correspondant à ce que la recourante est en mesure d'effectuer eu égard à ses limitations fonctionnelles, il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre d'autres stages que ceux qu'elle a effectués à satisfaction.

c) Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise probant du P. _____ Sàrl du 6 octobre 2022 et a considéré que la recourante disposait d'une capacité de travail nulle dans une activité adaptée du 21 février 2014 au 31 mai 2014 puis entière du 1^{er} juin 2014 au 11 mai 2016, puis nulle du 12 mai 2016 au 31 octobre 2016, puis à nouveau entière du 1^{er} novembre 2016

au 2 octobre 2018, puis à nouveau nulle du 3 octobre 2018 au 30 juin 2019 et enfin de 80% depuis le 1^{er} juillet 2019.

9. Sur le plan économique, la recourante ne conteste ni le recours à l'Enquête suisse sur la structure des salaires, ni les revenus sans et avec invalidité, ni le taux d'abaissement retenus par l'intimé. Vérifiés d'office, ceux-ci peuvent être confirmés. La recourante ne conteste pas non plus les empêchements retenus dans la part ménagère, ni les résultats obtenus selon la méthode mixte, lesquels peuvent également être confirmés.

Partant, c'est à juste titre que l'intimé a octroyé à la recourante une rente d'invalidité entière du 1^{er} août 2016 au 31 janvier 2017, puis du 1^{er} janvier 2019 au 30 septembre 2019.

10. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, celle-ci étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont provisoirement assumés par l'Etat.

c) Dans la mesure où l'octroi de l'assistance judiciaire en faveur du recourant comprend la désignation d'un avocat, Me Carré peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office (art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Celui-ci a produit une liste d'opérations le 4 décembre 2024, faisant état de 10 heures et 5 minutes consacrées au dossier de la recourante, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a et 3 al. 1 RAJ). Ces opérations étant justifiées, il convient de fixer le montant de l'indemnité à 1'815 fr., montant auquel s'ajoutent la TVA par 147 fr. (1'815

fr. x 8.1%) et le forfait de 5 % du défraiement hors taxe par 90 fr. 75 ([1'815 fr. x 5%] ; art. 3bis RAJ). L'indemnité de Me Carré est ainsi arrêtée 2'052 1fr. 75, débours et TVA compris.

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 août 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), mis à la charge de Z._____, sont provisoirement assumés par l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de Z._____, est arrêtée à 2'052 fr. 75 (deux mille cinquante-deux francs et septante-cinq centimes), débours et TVA inclus.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour la recourante),
- 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 :