

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2025

Composition : Mme LIVET, présidente
MM. Neu et Wiedler, juges
Greffière : Mme Chenaux

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Me Valentin Groslimond,
avocat à Vevey,

et

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

Art. 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), né en [...], de nationalité [...], mère de deux enfants, a débuté un apprentissage de coiffeuse d'août 1995 à mai 1996, interrompu à la suite d'une allergie aux produits. Par la suite, elle a exercé diverses activités faiblement qualifiées. Du 1^{er} novembre 2008 au 30 septembre 2019, elle a été employée à plein temps par la société [...] SA, à [...] en qualité de chargée de la gestion des tests de stabilité dans un laboratoire de produits cosmétiques. Son dernier jour de travail effectif a eu lieu le 5 décembre 2018, jour où son licenciement lui a été signifié en raison de manquements reprochés dans l'exécution de ses tâches. En procédure de conciliation par-devant le Tribunal des prud'hommes de l'arrondissement de [...], son ancien employeur a accepté de lui accorder une indemnité de 10'000 fr. (cf. procès-verbal de l'audience du 15 mai 2019).

Depuis mars 2018, l'assurée a souffert de problèmes psychiques, qui ont entraîné plusieurs incapacités de travail de 50 à 100 % (cf. rapport médical du 12 avril 2019 du Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée). L'intéressée a perçu des prestations de l'assurance perte de gain maladie en relation avec les incapacités précitées, l'assurance ayant mis en œuvre une expertise psychiatrique le 6 mai 2019.

Le 10 juin 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une dépression à la suite de son licenciement.

Dans leur rapport d'expertise du 11 juillet 2019, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], psychologue, ont diagnostiqué un trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive léger à moyen, ainsi qu'une personnalité avec des traits dépendants. Ils ont estimé que l'assurée était en mesure de reprendre une activité à 100 % au plus tard le 1^{er} juillet 2019, sans baisse de rendement,

relevant qu'un sentiment de revendication à l'égard de son ex-employeur constituait un facteur extérieur défavorable à la reprise du travail.

L'assurée ayant perçu son salaire, respectivement des indemnités journalières jusqu'à fin septembre 2019, elle s'est inscrite au chômage dès le 1^{er} octobre 2019 (cf. rapport initial établi le 14 octobre 2019 par l'OAI).

Par courrier du 17 octobre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune prestation de l'AI n'était octroyée, dans la mesure où elle disposait à nouveau d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

B. a) Le 9 décembre 2019, l'assurée a subi une intervention chirurgicale sur le nerf cubital au coude gauche réalisée par la Dre [...], spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main. Le lendemain, l'assuré a souffert d'une thrombose veineuse profonde du mollet droit, traitée par anti-coagulant (cf. rapport établi le 13 mai 2020 par la Dre T._____, spécialiste en angiologie).

Le 2 mars 2020, le Dr M._____, médecin traitant de la recourante, a déposé un formulaire auprès de l'OAI en vue d'une détection précoce.

Interrogé par l'OAI sur l'existence d'une modification notable de la situation de l'assurée depuis la décision du 17 octobre 2019, le Dr M._____ a diagnostiqué, dans son rapport du 14 avril 2020, une neuropathie cubitale bilatérale sensitivo-motrice sévère et un syndrome post-thrombotique du membre inférieur droit. Il a évoqué la péjoration de la situation psychiatrique de l'assurée, en renvoyant aux constatations de la Dre [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mentionnées dans le rapport du 9 avril 2020 annexé à son courrier.

Le 28 avril 2020, l'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, qui l'a reçue le 5 mai 2020, en raison de

douleurs aux deux bras et à la jambe droite ainsi qu'une anxiété et une dépression.

Dans un rapport du 29 mai 2020 adressé au médecin traitant de l'assurée, la Dre [...] a indiqué qu'après deux neurolyses, l'évolution neurologique était favorable, malgré la persistance d'une allodynie paracatricielle associée à des douleurs sur la face interne du coude. Elle estimait toutefois que cette symptomatologie allait s'estomper progressivement, encourageant l'assurée à poursuivre un traitement de désensibilisation en ergothérapie.

Dans son rapport du 30 octobre 2020, le Dr M. _____ a repris en détail les diagnostics formulés dans son précédent rapport du 14 avril 2020 et a décrit les limitations fonctionnelles suivantes : port de charge léger occasionnel (risques de lâchages d'objet), pas d'activité répétitive avec les membres supérieurs, position identique maximum 20 minutes, marche maximum 30 minutes par jour et utilisation occasionnelle d'escaliers. Il a considéré que la capacité de travail de l'assurée était nulle, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, se demandant s'il existait même une activité compatible avec ces limitations. Il a en outre précisé qu'aucune amélioration de cette capacité ne pouvait être envisagée à court terme.

L'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale le 14 décembre 2020, au cours de laquelle une décompression antérieure avec fusion (C5-C6) a été réalisée par le Dr [...], spécialiste en neurochirurgie. Dans son rapport du 21 décembre 2020, adressé au médecin traitant, ce dernier a estimé que le status radio-clinique post-opératoire était rassurant.

Dans son rapport du 12 janvier 2021 adressé à l'OAI, la Dre [...] a retenu comme diagnostics incapacitants, depuis 2019, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), un trouble mental lié à une affection physique (F06.8), des difficultés liées à l'emploi : licenciement abusif (Z56), et une personnalité avec traits dépendants (F60.7) depuis toujours. Les limitations fonctionnelles suivantes

ont été décrites : troubles du sommeil et état de fatigue diurne, trouble de l'humeur, anxiété et irritabilité relationnelle, avec difficultés dans la gestion des émotions et manque d'énergie. Elle a cependant considéré que les difficultés plus importantes se situaient au niveau somatique. Interrogée sur la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle, la psychiatre a indiqué qu'aucune activité ne pouvait être exigée dans l'immédiat, l'assurée venant de subir une intervention, et a précisé que le pronostic dépendait de l'évolution somatique, dont devrait découler une amélioration psychique.

Selon les rapports médicaux des 26 janvier, 9 mars et 7 juin 2021 adressés au médecin traitant, le Dr [...] a considéré que l'évolution était favorable à la suite de l'intervention du 14 décembre 2020.

Interrogé par l'OAI, le médecin traitant a estimé, dans son rapport du 3 septembre 2021, que les diagnostics suivants étaient incapacitants :

« Neuropathie cubitale bilatérale sensitivo-motrice sévère :
--s/p [status post] neurolyse du nerf cubital et epitrochlectomie [sic] G[gauche] en 2019
--s/p décompression du nerf cubital coude G en 2008, à D[droite] en 2015
Syndrome post-thrombotique du membre inférieur D depuis 2019
Syndrome anxieux et dépressif
S/p décompression [sic] cervicale C5-C6 en 2020.
Polyarthromyalgies en cours d'investigation. »

Du point de vue physique, il a décrit les limitations fonctionnelles comme suit : port occasionnel de charge légère (risque de lâchages d'objet) maximum 5 kg, absence d'activités répétitives avec les membres supérieurs, maintien d'une même position limité à 20 minutes, marche maximum 20 minutes par jour et utilisation occasionnelle d'escalier. Du point de vue psychique, il a renvoyé aux observations de la Dre V._____. Celui-ci a conclu à une incapacité totale de travail, tant dans l'activité habituelle de l'assurée que dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 17 septembre 2021, la Dre V._____ a précisé les limitations fonctionnelles de l'assurée, à savoir un état de fatigue, une intolérance au stress, un ralentissement dans la plupart des activités, une labilité émotionnelle, ainsi qu'une tendance au découragement et au repli sur soi face aux difficultés. Elle a également relevé des difficultés de concentration et d'attention, entraînant une dispersion dans le rythme de son organisation. Elle a considéré que la capacité de travail était nulle depuis le début de l'année 2019, tant dans l'activité habituelle que dans toute activité adaptée.

Une IRM de l'épaule droite, réalisée le 20 janvier 2022, a révélé une bursite sous-acromiale ainsi qu'une déchirure intrinsèque, non transfixiante de la partie antérieure de l'insertion du sous-épineux (cf. rapport d'IRM établi le 20 janvier 2022 par le Dr [...], spécialiste en radiologie).

Selon le questionnaire du 1^{er} février 2022 complété par le Dr J._____ à l'attention de l'OAI, l'incapacité de travail de l'assurée s'était étendue du 14 décembre 2020 au 8 mars 2021. Le pronostic quant à la capacité de travail a été jugé favorable, la seule limitation fonctionnelle en lien avec le rachis cervical consistant à restreindre les travaux nécessitant une surélévation des bras au-dessus de la tête à un maximum de quatre heures par jour.

Dans un rapport médical du 3 février 2022, établi à la demande l'OAI, le médecin traitant de l'assurée a constaté la persistance des douleurs physiques, sans amélioration malgré un traitement de physiothérapie récemment interrompu. Il a conclu à une incapacité de travail totale, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, estimant que les mesures de réinsertion n'étaient pas envisageables en raison des atteintes physiques et probablement également de la pathologie psychique.

Dans son rapport du 14 février 2022 adressé au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), la Dre V._____ a signalé une dégradation de l'état de santé de l'assurée, après un séjour au

Portugal, durant lequel une amélioration avait été constatée. Elle a estimé la capacité de travail nulle et jugé les mesures de réadaptation inenvisageables, relevant que tant le pronostic que le diagnostic demeuraient confus.

Sur demande de la Dre V. _____ et afin de préciser le diagnostic, l'assurée a également consulté le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a ajouté le diagnostic de trouble panique, tout en suggérant de modifier le traitement médicamenteux et de consulter une psychologue d'orientation comportementale et cognitive chargée de lui enseigner des techniques de respiration contrôlée (cf. rapport du 14 février 2022 du Dr [...]). Il a précisé qu'au moment de l'entretien, l'intensité des symptômes était relativement peu marquée.

Dans le rapport médical du 23 février 2022, établi à la demande de l'OAI, la Dre [...] a estimé que le syndrome post-thrombotique n'entraînait aucune incapacité de travail.

Selon l'avis du SMR du 17 mars 2022, l'assurée présentait un historique de multiples atteintes somatiques et psychiatriques. Malgré certaines limitations et douleurs persistantes, l'évolution était jugée globalement favorable sur le plan somatique et une composante psychogène aux symptômes douloureux était suspectée, notamment en raison d'une période asymptomatique à l'étranger. Le SMR a recommandé d'obtenir les évaluations rhumatologiques ainsi qu'en médecine physique et réadaptation pour clarifier l'étiologie et l'impact fonctionnel.

Le 8 juin 2022, l'assurée a fait l'objet d'une nouvelle intervention chirurgicale, cette fois-ci au niveau du pouce gauche en vue de l'excision d'une tumeur à cellules géantes et d'une cure de doigt à ressaut du pouce gauche (cf. rapport établi le 27 juin 2022 par le Dr [...], spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, médecin associé auprès du Centre hospitalier [...] (ci-après : [...]), et la Dre [...], spécialiste en chirurgie de la main et cheffe de clinique adjointe auprès du [...]).

Dans son rapport du 27 juin 2022, le Dr [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu plusieurs affections à caractère durablement incapacitant, notamment des cervicalgies et cervico-brachialgies droites, un syndrome canalaire des membres supérieurs, des lombosciatalgies bilatérales, des tendinopathies, ainsi que des douleurs chroniques associées à un trouble de l'adaptation et de la personnalité. Il a estimé que ces atteintes entraînaient d'importantes limitations fonctionnelles tant au niveau cervical et de l'épaule droite qu'au niveau lombaire, rendant la assurée dépendante pour certaines tâches domestiques et inapte à toute activité professionnelle impliquant des ports de charges. Selon lui, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle comme dans toute activité adaptée, sans perspective de réadaptation. Il a expliqué que les obstacles à la réinsertion résidaient dans une détresse psychologique liée aux douleurs chroniques et aux troubles de la personnalité et a recommandé la poursuite d'une prise en charge psychiatrique et d'approches psycho-comportementales.

Suivant l'avis du SMR du 30 septembre 2022, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise en médecine interne, en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en psychiatrie, qu'il a confiée au [...] à [...]. Il en a informé l'assurée par courrier du 5 janvier 2023.

Après s'être chacun entretenu avec l'assurée, les Drs [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre [...], médecin praticienne, spécialiste en médecine interne générale et médecine physique et réadaptation, ont rendu leur rapport le 18 avril 2023. Aux termes de celui-ci, les experts ont posé les diagnostics suivants : claustrophobie (F40.2), importantes difficultés dans les rapports avec l'ex-mari et deux compagnons (Z63.0) (anamnestique), troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), cervicalgies chroniques dans un status post-fusion chirurgicale C5-C6 le 14 décembre 2020 avec trouble statique, scapulalgies bilatérales, plus marquées à droite, dans un contexte de bursite sous-acromiale, déchirure intrinsèque non transfixiante de la

partie antérieure de l'insertion du sus-épineux droit, séquelle modérée douloureuse de la mobilité de l'articulation trapézo-métacarpienne gauche dans un status post-chirurgical, status post-chirurgie pour neuropathie ulnaire gauche aux coudes en 2008 et 2019, droite en 2015, sans séquelle neurologique ni orthopédique, lombalgies chroniques sur lésions dégénératives avec trouble statique, suspicion de syndrome du tunnel carpien droit, fibromyalgie, tendinopathie d'insertion bilatérale du muscle moyen fessier sur les grands trochanters en relation avec une tendinobursite, blépharite et syndrome des yeux secs (H01.0), traitement topique en cours avec acuité visuelle à 120 % munie de lunettes, kystes mammaires (N60), asymptomatiques. Les experts ont décrit les limitations fonctionnelles comme suit : pas de travail en hyperflexion, hyperextension, rotation du rachis cervical, pas de travail avec port de charges répété supérieur à 5 kg, pas de travail en antéflexion, hyperextension, rotation du tronc, pas de travail en élévation des épaules au-delà de l'horizontale. Ils ont retenu que la capacité de travail avait toujours été de 100 % depuis décembre 2019, à l'exception des périodes post-chirurgicales du 9 décembre 2019 au 9 janvier 2020 et du 14 décembre 2020 au 13 mars 2021. Enfin, ils ont considéré que la prise en charge du syndrome du tunnel carpien droit était indiquée mais non exigible et qu'elle n'interférait pas sur la capacité de travail, au-delà d'une période d'incapacité postopératoire d'environ trois semaines.

Dans un avis du 3 mai 2023, le SMR a jugé convaincantes les conclusions de l'expertise internistique et psychiatrique, estimant qu'elles pouvaient être intégralement suivies. En revanche, il a recommandé d'interroger à nouveau l'expert en médecine physique et réadaptation au sujet des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail dans l'activité habituelle, eu égard à la description des tâches inhérentes à cette activité telle que rapportée par l'assurée à l'experte interniste.

Selon le rapport complémentaire du Dr [...] établi le 16 mai 2023, l'activité habituelle de l'assurée était adaptée et la capacité de travail y était totale, au vu des tâches qu'elle avait décrites comme faisant partie de cette activité.

Dans son rapport du 19 juin 2023, la Dre [...], spécialiste en neurologie, a conclu à l'absence d'enclavement du nerf médian droit, traversant le canal carpien, mais a suspecté une possible polyarthrite rhumatoïde ou une autre maladie inflammatoire des articulations.

Suivant l'avis du SMR du 9 octobre 2023, l'OAI a confié la mise en œuvre d'une expertise médicale monodisciplinaire au Dr [...], spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, du W. _____ à [...]. Il en a informé l'assurée par courrier du 1^{er} février 2024.

A la suite d'un entretien avec l'assurée, le Dr [...] a établi son rapport d'expertise le 17 avril 2024. Il a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique, qu'il a considéré comme non incapacitant, relevant qu'aucun diagnostic en chirurgie de la main ne permettait d'expliquer la symptomatologie douloureuse. Il a estimé que l'assurée disposait d'une capacité de travail complète, tant dans son activité habituelle, que dans une activité adaptée, sans limitations fonctionnelles, depuis 2019, à l'exception de la période postérieure à l'intervention chirurgicale du 8 juin 2022.

Dans son avis du 26 avril 2024, le SMR a rappelé les conclusions de l'expertise du [...] et du W. _____, qu'il a suivies, hormis sur la question de la capacité de travail dans l'activité habituelle. S'agissant de celle-ci, il a relevé qu'en raison d'un doute quant au cahier des charges exact de l'assurée et la description de son activité habituelle donnée à l'expert interniste, il s'écarterait desdites conclusions et retenait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis décembre 2019. En revanche, il a déclaré faire siennes les autres conclusions des experts en retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès décembre 2019, excepté les périodes d'incapacités des 9 décembre 2019 au 9 janvier 2020, 14 décembre 2020 au 13 mars 2021 et 8 juin au 8 juillet 2022.

b) Par projet de décision du 6 mai 2024, l'OAI a refusé l'octroi de prestations, considérant que, malgré une incapacité totale dans l'activité antérieure depuis décembre 2019, l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles au terme du délai d'attente d'une année en décembre 2020. La comparaison des revenus avec et sans invalidité, tous les deux fixés sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), n'entraînait dès lors pas de préjudice économique ouvrant droit à des prestations.

Par courrier du 28 mai 2024, l'assurée a formé opposition au projet de décision précité, affirmant disposer de certificats médicaux attestant qu'une reprise du travail n'était pas envisageable en raison de ses problèmes de santé. L'OAI lui a octroyé un délai pour produire ces documents.

Par courrier du 16 juin 2024, le médecin traitant a sollicité une prolongation du délai, au motif que des examens médicaux susceptibles d'apporter des éléments significatifs avaient récemment été réalisés ou étaient prévus dans un avenir proche. Les rapports suivants ont été ultérieurement produits :

- un rapport établi le 25 juin 2024 par le Prof. [...], chef de service de rhumatologie du [...], et par le Dr [...], médecin assistant, selon lequel l'assurée avait été hospitalisée du 27 mai au 9 juin 2024 pour un traitement multimodal de la douleur. Ils ont notamment retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique avec trouble dégénératif et biomécanique du rachis, gonalgies sur chondrolyse fémoro-patellaire latérale, ancien désordre du spectre de l'hyperlaxité, sensibilisation centrale avec fibromyalgie, syndrome TOS (= syndrome du défilé thoraco-brachial) du petit pectoral et dépression. Ils ont estimé que l'assurée présentait des limitations sévères liées à ces atteintes, mais que des thérapies bien conduites pourraient permettre une amélioration. Selon eux, une réévaluation de sa capacité de travail ne serait pas indiquée avant douze mois.

- un rapport du 18 juillet 2024 rédigé par les Drs [...], chef de clinique adjoint auprès du département de psychiatrie du [...], et [...], médecin assistant, au terme duquel ceux-ci ont retenu un diagnostic d'épisode dépressif moyen et relevé que l'assurée, possédant des ressources, présentait un bon pronostic clinique et de reprise du travail.

Appelé à se prononcer sur les documents médicaux produits par l'assurée, le SMR a, dans son avis médical du 14 octobre 2024, indiqué que les rapports produits ne contenaient pas d'éléments médicaux susceptibles de remettre en cause ses conclusions, ces éléments ayant déjà été pris en compte dans l'instruction médicale antérieure et ne constituant qu'une évaluation différente d'une même situation médicale.

Par décision du 14 octobre 2024, l'OAI a refusé l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, confirmant son projet de décision du 6 mai 2024.

C. **a)** Par acte du 14 novembre 2024, H. _____, représentée par Me Valentin Groslimond, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle soit reconnue comme étant invalide à 100 % dès le 5 mai 2020 et qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée ainsi qu'à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Au titre des mesures d'instruction, la recourante a requis la soumission de son cas à un médecin neutre en vue d'un second avis médical, cas échéant, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire auprès de médecins spécialisés. Elle a également sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire totale. A l'appui de son recours, elle a produit deux rapports médicaux du [...] datés des 25 juin et 18 juillet 2024 et déjà transmis à l'OAI dans la procédure d'objection, ainsi qu'un rapport non daté de son médecin traitant. Dans ce dernier, celui-ci a indiqué partager les conclusions des deux rapports précités, selon lesquelles la recourante présentait une incapacité totale de travail. La recourante a soutenu, en substance, que les rapports médicaux produits démontraient qu'elle était en incapacité totale de travailler depuis mai 2020 et qu'elle

avait dès lors droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles.

Par ordonnance du 18 novembre 2024, la juge instructrice a octroyé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 novembre 2024, a désigné Me Valentin Groslimond comme conseil d'office et a exonéré l'intéressée des frais judiciaires et de leur avance.

Dans sa réponse du 16 décembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant que les deux expertises médicales réalisées dans le cadre de l'instruction de la demande concluaient à une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a en outre souligné que, en cas de doute, le médecin traitant peut être enclin à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance établie. Enfin, il a estimé que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire ne se justifiait pas.

b) Dans sa réplique du 3 février 2025, la recourante a intégralement maintenu ses conclusions. Elle a fait valoir, en substance, que les atteintes significatives à sa santé mises en évidence par les investigations menées par le X._____ corroboraient celles établies précédemment par le Dr [...] en 2022, démontrant l'absence d'amélioration notable de sa situation depuis lors. Elle a en outre soutenu que l'évaluation de sa capacité de travail dans son activité habituelle par l'expert en médecine de réadaptation, lors de la première expertise, avait été biaisée par une description inexacte de son poste de travail. A l'appui de son écriture, elle a produit un rapport médical établi le 23 janvier 2025 par son médecin traitant dans lequel, celui-ci a développé ses arguments.

Dans sa duplique du 25 février 2025, l'OAI a réitéré ses conclusions et a transmis un avis médical du SMR du 18 février 2025, au terme duquel celui-ci a rappelé que le rapport médical du Dr [...] du 27 juin 2022 avait été pris en compte dans l'expertise pluridisciplinaire [...] et que ce rapport constituait une interprétation différente d'une même situation médicale. Quant à l'avis du Dr M._____ sur la capacité de travail dans

l'activité habituelle, il rejoignait celui retenu par le SMR dans son avis du 26 avril 2024, qui avait été suivi par l'intimé dans la décision attaquée.

c) Dans ses déterminations du 31 mars 2025, la recourante a produit un rapport médical rédigé le 26 mars 2025 par la Dre V._____, auquel étaient annexés deux rapports de celle-ci datés des 12 janvier et 17 septembre 2021. Elle a renvoyé à ses conclusions, selon lesquelles, sur le plan strictement psychiatrique, la recourante présentait une capacité de travail complète mais demeurait en incapacité totale en raison d'affections physiques provoquant des douleurs invalidantes. La psychiatre y précise avoir proposé, avec le Dr [...], l'octroi d'une rente pendant deux ans afin de permettre à la recourante de traiter une détresse mêlant des éléments somatiques, psychiques et sociaux, proposition refusée par l'OAI, qui a préféré, selon elle, s'en tenir aux avis stricts des spécialistes consultés.

L'OAI s'est déterminé le 9 avril 2025, considérant que les documents transmis ne comportaient aucun élément objectivement vérifiable, non déjà pris en compte lors de l'instruction, susceptible de modifier sa position fondée sur les conclusions des expertises du [...] et du W._____.

La recourante, à qui les déterminations de l'OAI du 9 avril 2025 ont été transmises, ne s'est pas prononcée plus avant.

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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité en lien avec sa deuxième demande déposée en 2020, plus particulièrement sur sa capacité de travail.

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

c) En l'espèce, la décision litigieuse, rendue le 14 octobre 2024, fait suite à la deuxième demande de prestations déposée le 28 avril 2020, motivée par une incapacité de travail apparue en décembre 2019. C'est au plus tôt en décembre 2020 que prendrait naissance le droit éventuel à la rente de la recourante compte tenu du délai d'attente d'une année. Les faits déterminants étant antérieurs au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit est applicable.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI

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

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

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).

d) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de

manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

e) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

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

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; 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 asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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).

5. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 28 avril 2020. Se fondant sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 18 avril 2023, sur celles de l'expertise en chirurgie de la main du 17 avril 2024 ainsi que sur l'avis du SMR du 26 avril 2024, l'OAI a retenu que la recourante présentait, depuis décembre 2019, une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et une capacité de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : pas de travail en hyperflexion, hyperextension ou rotation du rachis cervical, pas de travail avec port de charges répété supérieur à 5 kg, pas de travail en antéflexion, hyperextension ou rotation du tronc, pas de travail nécessitant une élévation des épaules au-delà de l'horizontale.

Quant à la recourante, elle remet en cause le bien-fondé de cette appréciation, plus particulièrement la valeur probante des expertises, contestant avoir retrouvé une quelconque capacité de travail.

b) aa) A titre liminaire, il y a lieu de constater que les expertises précitées répondent, sur le plan formel, aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître pleine valeur probante. Elles ont en effet été réalisées par des spécialistes reconnus, indépendants des parties, dans leurs domaines respectifs. Les experts ont retracé le contexte médical de la recourante en résumant et synthétisant les documents médicaux figurant au dossier depuis 2019 (rapport d'expertise pluridisciplinaire, évaluation

consensuelle, p. 6 à 18 et rapport d'expertise mono-disciplinaire, p. 13 à 22). Ils ont consigné les plaintes de l'expertisée et établi une anamnèse complète sur les plans familial, personnel, professionnel, social, relationnel et médical, ainsi que systématique (rapport d'expertise pluridisciplinaire, évaluation consensuelle, p. 19 s. et rapport d'expertise mono-disciplinaire, p. 6 s.). Ils ont procédé à des examens cliniques, complétés par un monitoring médicamenteux et un examen radiologique de la colonne cervicale et dorso-lombaire (rapport d'expertise pluridisciplinaire, évaluation consensuelle, p. 2 et rapport d'expertise mono-disciplinaire, p. 9). Enfin, leurs conclusions, sont motivées de manière circonstanciée et cohérente.

bb) Sur le plan matériel, les experts ont posé chaque diagnostic de manière motivée et détaillée, en se référant, pour certains d'entre eux, à un système de classification reconnu, à savoir à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Ils ont examiné et discuté en détail les diagnostics retenus, tant sur le plan somatique que psychiatrique, et ont exposé les motifs pour lesquels le caractère incapacitant de ces atteintes n'a pas été retenu, contrairement à l'avis de certains médecins consultés. Pour apprécier l'effet incapacitant des diagnostics, ils ont appliqué les indicateurs jurisprudentiels pertinents (cf. *supra* consid. 4e), avant de se prononcer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

cc) Dans l'expertise pluridisciplinaire du 18 avril 2023 du [...], le Dr [...], a retenu, du point de vue psychiatrique, un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), une claustrophobie (F40.2), d'importantes difficultés dans les rapports avec l'ex-mari et deux compagnons (Z63.0), anamnétique et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Malgré la persistance de symptômes anxieux et douloureux, l'examen clinique n'avait pas révélé de signes objectifs de dépression ou de limitations fonctionnelles et il a été constaté que l'assurée disposait d'importantes ressources personnelles et relationnelles. L'expert a relevé des incohérences entre les plaintes subjectives et le fonctionnement

quotidien observé (autonomie, activités sociales, loisirs), ainsi qu'une probable non-observance médicamenteuse. Il a conclu que les troubles psychiatriques diagnostiqués n'entraînaient pas d'incapacité de travail, préconisant néanmoins la poursuite d'un suivi psychothérapeutique pour renforcer l'autonomie et l'estime de soi.

dd) Sous l'angle de la médecine physique et réadaptation, l'expert a relevé chez l'assurée un historique chirurgical multiple (atteintes des nerfs ulnaires, chirurgie cervicale, opérations du pouce) et divers troubles chroniques, dont des cervicalgies, scapulalgies, lombalgies dégénératives, tendinopathies fessières, suspicion de canal carpien droit et fibromyalgie. L'examen clinique a mis en évidence certaines limitations douloureuses, mais également une autonomie préservée dans les activités quotidiennes, en contraste avec l'affirmation d'une incapacité fonctionnelle totale. Les symptômes décrits ont été jugés plausibles, mais sans correspondance avec des séquelles neurologiques ou orthopédiques objectivées. L'expert a conclu que les affections diagnostiquées n'étaient pas incapacitantes pour l'activité habituelle, qu'une réadaptation était raisonnablement exigible et que le potentiel de réinsertion restait entier, nonobstant l'inefficacité du traitement antalgique à ce stade et le caractère aléatoire des perspectives de guérison.

ee) Sur le plan de la médecine interne, l'experte a relevé que l'assurée, était divorcée et mère de deux filles adultes, autonome dans sa vie quotidienne, conduisait son véhicule et entretenait son foyer, malgré ses plaintes de douleurs aux membres supérieurs. Les examens avaient mis en évidence une blépharite chronique avec syndrome de sécheresse oculaire stabilisé sous traitement, ainsi que des kystes mammaires asymptomatiques, sans impact fonctionnel. L'experte a souligné un décalage entre les limitations décrites et l'autonomie observée et a conclu que ces affections n'interféraient pas avec la capacité de travail. Celle-ci a été ainsi évaluée à 100 % dans toute activité, sans réduction de rendement, et aucune mesure médicale supplémentaire n'était indiquée, le traitement en cours étant jugé adapté et efficace.

ff) Quant au rapport d'expertise du 17 avril 2024, l'expert en chirurgie de la main a constaté que l'assurée présentait surtout des douleurs diffuses musculosquelettiques, sans atteinte spécifique objectivable au niveau des mains. L'examen clinique, les examens complémentaires et l'évaluation fonctionnelle s'étaient révélés normaux, hormis une limitation partielle de l'abduction de l'épaule gauche en lien avec une bursite. Sur le plan de la chirurgie de la main, aucun diagnostic incapacitant n'a été retenu et aucune indication thérapeutique spécifique n'a été proposée. L'expert a conclu que la capacité de travail de l'assurée était entière dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée, depuis 2019, à l'exception d'une courte période post-chirurgicale en juin 2022.

gg) Enfin, dans son avis médical du 26 avril 2024, le SMR a souligné que l'évaluation consensuelle de l'expertise du [...] avait révélé des divergences entre les plaintes et l'autonomie quotidienne préservée de l'assurée. Il a indiqué suivre les conclusions des deux expertises s'agissant des diagnostics retenus et de l'évaluation des limitations fonctionnelles. Il s'en écartait toutefois en ce qui concernait la capacité de travail dans l'activité habituelle. En effet, en raison des incertitudes entourant la description exacte du poste par l'assurée, le SMR a retenu une incapacité totale dans l'activité habituelle depuis décembre 2019, alors qu'il a admis une capacité entière dans une activité adaptée.

c) Pour l'essentiel, la recourante reproche aux experts de s'être écartés de l'avis de ses médecins traitants, en se référant aux rapports médicaux produits à l'appui de ses objections devant l'intimé et dans son recours. Or, ces documents ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions expertales.

aa) Le rapport du 25 juin 2024 rédigé par le Prof. [...] et le Dr [...], que la recourante a mis en relation avec les constats du rapport établi le 27 juin 2022 par le Dr D._____, décrit un tableau complexe de syndrome douloureux chronique sur hyperlaxité constitutionnelle, troubles dégénératifs du rachis, gonalgies, fibromyalgie et antécédents multiples

(chirurgies, thrombose veineuse profonde, dépression). Il constate que les douleurs sont anciennes, diffuses et invalidantes, avec sensibilisation centrale, troubles du sommeil, fatigue, kinésiophobie et catastrophisme. Il relate une hospitalisation du 27 mai au 9 juin 2024 pour un traitement multimodal de la douleur (physiothérapie, ergothérapie, ostéopathie, psychiatrie, antalgie), dont le bénéfice immédiat s'est révélé limité. Les tests standardisés ont mis en évidence un niveau élevé de douleur, d'incapacité fonctionnelle et de limitations dans la vie quotidienne. Le consensus de l'équipe a conclu à une incapacité de travail complète au moment du séjour, tout en précisant qu'une amélioration était possible avec des thérapies bien conduites et qu'une réévaluation ne devait intervenir qu'au plus tôt dans un délai de 12 mois.

Il convient de relever que le rapport en question fait suite à un séjour de la recourante pour un traitement multimodal de la douleur. C'est le lieu de souligner qu'un tel traitement, par essence, se fonde, pour une part importante, sur les plaintes du patient et que, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral, la douleur, par sa nature, est essentiellement subjective et ne peut pas, selon l'état actuel de la science médicale, être objectivée par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie (cf. TF, 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.3). Cela étant, le rapport en question n'a pas de but expertal mais relate essentiellement des constatations somatiques et fonctionnelles, les plaintes de la recourante et les thérapies testées durant le séjour. Il atteste, pour l'essentiel, de la chronicité et de la complexité de la symptomatologie douloureuse. Toutefois, il ne contient pas d'éléments nouveaux de nature clinique ou diagnostique, propre à remettre en cause les conclusions des expertises médicales déjà versées au dossier. En particulier, les experts mandatés ont procédé à une évaluation spécialisée et approfondie de la capacité de travail, selon une méthodologie reconnue et pluridisciplinaire, alors que le rapport en question se limite à décrire un état douloureux subjectivement invalidant sans démontrer d'atteintes objectivement invalidantes supplémentaires. En outre, la conclusion sur l'incapacité totale repose essentiellement sur les limitations rapportées par la patiente et sur des critères fonctionnels - dont il a, pour l'essentiel, été tenu compte par les

experts dans leur description des limitations fonctionnelles -, sans établir de corrélation médicale stricte entre les diagnostics posés et une impossibilité de toute activité professionnelle. Enfin, le rapport met également en exergue le fait que la peur d'avoir mal a une grande influence sur les attitudes de la recourante et relate que la recourante est capable de conduire sa voiture durant deux heures, d'effectuer ses soins personnels, ses tâches administratives, marche tous les soirs avec une amie, va tous les midis chez sa meilleure amie, fait du shopping avec ses filles, se promène au bord du lac les week-ends. Ces éléments rejoignent ainsi l'évaluation consensuelle de l'expertise du [...] relevant une discrédance entre l'autonomie préservée dans les actes quotidiens, la conduite possible et la présence de ressources avec les déclarations d'impossibilité de reprendre une activité ou d'entreprendre une réadaptation de la recourante. Conformément à l'avis du SMR du 14 octobre 2024, il s'agit donc d'une appréciation divergente d'une situation médicale identique et non d'une remise en cause pertinente des conclusions expertales.

bb) Dans son rapport du 23 janvier 2025, le médecin traitant soutient que les constats du rapport du 25 juin 2024 corroboreraient ceux du Dr D._____ exposés dans son rapport du 27 juin 2022 et démontreraient l'absence d'amélioration depuis lors. Cet argument ne peut être suivi, le rapport du 27 juin 2022 ayant déjà été expressément pris en considération dans les deux expertises. Il ne comporte ainsi aucun élément ignoré par les experts et se limite également à une interprétation différente de la même situation médicale, comme l'a relevé le SMR dans son avis du 18 février 2025.

Le rapport du 23 janvier 2025 critique encore l'évaluation du spécialiste en médecine physique et réadaptation quant à l'existence d'une capacité de travail dans l'activité habituelle. Or, cette critique est infondée puisque l'intimé, suivant en cela l'avis de son SMR, n'a précisément pas retenu que l'activité habituelle était adaptée, mais au contraire qu'elle ne l'était pas, fixant la capacité de travail à 0 % dans celle-ci depuis décembre 2019. Conformément à l'avis du SMR du 26 février 2024, vu la description du poste de travail fournie par l'assurée à l'experte interniste et les

incertitudes sur son cahier des charges, il convenait de s'écarter sur ce point des conclusions de l'expertise. Cet avis, motivé et cohérent, peut être entièrement suivi.

cc) Le rapport du 18 juillet 2024, rédigé par deux médecins du département de psychiatrie du X._____, retient un épisode dépressif moyen et souligne que la recourante dispose de ressources lui permettant un bon pronostic de reprise du travail. Ces conclusions sont pleinement compatibles avec celles des experts, qui n'ont pas retenu d'incapacité sur le plan psychiatrique. Partant, ce rapport n'apporte pas non plus d'élément objectivement vérifiable susceptible de mettre à mal le bien-fondé de leur évaluation.

dd) Enfin, dans son rapport du 26 mars 2025, la Dre V._____ a conclu à une capacité de travail complète sur le plan psychiatrique, précisant que l'incapacité totale invoquée découlerait exclusivement des affections somatiques. Or, en tant que psychiatre, cette médecin ne dispose pas de la formation spécialisée nécessaire pour évaluer de manière adéquate l'incidence de troubles somatiques sur la capacité de travail. Son appréciation, qu'elle ne motive d'ailleurs pas, ne saurait dès lors prévaloir sur celle des experts, spécialisés dans leurs disciplines respectives et qui ont examiné cette question selon les règles de l'art.

d) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, les différents documents produits par la recourante ne comportent aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, qui aurait été ignoré dans le cadre des expertises et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou établir leur caractère incomplet. Il sied de reconnaître pleine valeur probante aux rapports d'expertises des 18 avril 2023 et 17 avril 2024, dont la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter, hormis sur la question de la capacité de travail dans l'activité habituelle. A cet égard, il y a lieu de suivre l'avis du SMR du 26 avril 2024 et de retenir que la recourante a présenté une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis décembre 2019, mais une capacité entière dans une activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles, à savoir pas de travail en hyperflexion, hyperextension ou rotation du rachis cervical, pas de travail avec port de charges répété supérieur à 5 kg, pas de travail en antéflexion, hyperextension ou rotation du tronc, pas de travail nécessitant une élévation des épaules au-delà de l'horizontale.

6. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, qui n'est pas contesté, l'OAI a, à bon droit, retenu un revenu avec et sans invalidité sur la base des salaires statistiques ressortant de l'ESS. Ce mode de calcul se justifie dès lors que la recourante, dépourvue de formation, avait exercé durant plusieurs années une activité non qualifiée, qu'elle bénéficiait de l'aide sociale après une période de chômage au moment du dépôt de sa demande AI et qu'elle n'a pas repris d'activité lucrative après la survenance de son atteinte à la santé.

En se fondant sur le salaire statistique applicable aux femmes exerçant une activité relevant du niveau de compétence 1 en 2020, à 100 %, tant pour le revenu sans invalidité que pour le revenu d'invalidé, il ne résultait de la comparaison de ces revenus aucun préjudice économique. Comme l'a relevé à juste titre l'OAI, même en appliquant l'art. 26bis al. 3 RAI dans sa version au 1^{er} janvier 2024 et en opérant un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé, le degré d'invalidité n'excéderait pas 10 %.

Ainsi, avec un taux d'invalidité de 0 %, puis de 10 % dès le 1^{er} janvier 2024, c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi de la rente, le seuil légal de 40 % ouvrant le droit à cette prestation n'étant pas atteint.

7. Vu ce qui précède, l'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise œuvre d'un second avis médical par un médecin neutre, voire une nouvelle expertise pluridisciplinaire, requis par la recourante. De telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations précitées, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée de la pertinence des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I

285 consid. 6.3.1). La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

8. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances 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 la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, la partie recourante étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont provisoirement supportés par l'Etat (art. 122 al. 1 let b. CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

d) Me Groslimond peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie 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, 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 14 octobre 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), sont mis à la charge de H. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Groslimond, conseil du recourant, est arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs), débours et TVA compris.
- VI. 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Valentin Groslimond, avocat (pour H. _____)
- 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 :