

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 915 vom 9. Januar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-01-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__915

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 915 du 9 janvier 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 915 del 9 gennaio 2024

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, REJET DE LA DEMANDE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, FORCE PROBANTE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, RECONSIDÉRATION | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 53 al. 2 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 9

Troubles du sommeil avec possible syndrome des jambes sans repos à préciser

E. 10

Névralgies d'Arnold

E. 11

Status post-hystérectomie pour un prolapsus utérin en août 2021 ” Les experts ont conclu de manière consensuelle à une capacité de travail dans l'activité habituelle qui avait évolué de la façon suivante : - 100% avec baisse de rendement de 20 % entre novembre 2020 et la mi-décembre 2020 ; - 0 % de la mi-décembre 2020 jusqu'à la mi-août 2021 ; - 50 % dès la mi-août 2021 jusqu'à la mi-septembre 2021 ; - 80 % de la mi-septembre 2021 à la mi-octobre 2021 ; - 100 % avec baisse de rendement de 20 % de la mi-octobre 2021 à fin novembre 2021 ; - 100 % dès décembre 2021. Dans une activité adaptée, ils ont conclu que la capacité de travail avait été de : - 0 % de la mi-décembre 2020 jusqu'à la mi-août 2021 ; - 50 % dès la mi-août 2021 jusqu'à la mi-septembre 2021 ; - 80 % de la mi-septembre 2021 à la mi-octobre 2021 ; - 100 % dès la mi-octobre 2021. Les experts ont noté ce qui suit : “ Du point de vue psychiatrique , la personne assurée a été licenciée au 31.08.2021 après un problème gynécologique, qui a nécessité une incapacité de travail, puis l'incapacité de travail a été prolongée par le psychiatre, vraisemblablement pour un épisode dépressif de moyenne intensité. Par ailleurs, elle a présenté, dans le passé, des symptômes psycho-traumatiques qui ont nécessité un suivi pendant 3 ans, symptômes marqués surtout par la présence de cauchemars. Au bout de 3 ans de suivi ces cauchemars ont disparu et sont réapparus avec l'introduction d'Escitalopram, abandonné depuis par la personne assurée. Elle présente également des troubles anxieux chroniques correspondant au diagnostic d'anxiété généralisée, mais qui n'ont jamais entraîné d'incapacité de travail, ni d'hospitalisation en psychiatrie, ni de traitement au long cours à part la prescription de benzodiazépine qu'elle prenait de manière discontinue. A partir de 2021, elle a présenté des attaques de panique et rapporte une phobie de l'avion d'apparition récente, mais qui ne l'a pas empêchée d'aller en Bosnie en 2018, puis en Turquie en 2019 moyennant la prise d'un comprimé de Temesta. La personne assurée est autonome dans les tâches élémentaires de la

vie quotidienne. Sur le plan strictement psychiatrique, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, pas d'idée suicidaire, pas de trouble de la concentration et de l'attention, pas d'anhédonie complète. Elle garde un réseau de relations avec ses enfants, ses petits-enfants, ses frères, de manière régulière au téléphone et elle rencontre régulièrement l'un d'entre eux. Le diagnostic de dysthymie est posé pour ce qui est des troubles de l'humeur, les diagnostics de troubles paniques et d'autres troubles anxieux mixtes, sont posés également. Ces diagnostics n'ont pas d'impact sur la capacité de travail chez une personne assurée qui ne prend aucun traitement antidépresseur et présente une compliance aux traitements médiocre. Il n'est retrouvé que des benzodiazépines dans les différentes analyses effectuées. Du point de vue orthopédique, la personne assurée a été en incapacité de travail en 2018 en raison de cervicalgies et de douleurs articulaires. Une reprise du travail a pu être effectuée jusqu'à un nouvel arrêt de travail dû à des problèmes gynécologiques et psychiatrique en novembre 2020. L'activité n'a depuis pas été reprise. La personne assurée se plaint des mêmes douleurs articulaires qu'en 2018, mais qui sont déclarées subjectivement en aggravation. Les examens complémentaires n'ont pas mis en évidence de lésion en dehors d'une suspicion de compression du nerf radial distal au niveau de la main droite et de l'avant-bras droit. Un éventuel traitement chirurgical au niveau cervical a été proposé, mais refusé par la personne assurée. L'examen de ce jour ne permet pas de retenir une affection incapacitante. Du point de vue de la médecine interne, aucune atteinte à la santé incapacitante durablement n'est retenue. ” Par avis du 26 août 2022, la Dre A. _____ du SMR a fait siennes les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire. Par projet de décision du 12 septembre 2022, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2021, dans la mesure où elle présentait, au terme du délai de carence d'une année, soit le 11 novembre 2021, une incapacité de travail et de gain moyenne de 89,18 %. Dès le 1^{er} février 2022, soit après le délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), la rente entière était basée sur un degré d'invalidité de 100%. Par décision du 6 décembre 2022, l'OAI a confirmé son préavis du 12 septembre 2022. Par courrier du 23 décembre 2022, la Caisse de compensation AVS [...] a adressé à l'OAI un décompte de prestations à verser dès le 1^{er} janvier 2023. Par lettre du 4 janvier 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'à la suite d'une erreur manifeste dans son projet de décision du 12 septembre 2022, il retirait sa décision du 6 décembre 2022. Par projet de décision du 5 janvier 2023, annulant et remplaçant son projet du 12 septembre 2022, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Ses constatations étaient les suivantes : “ Il ressort de l'instruction médicale de votre dossier que vous avez présenté les incapacités de travail et de gains suivantes : - 100 % du 11 novembre 2020 au 15 août 2021 - 50 % du 16 août 2021 au 15 septembre 2021 - 20 % du 16 septembre 2021 au 15 octobre 2021 - 0 % dès le 16 octobre 2021 Au terme du délai de carence d'une année, soit le 11 novembre 2021, vous ne présentez plus aucun préjudice économique. Vous êtes, en effet, à même d'exercer votre activité habituelle ainsi que toute activité adaptée à votre situation professionnelle et ceci à plein temps. Dès lors et au vu de ce qui précède, le droit à la rente ainsi qu'à des mesures professionnelles n'est pas ouvert. [...] ” Par courrier du 16 janvier 2023, l'assurée a contesté ce préavis négatif, respectivement la pleine capacité de travail retenue à partir du 16 octobre 2021 par l'OAI. Elle a remis un rapport du 13 janvier 2023 du Dr Q. _____, dont le contenu est le suivant : “ Je soussigné, Dr Q. _____, atteste que Mme C. _____, née le [...], comme je l'avais précisé dans mon rapport AI du 20.10.2021, au point 1.3 : « Incapacité de travail

de 100 % depuis au moins le début du suivi chez moi. La patiente est en arrêt maladie à 100 % incapacité de longue durée, évaluée par la Dresse L. _____, médecin de famille ». Cela veut dire depuis le 29.03.2021 que je peux attester une incapacité de travail à 100%. Au point 5 du même rapport, j'ai mentionné : « Mme C. _____ présente une incapacité de travail à 100% dans son activité habituelle et dans toute autre activité et cela pour les années à venir. Elle ne peut suivre aucune mesure de réinsertion ». Pour résumer, j'atteste chez Mme C. _____, née le [...], une incapacité de travail de 100% du 29.03.2021 jusqu'à ce jour, le 13.01.2023, incapacité en cours, qui continue. Certificat médical fait à la demande de l'intéressée et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit. » Aux termes d'un courrier du 14 février 2023 faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a pris position sur les arguments invoqués par l'assurée, estimant qu'ils n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de son projet du 5 janvier 2023. L'OAI a précisé que son projet de décision du 12 septembre 2022 avait dû être annulé car il reposait sur une inadvertance. Par décision du 14 février 2023, l'OAI a confirmé son préavis de refus de mesures professionnelles et de rente du 5 janvier 2023. C. Par acte du 14 mars 2023, C. _____, représentée alors par Me Amandine Torrent, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à ce qu'elle soit « annulée, nulle et de nul effet », une rente entière de l'assurance-invalidité lui étant accordée avec effet au 1^{er} novembre 2021. En substance, elle fait valoir que l'OAI ne pouvait pas « retirer » sa décision du 6 décembre 2022, les conditions d'une révocation de cette décision n'étant pas réunies, estimant que l'intimé ne pouvait invoquer une prétendue « erreur manifeste », puisqu'il s'agit d'une question d'appréciation relative à la capacité de travail. Dans un autre moyen, la recourante s'en prend à la valeur probante de l'expertise de P. _____ SA, en soulignant que le volet psychiatrique n'a pas été établi en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse, ne tient pas compte de ses plaintes, fait état d'un diagnostic insuffisamment motivé, ne procède pas à une appréciation de sa capacité de travail dans le temps, et n'examine pas ses ressources. Elle soutient que les volets de médecine interne et orthopédique sont également non probants, dans la mesure où les experts n'ont pas pris en considération son anamnèse professionnelle, les raisons de l'arrêt de son travail et l'inaptitude à reprendre un emploi, n'ont pas tenu compte de ses plaintes, n'ont pas discuté les diagnostics posés le 7 mai 2021 par la Dre L. _____, n'ont pas abordé la question des limitations fonctionnelles pour les travaux lourds, et n'ont pas pris en compte les constatations du Dr K. _____ du 8 novembre 2021 faisant état d'un déficit neurologique risquant de poursuivre son aggravation. A ses yeux, rien ne justifiait de s'écarter de l'appréciation détaillée, complète et convaincante de ses médecins traitants, unanimes pour la considérer inapte à travailler dans toutes activités, que ce soit pour des motifs psychiques ou somatiques. Elle a relevé enfin que l'instruction était lacunaire sur l'origine des douleurs chroniques, lesquelles n'ont pas été investiguées, estimant que l'OAI aurait dû instruire cet aspect. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Dans sa réponse du 24 avril 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise de P. _____ SA en renvoyant à l'avis SMR du 26 août 2022. En réplique, le 7 juin 2023, la recourante a maintenu sa position. Elle a produit un rapport du 20 avril 2023 adressé à son avocate par la Dre L. _____, laquelle s'est exprimée sur l'expertise de P. _____ SA en ces termes : « [...] Il est évident que sur le plan somatique cette expertise ne tient nullement compte de la douleur chronique comme handicap. Il est strictement nié dans ce

rapport que ses douleurs sévères (cervico[-]brachialgies droites avec syndrome irritatif radiculaire et céphalées de tension chroniques et névralgies d'Arnold d'une intensité de 9-10/10) qu'elle décrit en consultation, qui sont présentes au quotidien, entravent sévèrement sa capacité physique notamment de bouger le bras droit à répétition, d'effectuer des travaux de force avec ce bras ou de faire des mouvements de tête répétitifs comme le métier de vendeuse l'exige. On se base uniquement sur les diagnostics physiques sans aucune considération pour le syndrome douloureux chronique qu'ils engendrent. De même, il n'est nullement tenu compte de la douleur chronique comme facteur qui entrave ses capacités mentales notamment de se concentrer sur une tâche, de mémoriser des choses, d'être attentive aux clients, compétences que nécessite également le métier de vendeuse. Cette expertise est totalement orientée sur le fait de prouver de A-Z que Mme C. _____ est apte au travail à 100 %. Elle dénigre la patiente et sa souffrance en faisant allusion aux discordances entre les dires de la patiente et les tests cliniques « objectifs » des examinateurs. On constate même en sa défaveur qu'elle puisse avoir un petit sourire (de soulagement) en fin d'examen !”

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. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé a violé le droit en revenant par décision du 14 février 2023 sur sa décision d'octroi de rente entière du 6 décembre 2022, au motif que cette dernière était entachée d'une erreur manifeste, niant dès lors le droit aux prestations de l'assurance-invalidité à la recourante. 3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. b) En l'espèce, la décision litigieuse rendue le 14 février 2023 fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 28 mars 2021, en raison d'atteintes à la santé incapacitantes depuis le 11 novembre 2020, de sorte que le droit éventuel au versement de la rente existerait dès le courant 2021. Il convient donc d'appliquer les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. 4. a) 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. 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). b) 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. c) 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). d) 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). e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie

librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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). f) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient 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_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références g) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). 5. a) Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est manifestement erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 140 V 77 consid. 3.1 ; cf. ATF 138 V 147 consid. 2.1 ; 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit (ATF 146 V 364 consid. 4.2). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc). L'exigence du caractère manifestement erroné de la décision est en règle générale réalisée lorsque le droit à des prestations d'assurance a été admis en application des fausses bases légales ou que les normes déterminantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière incorrecte (ATF 140 V 77 précité consid. 3.1 ; 138 V 147 consid. 2.1 ; 125 V 383 consid. 3 et les références). b) La jurisprudence admet que l'administration peut revenir en tout temps sur une décision manifestement erronée, même si les conditions pour une révision ne sont pas remplies (ATF 105 V 29 consid. 1c ; 99 V

103 consid. 2 ; 98 V 100 consid. 5 ; TFA I 859/05 du 10 mai 2006 consid. 2.2). Tel est le cas en l'espèce et la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle remet en cause le caractère manifeste de l'erreur résultant du projet de décision du 12 septembre 2022 et de la décision du 6 décembre 2022. Il est en effet constant que l'OAI s'est fondé sur l'expertise de P. _____ pour statuer. Or, tant les conclusions de cette expertise, que l'avis du SMR du 26 août 2022, font état d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à compter du 16 octobre 2021. La recourante ne pouvait dès lors penser avoir droit à une rente entière, la décision de l'OAI du 6 décembre 2022 étant manifestement erronée.

6. a) En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 28 mars 2021. b) Le rapport d'expertise pluridisciplinaire de P. _____ du 9 août 2022 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante (cf. consid. 4d-e supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, qui a eu lieu en présence d'un interprète, en ce qu'il comporte une anamnèse, une étude du dossier médical mis à la disposition des experts, et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations fouillées, il contient une appréciation claire de la situation fondée sur des examens cliniques spécialisés et sur des examens complémentaires (cf. annexe 5 de l'expertise), aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions. Partant, l'OAI était légitimé à se fonder sur l'expertise, probante, de P. _____.

aa) Le rapport d'expertise de P. _____ du 9 août 2022 comprend un volet de médecine interne, investigué par le Dr E. _____. Celui-ci a retenu ce qui suit sous la rubrique « diagnostics » de son rapport : “ III.6.a.1 Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail Aucun. III.6.a.2 Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail 1. Tabagisme actif à 1 paquet par jour (31 UPA) avec probable bronchite chronique obstructive débutante 2. Troubles du sommeil avec possible syndrome des jambes sans repos à préciser 3. Névralgies d'Arnold 4. Status post-hystérectomie pour un prolapsus utérin en août 2021 ” Il a en outre fait part de son évaluation en ces termes : “ II.7 é valuation médicale et médico-assurantielle II.7.a Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de la personne assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle Il s'agit d'une personne assurée de 56 ans, divorcée et mère de 3 enfants, sans formation dont la dernière activité lucrative était celle de vendeuse pour la [...]. La demande de prestations AI a été effectuée en date du 28.03.2021 pour des motifs d'atteinte à la santé d'ordre neuro-orthopédique et psychiatrique. Du point de vue de la médecine interne, aucune atteinte à la santé incapacitante durablement n'est retenue. II.7.a.1 Avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social La personne assurée est essentiellement soutenue par son entourage familial proche, à savoir ses enfants dont 2 vivent sous le même toit. II.7.a.2 Analyse détaillée de la personnalité de la personne assurée et des ressources personnelles dont elle dispose Réponse pertinente uniquement dans le cadre d'une expertise psychiatrique. II.7.b é valuation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, discussion des chances de guérison II.7.b.1 Adhésion aux traitements thérapeutiques Du point de vue de la médecine interne, actuellement aucun traitement n'est en cours. II.7.b.2 Coopération aux mesures de réadaptation Il n'y a pas eu de mesure de réadaptation. II.7.b.3 Options thérapeutiques envisageables, indépendamment de la motivation de la personne assurée Un reconditionnement physique est recommandé ainsi que l'investigation d'un éventuel syndrome d'apnées obstructives du sommeil et d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive débutante. II.7.c é valuation de la cohérence et de la plausibilité II.7.c.1 Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous

les domaines La personne assurée n'est pas limitée dans ses activités du point de vue de la médecine interne. II.7.c.2 Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique Il n'y a pas de divergence. II.7.c.3 Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou de simulation Il n'y a pas d'élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation. II.7.c.4 Discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations spécialisées antérieures disponibles Les incapacités de travail au long cours ne sont pas liées à une atteinte à la santé du ressort de la médecine interne. II.7.d Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés II.7.d.1 Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles Il n'y a pas de limitation fonctionnelle du point de vue de la médecine interne. II.7.d.2 Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles Il n'est pas attendu de limitation fonctionnelle du point de vue de la médecine interne. ” bb) Le rapport d'expertise de P. _____ du 9 août 2022 comprend ensuite un volet de psychiatrie, investigué par le Dr I. _____. Celui-ci a retenu ce qui suit sous la rubrique « diagnostics » de son rapport : “ III.6.a.1 Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail Aucun. III.6.a.2 Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail 1. F34.1 Dysthymie 2. F41.0 Trouble panique 3. F41.3 Autres troubles anxieux mixtes ” Il a en outre fait part de son évaluation en ces termes : “ III.7 évaluation médicale et médico-assurantielle III.7.a Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de la personne assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle Il s'agit d'une personne assurée âgée de 56 ans, divorcée, mère de 3 enfants majeurs, ayant travaillé d'abord dans le nettoyage pendant 5 à 6 ans à son arrivée en Suisse, puis pendant 20 ans à la [...] comme vendeuse à 73 %. Elle a été licenciée au 31.08.2021 après un problème gynécologique, qui a nécessité une incapacité de travail, puis l'incapacité a été prolongée par le psychiatre, vraisemblablement pour un épisode dépressif de moyenne intensité. Par ailleurs, elle a présenté, dans le passé, des symptômes psycho-traumatiques qui ont nécessité un suivi pendant 3 ans, symptômes marqués surtout par la présence de cauchemars. Au bout de 3 ans de suivi ces cauchemars ont disparu et sont réapparus avec l'introduction d'Escitalopram, abandonné depuis par la personne assurée. Elle présente également des troubles anxieux chroniques correspondant au diagnostic d'anxiété généralisée, mais qui n'ont jamais entraîné d'incapacité de travail, ni d'hospitalisation en psychiatrie, ni de traitement au long cours à part la prescription de benzodiazépine qu'elle prenait de manière discontinue. A partir de 2021, elle a présenté des attaques de panique et rapporte une phobie de l'avion d'apparition récente, mais qui ne l'a pas empêchée d'aller en Bosnie en 2018, puis en Turquie en 2019 moyennant la prise d'un comprimé de Temesta. La personne assurée est autonome dans les tâches élémentaires de la vie quotidienne. Sur le plan strictement psychiatrique, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, pas d'idée suicidaire, pas de trouble de la concentration et de l'attention, pas d'anhédonie complète. Elle garde un réseau de relations avec ses enfants, ses petits-enfants, ses frères, de manière régulière au téléphone et elle rencontre régulièrement l'un d'entre eux. Le diagnostic de dysthymie est posé pour ce qui est des troubles de l'humeur, les diagnostics de trouble panique et d'autres troubles anxieux mixtes, sont posés également. Ces diagnostics n'ont pas d'impact sur la capacité de travail chez une personne assurée qui ne prend aucun traitement antidépresseur et présente une compliance aux traitements médiocre. Il n'est retrouvé que des benzodiazépines dans les différentes analyses effectuées. III.7.a.1 Avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social La personne assurée bénéficie du soutien de sa fille, de son fils cadet et de la copine

de ce dernier. Elle voit souvent sa belle-fille et ses petits-enfants. Elle bénéficie du soutien de ses 2 frères en Suisse et de celui qui est en Bosnie. Elle bénéficie également du soutien de son psychiatre.

III.7.a.2 Analyse détaillée de la personnalité de la personne assurée et des ressources personnelles dont elle dispose Son comportement face à la maladie : amplification. Son sens des réalités et sa capacité de jugement : non altérés. Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts : non altérées. Sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions : non altérées. Son estime de soi et sa capacité de régression : non altérées. Son intentionnalité et son dynamisme : non altérés. Son système de défense : non altéré.

III.7.b é valuation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, discussion des chances de guérison

III.7.b.1 Adhésion aux traitements thérapeutiques L'adhésion aux traitements est médiocre. Aucune trace de Saroten et de Nozinan n'a été retrouvée alors qu'elle affirme en prendre régulièrement. De plus, le Citalopram prescrit par son psychiatre n'est pas cité parmi les médicaments pris actuellement.

III.7.b.2 Coopération aux mesures de réadaptation Il n'y a pas de mesure de réadaptation en cours.

III.7.b.3 Options thérapeutiques envisageables, indépendamment de la motivation de la personne assurée Aucune option thérapeutique n'est à proposer en l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante.

III.7.c é valuation de la cohérence et de la plausibilité

III.7.c.1 Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines La personne assurée ne rapporte pas de limitation fonctionnelle significative sur le plan strictement psychiatrique dans les tâches élémentaires de la vie quotidienne.

III.7.c.2 Appréciation clinique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique Il existe des divergences entre les plaintes de la personne assurée concernant son état moral, l'ampleur de ce qu'elle appelle ses crises et son comportement en situation d'examen où il est retrouvé quelques courts moments de pleurs en lien avec des sujets douloureux abordés par la personne assurée. La majeure partie de l'entretien, l'humeur était neutre. La personne assurée a pu sourire à quelques reprises en fin d'entretien. Il n'a pas été constaté de ralentissement psychomoteur, de tristesse pathologique ou de trouble cognitif significatif.

III.7.c.3 Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation Il existe des éléments d'autolimitation entre les plaintes de la personne assurée et son comportement en situation d'examen.

III.7.c.4 Discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations spécialisées antérieures disponibles Le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'est pas partagé avec son psychiatre en l'absence des critères de définition de l'état de stress post-traumatique tel que développé dans l'épicrose. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère évoluant de manière chronique n'est également pas partagé. Les éléments de l'observation clinique et de l'anamnèse ainsi que la description de la journée type permettent de poser un diagnostic de dysthymie dont la sévérité n'est pas suffisante pour qu'un diagnostic d'épisode dépressif soit posé. Aucune incapacité de travail pour motif psychiatrique n'a pu être mise en évidence.

III.7.d.1 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

III.7.d.1 Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles Selon mini-ICF :

- Adaptation aux règles et routines : aucun problème.
- Planification et structuration des tâches : aucun problème.
- Flexibilité et capacités d'adaptation : problèmes légers.
- Usage des compétences spécifiques : aucun problème.
- Capacité de jugement et prise de position : aucun problème.
- Capacité d'endurance : problèmes légers.
- Aptitude à s'affirmer : aucun problème.
- Aptitude à établir des relations avec les autres : aucun problème.
- Aptitude à évoluer au sein d'un groupe : aucun problème.
- Aptitude à entretenir des relations proches :

problèmes légers. • Aptitude à des activités spontanées : aucun problème. • Hygiène et soins corporels : aucun problème. • Aptitude à se déplacer : aucun problème. Il n'y a pas de limitation fonctionnelle significative sur le plan psychiatrique. III.7.d.2 Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles Il n'y a pas d'évolution attendue. ” cc)

L'aspect orthopédique a quant à lui été évalué par le Dr W. _____, lequel a posé les diagnostics suivants : “ IV.6.a.1 Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail Aucun. IV.6.a.2 Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail 1. Probable Morton II/III, III/IV pied gauche 2. Cervicalgie sporadique météo-dépendante avec uncarthrose et protusion discale sans trouble neurologique 3. Douleur pluri-articulaire d'origine non déterminée 4. Déconditionnement physique ” Cet expert a procédé, comme ses confrères, à un examen complet de la recourante au terme duquel il a fait part de son évaluation en ces termes : “ IV.7 é valuation médicale et médico-assurantielle IV.7.a Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de la personne assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle La personne assurée est d'origine bosniaque, arrivée comme réfugiée politique en Suisse en 1993, actuellement âgée de 56 ans. Elle a 3 enfants adultes, sa fille l'aidant tous les jours. Elle a travaillé en Suisse tout d'abord dans le nettoyage puis comme employée polyvalente à la [...] à 72%, activité qu'elle appréciait particulièrement. Elle a été en incapacité de travail en 2018 en raison de cervicalgies et de douleurs articulaires. Une reprise du travail a pu être effectuée jusqu'à un nouvel arrêt de travail dû à des problèmes gynécologiques et psychiatrique en novembre 2020. L'activité n'a depuis lors pas été reprise. La personne assurée se plaint des mêmes douleurs articulaires qu'en 2018, mais qui sont déclarées subjectivement en aggravation. Les examens complémentaires n'ont pas mis en évidence de lésion en dehors d'une suspicion de compression du nerf radial distal au niveau de la main droit et de l'avant-bras droit. Un éventuel traitement chirurgical a été proposé, mais refusé par la personne assurée. L'examen de ce jour ne permet pas de retenir une affection incapacitante. IV.7.a.1 Avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social Elle a un bon soutien. IV.7.a.2 Analyse détaillée de la personnalité de la personne assurée et des ressources personnelles dont elle dispose Réponse pertinente uniquement dans le cadre d'une expertise psychiatrique. IV.7.b é valuation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, discussion des chances de guérison IV.7.b.1 Adhésion aux traitements thérapeutiques La personne assurée a adhéré aux traitements thérapeutiques sauf à la proposition du traitement chirurgical. IV.7.b.2 Coopération aux mesures de réadaptation Il n'y a pas de mesure de réadaptation en cours. IV.7.b.3 Options thérapeutiques envisageables, indépendamment de la motivation de la personne assurée Infiltration d'un anesthésique local au niveau inter II/III et III/IV pied gauche pour confirmer le diagnostic de Morton. Un traitement spécifique pourrait être alors effectué. De manière générale, la personne assurée doit faire de la gymnastique de manière continue pour éviter une aggravation du déconditionnement observé ce jour. IV.7.c é valuation de la cohérence et de la plausibilité IV.7.c.1 Comparaison des nouveaux de limitations des activités dans tous les domaines Du point de vue orthopédique, la personne assurée n'est pas limitée dans ces activités quel que soit le domaine. IV.7.c.2 Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique Néant. IV.7.c.3 Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation Néant. IV.7.c.4 Discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations spécialisées antérieures disponibles Néant. IV.7.d Appréciation des capacités, des

ressources et des difficultés IV.7.d.1 Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles Pas de limitation fonctionnelle. IV.7.d.2 Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles Il n'est pas attendu de limitation fonctionnelle. " c) aa) Contrairement à ce qu'allègue la recourante, on constate que l'expert psychiatre a examiné le cas à l'aune des indicateurs jurisprudentiels en matière d'affections psychiques, d'affections psychosomatiques et de syndromes de dépendance à des substances psychotropes qui doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (cf. consid. 4g supra). Ainsi, après avoir discuté des chances de guérison, il a examiné les ressources à disposition de l'assurée. Ensuite, il a apprécié la cohérence des troubles en fonction du mini-ICF et estimé qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle significative d'un point de vue psychiatrique. Au terme de son évaluation, il n'a pas retenu de diagnostic incapacitant, mais uniquement des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail. L'expert psychiatre a dûment motivé ses conclusions en discutant au passage les diagnostics divergents du psychiatre traitant. Il y a lieu de constater que la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que l'anamnèse n'a pas été établie en pleine connaissance de cause : l'expert psychiatre a au contraire longuement exposé le parcours de vie de l'intéressée. En résumé, après la description de son vécu en Bosnie, il a noté sa venue en Suisse en [...] et son suivi psychiatrique durant plusieurs années à cause de cauchemars. L'assurée lui a déclaré présenter des crises chaque année durant cinq à six mois et qu'elle n'était plus en mesure de lutter, étant démoralisée au jour de l'expertise (cf. pp. 29 - 30 du volet psychiatrique de l'expertise) ; l'expert a par ailleurs indiqué, contrairement à ce que soutient la recourante, les différents suivis dont elle a bénéficié au plan psychiatrique (cf. p. 34 du volet psychiatrique de l'expertise). Les éléments relatifs à l'anamnèse familiale, - selon lesquels l'expert psychiatre évoque un frère en Bosnie qui n'aurait pas de troubles psychiques en page 30, l'expert en médecine interne décrit un cancer chez la mère et le décès du père d'origine indéterminée en page 14 et l'expert orthopédiste évoque en page 47 un père décédé à 56 ans d'une cause inconnue, une mère âgée de 64 ans (alors qu'elle a 57 ans) et quatre frères plus jeunes mais dont l'assurée ignorerait l'âge -, s'ils ne sont pas totalement superposables, ne permettent pas pour autant de nier à l'expertise sa valeur probante. Les indications imprécises relatives à l'âge de la mère de la recourante respectivement de ses frères ne portent en effet pas à conséquence dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail de l'intéressée. La recourante a complété un questionnaire le 11 avril 2022 à l'invitation du P. _____ (cf. annexe 2 de l'expertise), dans lequel elle a elle-même relevé « cancer (père (pas sûr)) ». Pour le surplus, on peine à suivre l'argument de la recourante déplorant que l'on ignore « ce qu'[elle] a vécu dans ses emplois » (recours p. 16). Il résulte quoi qu'il en soit de l'expertise que l'assurée est autonome dans les tâches élémentaires de la vie quotidienne. Sur le plan strictement psychiatrique, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, pas d'idée suicidaire, pas de trouble de la concentration et de l'attention, pas d'anhédonie complète. Elle garde un réseau de relations avec ses enfants, ses petits-enfants, ses frères de manière régulière au téléphone et elle rencontre régulièrement l'un d'entre eux. Les diagnostics posés de dysthymie, de trouble panique et d'autres troubles anxieux mixtes n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, qui ne prend aucun traitement antidépresseur et présente une compliance aux traitements médiocre ; il n'est retrouvé que des benzodiazépines dans les différentes analyses effectuées. Pour le surplus, les plaintes de la recourante ont bien été intégrées aux constatations de l'expert. S'il est vrai qu'il n'y a pas dans son volet de l'expertise un chapitre intitulé « Plaintes », ces dernières résultent dans une large mesure de

ses déclarations, en particulier résumées aux points III.3.a (pp. 27 – 28), III.3.b.2 (pp. 29 – 30), III.6.a.4 (pp. 34 à 36). Les constats de l'expert psychiatre sont au demeurant superposables à ceux du Dr S. _____ du [...]. Il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), de trouble panique (F41.0), d'autres troubles anxieux mixtes (F41.3) et de syndrome de dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue (F10.25). Il a conclu à une capacité de travail nulle depuis la mi-décembre 2020, de 50 % dès la mi-août 2021 (grâce à la prise en charge psychiatrique intégrée), de 80 % à la mi-septembre 2021 et de 100 % dès la mi-octobre 2021 dans l'activité habituelle de vendeuse. Quant au fait que l'expert n'aurait pas discuté les consultations en urgence du 13 janvier 2021, il est sans incidence, dans la mesure où il est admis que la recourante a présenté une incapacité de travail totale de mi-décembre 2020 jusqu'à mi-août 2021. Il en va ainsi de même du rapport de la Dre H. _____ du 31 mars 2021. Pour ce qui a trait à la période postérieure, l'expert psychiatre a pris en compte le rapport du 20 octobre 2021 du Dr Q. _____, de même que ceux de la médecin traitante (Dre L. _____), qui sont antérieurs à la mise en œuvre d'expertise. Quoiqu'il en soit, l'expert psychiatre s'est prononcé sur ces éléments (point III.7.c.4 [p. 39]). Par ailleurs, l'expert psychiatre a estimé qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle à ce niveau (point III.8.b [p. 40]). Il a en outre établi un profil d'effort (point III.7.d.1 [p. 39]), selon le mini-ICF, dont il ressort que seules la flexibilité et les capacités d'adaptation, la capacité d'endurance, et l'aptitude à entretenir des relations proches présentent des problèmes légers pour parvenir à la conclusion qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle significative sur le plan psychiatrique. Il a au demeurant exposé pourquoi il ne retient pas les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1) et d'épisode dépressif chronique, d'intensité moyenne vers sévère/trouble dépressif persistant (F34) posés par le Dr Q. _____ dans son rapport du 20 octobre 2021. L'expert a exposé que le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'était pas partagé avec le psychiatre traitant en l'absence des critères de définition de l'état de stress post-traumatique tel que développé dans l'épicrise. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère évoluant de manière chronique n'était également pas partagé. Les éléments de l'observation clinique et de l'anamnèse ainsi que la description de la journée type permettaient de poser un diagnostic de dysthymie dont la sévérité n'était pas suffisante pour poser un diagnostic d'épisode dépressif. Aucune incapacité de travail pour motif psychiatrique n'avait pu être mise en évidence. Quant aux ressources, l'expert psychiatre en a également tenu compte, en relevant que l'assurée bénéficiait du soutien de sa fille, de son fils cadet et de la copine de ce dernier, qu'elle voyait souvent sa belle-fille et ses petits-enfants, qu'elle bénéficiait du soutien de ses deux frères en Suisse et de celui qui était en Bosnie. Elle bénéficiait également du soutien de son psychiatre. Son comportement face à la maladie était amplifié. Son sens des réalités et sa capacité de jugement, sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts, sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions, son estime de soi et sa capacité de régression, son intentionnalité et son dynamisme ainsi que son système de défenses n'étaient pas altérés (points III.7.a.1 et 2 [p. 38]). bb) Sur le plan de la médecine interne, contrairement à ce qu'allègue la recourante, on constate que l'expert a bien indiqué ses plaintes. Ainsi, il a noté que l'intéressée décrivait d'emblée sa situation comme compliquée ; elle se disait en dépression depuis 2018 et que « cela la tu[ait] » ; elle évoquait aussi une hernie discale C6-C7 qui s'était détériorée à la suite d'une chute en 2018 (point II.3.a [p. 12]). Ensuite, il a résumé son parcours professionnel (point II.3.b.6 [p. 15]). Les diagnostics posés par la Dre L. _____ dans son rapport du 7 mai 2021 sont de nature psychiatrique, si bien que l'expert de médecine

interne, comme l'expert orthopédiste, n'avaient pas à les discuter. La Dre L. _____ n'a posé que le syndrome de hernie discale C5-C6 avec radiculopathie C6 droite déficitaire (depuis 2018) et de probable névralgie d'Arnold droite chronique sur le plan somatique. Or le Dr W. _____ a bien expliqué à cet égard que la cervicalgie sporadique météo-dépendante avec uncarthrose et protrusion discale sans trouble neurologique étaient sans répercussion sur la capacité de travail. A cet égard, il a relevé que l'assurée se plaignait de douleurs pluri-articulaires en 2018. En dehors de lésion dégénérative cervicale observée à l'IRM de 2018 et constatée comme stable à l'IRM d'avril 2021, aucun examen n'a montré de lésion susceptible d'expliquer les plaintes. Les traitements proposés (anti-inflammatoire, physiothérapie et ostéopathie) n'amélioraient pas la situation de manière durable. L'examen effectué retrouvait une mobilité globalement conservée, l'absence de contracture ou d'atrophie musculaire. Il était relevé des douleurs inter-métatarsiennes II/III et III/IV au pied gauche pouvant correspondre à un Morton. Au total, aucune pathologie incapacitante n'était retenue. Seule une baisse de rendement de 20 % a été retenue dans l'activité habituelle de vendeuse, entre novembre 2020 et novembre 2021, du fait du prolapsus utérin suivi d'une hystérectomie, sans limitation fonctionnelle (point II.8.d [p. 23]). cc) Sur le plan orthopédique, contrairement à ce qu'allègue la recourante, on constate que l'expert a relevé les plaintes. Ainsi, il a indiqué qu'elle avait des douleurs pluri-articulaires avec gêne au niveau du pied droit lorsqu'elle marchait, une douleur du 1^{er} rayon de la main droite avec des crochages. Elle se plaignait également de cervicalgies, de douleurs de la cuisse droite et de l'épaule (point IV.3.b.1 [p. 46]). L'expert a également constaté l'absence de limitation fonctionnelle (point IV.8.b [p. 54]). d) De façon plus générale, il convient de constater que les pièces médicales dont les experts n'auraient de l'avis de la recourante pas tenu compte, figurent dans le résumé des pièces joint à l'expertise (cf. annexe 1 de l'expertise). Il en ressort en particulier que les experts ont tenu compte dans leur appréciation du rapport de la Dre L. _____ du 7 mai 2021 et du rapport du Dr K. _____ du 8 novembre 2021. Pour le surplus, la recourante n'a pas produit en recours d'éléments de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise P. _____ sur laquelle l'OAI s'est fondé. En particulier, les experts ont bien tenu compte de l'allégation de douleurs comme handicap physique (entravant sévèrement la capacité physique notamment de bouger le bras droit à répétition, d'effectuer des travaux de force avec ce bras ou de faire des mouvements de tête répétitifs) et comme facteur qui entrave les capacités mentales (notamment se concentrer sur une tâche, mémoriser des choses, être attentive aux clients) de la recourante, contrairement à ce que soutient la médecine traitante (Dre L. _____) dans son rapport du 20 avril 2023. Il résulte de ce qui précède que l'OAI était légitimé, sur la base de l'expertise probante du P. _____, à retenir que la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à compter du 16 octobre 2021. e) La recourante se prévaut encore du fait qu'elle est proche de l'âge de la retraite (57 ans). aa) Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). bb) En l'occurrence, la date à compter de laquelle l'exercice

(partiel) d'une activité est médicalement exigible est celle du 16 août 2021. A cette date, la recourante était âgée de 55 ans, et n'avait donc pas atteint le seuil à compter duquel on peut parler d'âge avancé au sens de la jurisprudence rappelée ci-avant. Elle ne saurait être considérée comme n'étant plus en mesure, du fait de son âge, de mettre en valeur la capacité de travail qui lui est reconnue sur le marché équilibré du travail, et se voir octroyer des prestations de l'assurance-invalidité au motif du facteur de l'âge « avancé ».

7. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire afin de déterminer sa capacité de travail restante.

8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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.

c) 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).

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Alexandre Lehmann peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 4 décembre 2023, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 780 fr. 30, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

e) 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.