

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 502 vom 21. August 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-08-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2024\\_\\_502](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__502)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 502 du 21 août 2024

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 502 del 21 agosto 2024

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

## Erwägungen

### E. 29

mars 2022 en renvoyant à un rapport établi par ses soins le 21 décembre 2021, en lien avec une coronarographie dont les résultats étaient considérés comme rassurants. Dans une correspondance adressée le 13 avril 2022 à l'OAI, le secrétariat de l'Institut [...] a indiqué que l'établissement n'émettait pas d'évaluation de la capacité de travail de ses patients. En annexe à cet écrit figurait en particulier un rapport du Dr CC. \_\_\_\_\_ du 5 octobre 2021, mentionnant une stabilisation des douleurs qui restaient néanmoins invalidantes, relevant une baisse de l'humeur et proposant une réévaluation par un psychiatre pour caractériser un probable syndrome dépressif sous-jacent. Le 6 juillet 2022, le secrétariat de l'Institut suisse de la douleur a rappelé sa position quant à l'évaluation de la capacité de travail de ses patients. Dans un courrier subséquent du 15 août 2022 à l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_ a exposé qu'en tant que praticien rattaché à l'Institut [...], il ne souhaitait pas se prononcer sur la capacité de travail de ses patients. Par avis médical SMR du 12 septembre 2022, le Dr L. \_\_\_\_\_ a retenu que le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ ne décrivait pas une aggravation et que c'était bien la douleur subjective qui était au premier plan. Quant à l'atteinte cardiaque, elle était purement iconographique et la fonction ventriculaire était normale. Sur le plan psychiatrique, l'assurée avait certes mentionné une consultation auprès d'un psychiatre et la reprise d'un traitement, sans toutefois amener d'élément médical à ce sujet. Dans ces conditions, le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé que malgré la mise en évidence d'une maladie des petites fibres, aucun élément d'aggravation fonctionnel n'était apparu depuis l'expertise. Par correspondance du 16 septembre 2022, l'OAI a écarté les objections de l'assurée, au motif qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé justifiant de revenir sur le projet de décision du 25 octobre 2021. Par décision du 2 novembre 2022, l'OAI a confirmé son projet susdit, dont il a repris la motivation. C. Agissant désormais par l'entremise de son conseil, P. \_\_\_\_\_ a recouru le 5 décembre 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 septembre 2020, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Préalablement, la recourante a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. A titre de mesure d'instruction, elle a sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise portant sur les volets orthopédique et psychiatrique. Sur le plan somatique, l'intéressée a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de la mise en évidence d'une polyneuropathie sensitive, de la confirmation du diagnostic d'hypermobilité articulaire généralisée et de la mention de problèmes de mobilité et d'instabilité de la main

droite. Sur le plan psychique, la recourante a estimé que les réponses lacunaires apportées par le Dr H. \_\_\_\_\_ auraient dû donner lieu à des investigations complémentaires. Sous un autre angle, l'intéressée a réfuté toute aptitude à exercer son activité habituelle à 50 %. La recourante s'est également prévalu de l'impossibilité de mettre en œuvre sa capacité de travail médico-théorique ; à cet égard, elle a contesté, d'une part, le refus de l'intimé de mettre en œuvre des mesures professionnelles tout en arguant, d'autre part, que de telles mesures n'étaient pas exigibles en raison de son âge. Par décision du 13 décembre 2022, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 décembre 2022 et désigné Me Eric Stauffacher en qualité d'avocat d'office. Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 20 février 2023. L'office a pour l'essentiel confirmé l'appréciation de son service médical et souligné, plus particulièrement, que les éléments au dossier ne plaidaient pas en faveur d'une atteinte psychique déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité. Pour le reste, l'OAI a renvoyé à un rapport du 14 février 2023 établi par l'un de ses spécialistes en réadaptation professionnelle, relevant que la poursuite de l'activité habituelle de codificatrice médicale constituait la meilleure mise en valeur possible de la capacité résiduelle de travail. Par réplique du 27 mars 2023, la recourante a persisté dans ses précédents motifs et conclusions et a requis son audition afin de pouvoir préciser en quoi consistait son activité de codificatrice médicale. En annexe, la recourante a produit un rapport de la Dre C. \_\_\_\_\_ du 3 mars 2023, considérant en particulier que l'intensité des douleurs au toucher et notamment aux insertions tendineuses évoquait une fibromyalgie secondaire. Dupliquant le 22 mai 2023, l'OAI a maintenu sa position, renvoyant en particulier à un rapport du 10 mai 2023 du Dr L. \_\_\_\_\_. Ce dernier y retenait que la Dre C. \_\_\_\_\_ n'était pas affirmative s'agissant de la possibilité d'une fibromyalgie secondaire, qu'elle n'énonçait en outre aucune limitation fonctionnelle spécifique à cette affection et que les douleurs relevaient du reste d'un paramètre totalement subjectif ; aucun élément ne permettait par ailleurs d'envisager une aggravation des lésions arthrosiques, connues depuis longtemps et dûment prises en considération par les experts. La position dudit service demeurait donc inchangée. Se déterminant le 21 juin 2023, la recourante a estimé que les éléments mis en exergue par la Dre C. \_\_\_\_\_, jugés insuffisants par l'intimé, justifiaient d'autant plus d'approfondir l'instruction sur cette question. 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. Est en l'occurrence litigieux le bien-fondé de la décision rendue le 2 novembre 2022 par l'OAI, des suites de la nouvelle demande de prestations déposée le 14 novembre 2018 par l'assurée. L'intéressée conteste principalement la diminution de la rente entière d'invalidité octroyée rétroactivement depuis 1<sup>er</sup> juin 2019 à une demi-rente au 1<sup>er</sup> octobre 2020 et, subsidiairement, le refus de mesures professionnelles. 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<sup>er</sup> 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).

b) 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En tous les cas, l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la nouvelle du 1<sup>er</sup> janvier 2022). Attendu qu'en l'espèce la décision querellée est certes datée du 2 novembre 2022 mais vise une assurée âgée de 58 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2022 et porte sur le droit à une rente d'invalidité dont le dies a quo de même que l'éventuelle réduction sont antérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2022, c'est en conséquence l'ancien droit qui s'applique.

c) Sous l'angle des mesures professionnelles, il appert que la décision entreprise repose sur l'absence de dispositif simple et adéquat susceptible de réduire la perte de gain subie, sans égard à une mesure spécifique ou à un processus de réadaptation particulier. Au regard du caractère général et abstrait d'une telle argumentation, il n'apparaît pas déterminant de savoir si l'ancien ou le nouveau droit s'applique, de sorte que la question peut demeurer indéterminée dans le présent contexte.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. 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). Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). Pour évaluer le taux d'invalidité, il existe principalement trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte, dont l'application dépend du statut – actif, ménager ou mixte – du bénéficiaire potentiel de la rente (dans ce sens, voir TF 9C\_250/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.2).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de

vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, 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 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). c) La décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). Cette disposition (dans sa teneur au 31 décembre 2021) prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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. L'art. 88a al. 1 RAI précise par ailleurs qu'une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et 135 V 141 consid. 1.4.4). d) 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). 5. a) Pour pouvoir 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). c) 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 asséurologique. 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).

6. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 14 novembre 2018 par la recourante, mettant notamment en œuvre une expertise bidisciplinaire et une enquête ménagère. Sur cette base, l'OAI a admis une détérioration de l'état de santé de l'assurée depuis la décision de refus de rente du 17 juin 2014. Ainsi, aux termes de sa décision du 2 novembre 2022, l'office a considéré que l'intéressée, laquelle pouvait désormais se prévaloir d'un statut d'active à 100 %, présentait une capacité de travail nulle dans toute activité pour la période du 8 juin 2018 au 30 juin 2020 puis de 50 % dans une activité adaptée – telle l'activité habituelle de codificatrice médicale – à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020 (cf. également avis médical SMR du L. \_\_\_\_\_ du 15 janvier 2021). Il lui a conséquemment reconnu le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2019 au 30 septembre 2020 puis à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2020. b) Aucune raison objective ne justifie de remettre en question l'incapacité de travail totale reconnue du 8 juin 2018 au 30 juin 2020 et, corollairement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2019 (art. 28 al. 1 LAI) au 30 septembre 2020 (art. 88a al. 1 RAI). La période visée a en effet été marquée par trois interventions chirurgicales successives (en juin 2018 au niveau du pied droit, en mars 2019 au niveau du genou gauche et en septembre 2019 au niveau du pied droit). A cela s'ajoute que, pour la période concernée, les avis médicaux au dossier ont majoritairement évoqué une capacité de travail nulle, ou atteignant ponctuellement un maximum de 20 % dans une activité adaptée en télétravail (cf. rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2019). Si des avis médicaux plus isolés ont certes pu mentionner des taux plus élevés, ils doivent être considérés avec retenue ; on notera en particulier que le Dr J. \_\_\_\_\_ a certes évoqué une reprise d'activité mais en réservant cependant la présence d'éléments extra-orthopédiques (cf. rapport d'expertise du 17 mars 2019), et que le Dr Y. \_\_\_\_\_ a bien signalé la possibilité d'un retour au travail mais uniquement de manière hypothétique (« peut-être ») et sous l'angle de la rhizarthrose bilatérale (cf. rapport du 19 mars 2010). Cet aspect de la décision entreprise n'étant du reste pas disputé entre les parties, la Cour de céans ne distingue aucun motif pertinent de s'en écarter. c) La recourante nie, en revanche, avoir récupéré depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2020 une capacité de travail lui permettant d'exercer une activité adaptée à 50 % et justifiant le passage à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2020 (art. 88a al. 1 RAI). Il appartient par conséquent à la Cour de céans de trancher cette problématique.

7. a) La recourante ne conteste pas le statut d'active à 100 % qui lui a été reconnu par l'OAI à la suite du rapport d'enquête ménagère du 7 juin 2021. Rien ne justifie par ailleurs de douter de l'exactitude de ce statut. b) Sur le plan médical, l'appréciation de l'OAI repose sur les

conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du Centre Q.\_\_\_\_\_ du 6 janvier 2021, dont la recourante critique le bien-fondé. aa) Sur le plan somatique, l'expertise du Centre Q.\_\_\_\_\_ se limite à un volet orthopédique. Dans ce cadre, l'expert S.\_\_\_\_\_ a identifié différentes problématiques physiques, à savoir une polyarthrose des genoux et des pieds ayant nécessité différentes interventions chirurgicales (les 8 juin 2018 [arthrodèse talo-naviculaire et du Lisfranc], 14 mars 2019 [prothèse totale du genou gauche] et 27 septembre 2019 [nouvelle ostéosynthèse au niveau de l'articulation talo-naviculaire]), des lombalgies chroniques sur discopathies L5-S1 et spondylolisthésis L4 sur L5 dans le cadre d'un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisé évoqué depuis 2011, une rhizarthrose modérée bilatérale et un conflit sous-acromial à l'épaule gauche. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert S.\_\_\_\_\_ a préconisé une activité de type sédentaire permettant les changements de position, sans port de charge ni mouvement répétitif de l'épaule gauche en particulier au-dessus du plan des épaules, sans travail à genoux ou en position accroupie, sans montée et descente d'escaliers ou d'escabeaux et sans efforts répétés des mains et des poignets. L'expert a finalement retenu que dans une activité adaptée, telle que l'activité de codificatrice, la capacité de travail atteignait 50 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2020 (cf. rapport d'évaluation consensuelle du 6 janvier 2021, p. 5 à 7), à savoir neuf mois après la cure chirurgicale de pseudarthrose (cf. rapport d'expertise orthopédique du 6 janvier 2021, p. 34). L'analyse effectuée par l'expert S.\_\_\_\_\_ ne peut toutefois être considérée comme suffisante pour se prononcer sur le caractère incapacitant des troubles physiques de la recourante, faute de prendre en considération tous les éléments figurant au dossier. aaa) Pour ce qui est des troubles articulaires retenus par l'expert S.\_\_\_\_\_ au niveau des pieds, des genoux, de l'épaule gauche et des mains, ils correspondent pour l'essentiel aux pathologies mises en lumière à cet égard par les Drs B.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_, Y.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. On note toutefois que la Dre C.\_\_\_\_\_ a signalé une instabilité marquée du poignet droit (cf. rapports des 14 janvier et 23 juillet 2021) dont on ne trouve guère de trace dans l'appréciation de l'expert S.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise orthopédique du 6 janvier 2021 p. 30 : « Poignets [...] Il n'y a pas d'instabilité »). Sous cet angle déjà, des éclaircissements paraissent nécessaires. bbb) Sur le plan rachidien, l'expert S.\_\_\_\_\_ a retenu des lombalgies chroniques sur discopathie L5-S1 et spondylolisthésis L4-L5, atteinte confirmée par une IRM de 2014 (cf. rapport d'expertise orthopédique du 6 janvier 2021 p. 32 et rapport d'évaluation consensuelle du 6 janvier 2021 p. 5). Cette évaluation doit cependant être relativisée. Il est vrai que l'intéressée s'est vu diagnostiquer en 2011 des lombalgies sur discopathie L5-S1 et spondylolisthésis L4-L5, sur la base d'un examen d'imagerie réalisés en 2010 (cf. rapport du 21 juin 2011 du Dr W.\_\_\_\_\_). Un bilan radiologique a ensuite été réalisé le 1<sup>er</sup> mai 2014 dans le contexte d'une aggravation des douleurs lombaires, montrant notamment une décompensation complète de l'équilibre sagittal avec une ligne de plomb de la vertèbre C7 tombant sept centimètres en avant du sacrum, signe d'un déséquilibre global de la colonne vertébrale, et une discopathie pluri-étagée prédominant en L2-L3, L4-L5 et L5-S1, sans conflit radiculaire (cf. rapport du Dr U.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2014). L'évaluation du rachis lombaire effectuée à l'occasion d'une densitométrie osseuse le 19 octobre 2018 a ultérieurement montré une discarthrose lombaire basse L4-L5 et L5-S1 avec spondylolisthésis de grade 1 en position couchée de L4 sur L5, ainsi que des pincements postérieurs du disque L2-L3 et dans une moindre mesure L3-L4 (cf. rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2018). Ces éléments montrent, d'une part, que l'expert S.\_\_\_\_\_ a basé son analyse sur l'atteinte dégénérative en L4-L5 et L5-S1 telle que

décrite en 2010/2011 et confirmée en 2014, sans discuter les autres développements mis en lumière dans le cadre des examens radiologiques réalisés en 2014 et 2018 – que ce soit au niveau des disques L2-L3 et L3-L4 ou du déséquilibre de la colonne vertébrale pourtant mentionnés en partie par les Drs M. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 29 mars 2019, 1<sup>er</sup> novembre 2019 et 17 juin 2020) et I. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 25 mars 2019). Il apparaît, d'autre part, que l'expert S. \_\_\_\_\_ n'a mis en œuvre aucun examen radiologique au niveau du rachis et s'est dès lors prononcé sur la seule base des données récoltées en 2010 et 2014, sans même référencer la problématique lombaire apparue à la densitométrie du 19 octobre 2018 (cf. rapport d'expertise orthopédique du 6 janvier 2021 p. 15). Dans ces conditions, on doit admettre que l'appréciation émise par l'expert S. \_\_\_\_\_ en 2021 ne repose pas sur une prise en compte complète de l'évolution globale de l'atteinte rachidienne depuis 2014. On notera, du reste, que cette évolution n'a pas davantage été approfondie par les autres médecins interpellés ; en particulier, la rhumatologue C. \_\_\_\_\_ n'a que succinctement abordé la problématique rachidienne dans ses différents comptes-rendus (cf. rapports des 14 janvier 2021, 23 juillet 2021 et 3 mars 2023). Le dossier ne contenant aucune appréciation médicale claire sur le sujet, on ignore, par conséquent, si l'évolution des troubles du rachis lombaire engendre des répercussions supplémentaires du point de vue de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles de la recourante. En tant qu'elles reposent ainsi sur une analyse carencée de l'atteinte rachidienne, les conclusions expertales apparaissent par conséquent sujettes à caution. Au demeurant, on peut encore s'interroger sur le point de savoir si le mandat confié au Centre Q. \_\_\_\_\_ n'aurait pas dû inclure un volet rhumatologique en présence de troubles affectant le rachis lombaire. Cette question peut néanmoins demeurer indécise dans la mesure où les conclusions de l'expertise du Centre Q. \_\_\_\_\_ ne peuvent, quoi qu'il en soit, être suivies. ccc) L'instruction menée par l'intimé a par ailleurs mis en lumière une problématique neurologique, qui n'a pas été abordée dans le cadre de l'expertise du Centre Q. \_\_\_\_\_. A ce propos, il convient de noter qu'une composante neuropathique a été évoquée le 13 octobre 2020 par les Drs BB. \_\_\_\_\_ et CC. \_\_\_\_\_ de l'Institut [...]. La Dre C. \_\_\_\_\_ a mentionné, pour sa part, une suspicion de neuropathie des petites fibres (cf. rapport du 14 janvier 2021), voire une neuropathie d'une autre nature (cf. rapport du 23 juillet 2021). Quant à la Dre A. \_\_\_\_\_, elle a exposé le 27 avril 2021 qu'une biopsie cutanée avait récemment montré une neuropathie des petites fibres et a par ailleurs conclu, sur la base d'un examen électrophysiologique, à une polyneuropathie sensitive et à un syndrome du tunnel carpien modéré à sévère à gauche, chez une assurée présentant des douleurs neurogènes des membres inférieurs et supérieurs, surtout aux mains. Le 10 octobre 2021, la Dre K. \_\_\_\_\_ a de son côté signalé une polyneuropathie avec maladie des petites fibres. La mise en évidence d'éléments évocateurs d'une problématique neurologique, reposant sur des examens médicaux objectifs, sont suffisants pour mettre en doute cet aspect et appelaient à l'évidence une appréciation spécialisée afin d'analyser les diagnostics pertinents et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail, voire leur interaction avec les autres troubles de l'assurée. Or rien au dossier ne permet de se positionner sur ces questions. On note en particulier que la neurologue A. \_\_\_\_\_ a expressément renoncé à se prononcer, au motif qu'elle n'avait vu la patiente qu'à une seule reprise (cf. note manuscrite indexée le 15 septembre 2021). Pour le surplus, les autres médecins interpellés n'étaient justement pas neurologues et n'ont donc pas formulé d'appréciation spécialisée sur cette problématique, notamment sous l'angle des répercussions de la symptomatologie neurologique du point de vue de la capacité de travail. Force est d'admettre que de telles

lacunes auraient dû donner lieu à des investigations supplémentaires et ne pouvaient en tous les cas pas être assimilées à l'absence d'élément concret susceptible de se répercuter du point de vue de la capacité de travail de l'assurée. Dans ces conditions, on ne saurait se rallier à l'interprétation du SMR concluant, malgré les lacunes susdites, à l'absence d'aggravation fonctionnelle en lien avec l'aspect neurologique (cf. avis médicaux SMR des 31 août 2021 et 12 septembre 2022). Sous cet angle également, l'instruction apparaît donc insuffisante. ddd) Un diagnostic d'obésité morbide a en outre été posé dans le cadre de l'expertise du Centre Q.\_\_\_\_\_. Ce paramètre n'a cependant pas été intégré à la discussion médicale. A cet égard, on notera que si l'obésité n'est en soi pas constitutive d'invalidité, tel pourra néanmoins être le cas si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C\_48/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.3). Dans le cas particulier, on ignore l'origine précise de la surcharge pondérale. On sait, en revanche, que le Dr W.\_\_\_\_\_ estimait en 2011 que le surpoids – qualifié de majeur, avec un poids de 142,8 kilos pour un IMC de 50,29 kg/m<sup>2</sup> (cf. rapport du 21 juin 2011 p. 2) – jouait un rôle en termes de volume des parties molles dans les limitations articulaires constatées au niveau des genoux et de la région lombaire (cf. rapport du 21 juin 2011 p. 3). Le surpoids a, du reste, motivé le choix du Dr U.\_\_\_\_\_ en faveur d'une approche conservatrice plutôt que chirurgicale pour traiter les troubles de la région lombaire (cf. rapport du 1<sup>er</sup> mai 2014). Si l'assurée a certes bénéficié d'un bypass gastrique en septembre 2014 et a de ce fait réalisé une perte de poids lui permettant de passer de 151 kilos avec un IMC de 54 kg/m<sup>2</sup> à 101 kilos avec un IMC de 36 kg/m<sup>2</sup> (cf. rapport de la Dre K.\_\_\_\_\_ du 2 octobre 2018), il demeure qu'elle a ensuite connu une reprise pondérale jusqu'à atteindre 118 kilos lors de l'examen de l'expert S.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise orthopédique du 6 janvier 2021 p. 28), puis 122,95 kilos avec un IMC de 44,09 kg/m<sup>2</sup> en octobre 2021, dans un contexte de diminution de l'activité physique suite aux interventions subies et de difficultés à la marche (cf. rapport du 10 octobre 2021 de la Dre K.\_\_\_\_\_). A cela s'ajoute qu'au printemps 2021, la Dre A.\_\_\_\_\_ a également signalé des difficultés à la marche en lien avec le poids (cf. rapport du 27 avril 2021). Les éléments susdits constituent autant d'indices d'une interaction entre la surcharge pondérale de la recourante et les troubles constatés notamment aux plans articulaire et lombaire. Il demeure, néanmoins, qu'aucune appréciation médicale de cette interaction ne figure dans l'expertise ou les rapports médicaux récoltés dans le cadre de la présente procédure. En l'état, il n'est donc pas possible de déterminer concrètement si, et le cas échéant dans quelle mesure, l'obésité de l'assurée est pertinente du point de vue droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement si cette obésité est susceptible de se répercuter significativement ou non sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'intéressée. Sur ce point aussi, l'instruction doit donc être complétée. eee) Une problématique d'hyperlaxité articulaire résulte par ailleurs du dossier mais demeure en l'état insuffisamment investiguée. aaaa) A ce stade, il y a lieu de relever que la distinction initiale entre le syndrome d'hypermobilité articulaire ou syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne et les maladies héréditaires du tissu conjonctif telles que le syndrome d'Ehlers-Danlos (SED) a été revue en 2017, avec la mise en œuvre d'une nouvelle classification. Cette dernière a introduit la notion de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh), sur la base d'un ensemble de critères diagnostiques exclusivement cliniques (à défaut de mutation génétique identifiée à ce jour) – à savoir une hypermobilité

articulaire généralisée, la présence d'un certain nombre de caractéristiques allant de manifestations cliniques prédéfinies du tissu conjonctif aux antécédents familiaux et aux complications musculosquelettiques, et enfin l'absence de tout facteur d'exclusion. En parallèle, la notion de troubles du spectre de l'hypermobilité a été développée pour les patients présentant une hypermobilité articulaire symptomatique ne répondant pas aux critères d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Cette nouvelle classification a notamment eu pour conséquence que certains patients qui satisfaisaient précédemment aux anciens critères n'ont dès lors plus rempli les nouveaux critères diagnostiques posés en matière de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (cf. Malfait F./Francomano C./Byers P./Belmont J./Berglund B./Black J./Bloom L./Bowen J. M./Brady A. F./Burrows N. P./Castori M./Cohen H./Colombi M./Demirdas S./De Backer J./De Paepe A./Founel-Gigleux S./Frank M./Ghali N./Giunta C./Grahame R./Hakim A./Jeunemaitre X./Johnson D./Juul-Kristensen B./Kapferer-Seebacher I./Kazkaz H./Kosho T./Lavallee M. E./Levy H./Mendoza-Londono R./Pepin M./Pope F. M./Reinstein E./Robert L./Rohrbach M./Sanders L./Sobey G. J./Van Damme T./Vandersteen A./Van Mourik C./Voermans N./Wheeldon N./Zschocke J./B. Tinkle, The 2017 international classification of the Ehlers-Danlos syndromes, in American Journal of Medical Genetics, 2017, 175C, p. 16 à 19 ; cf. Tinkle B./Castori M./Berglund B./Cohen H./Grahame R./Kazkaz H./Levy H., Hypermobile Ehlers-Danlos syndrome [a.k.a. Ehlers-Danlos Syndrome Type III and Ehlers-Danlos Syndrome Hypermobility Type] : Clinical description and natural history, in American Journal of Medical Genetics, 2017, 175C, p. 48 ss ; cf. Castori M./Tinkle B./Levy H./Grahame R./Malfait F./Hakim A., A framework for the classification of joint hypermobility and related conditions, in American Journal of Medical Genetics, 2017, 175C, p. 148 s. ; cf. Matthew B. Carroll, Hypermobility spectrum disorders : A review, in Rheumatology and Immunology Research [RIR] 2023, vol. 4. [2], p. 60). bbbb) Dans le cas particulier, on ignore comment la symptomatologie de l'assurée doit être qualifiée à la lumière de la classification instaurée en 2017. Il faut en outre souligner que cette question ne revêt pas qu'une importance théorique dans le cas d'espèce, puisque l'identification d'un diagnostic déterminé est une prémisse nécessaire pour se positionner ensuite quant à la portée concrète d'une telle qualification et aux conséquences objectives qui en découlent, ce également sous l'angle de l'interaction avec les autres pathologies constatées, dans le contexte spécifique de l'hypermobilité articulaire. Il faut rappeler à ce propos qu'en 2011, dans le cadre de la première demande de prestations de l'assurée, le Dr W.\_\_\_\_\_ avait expressément conclu à un diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée, fondant son appréciation sur la classification de Brighton. Ce médecin avait de surcroît souligné que ledit syndrome impliquait une perte de proprioception, une diminution de la résistance à la douleur et une diminution de la résistance à la fatigue qui s'ajoutaient aux troubles mécaniques purs caractéristiques de cette atteinte (cf. rapport du 21 juin 2011). L'instruction consécutive à la nouvelle demande de prestations du 14 novembre 2018 n'a cependant amené aucune appréciation médicale satisfaisante quant au trouble constaté en 2011 par le Dr W.\_\_\_\_\_. En effet, les médecins intervenus se sont limités à des diagnostics formulés de manière catégorique, sans développements objectifs ou explications quant à l'atteinte retenue et ses répercussions éventuelles. Ainsi, le Dr I.\_\_\_\_\_ a repris le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée, sans autre précision (cf. rapport du 25 mars 2019). Pour ce qui est du Dr M.\_\_\_\_\_, il a fait état d'un syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne au niveau des troubles lombaires et d'un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée au niveau des troubles articulaires (cf. rapports du

Dr M. \_\_\_\_\_ des 29 mars 2019, 1<sup>er</sup> novembre 2019, 17 juin 2020), avant de signaler plus généralement une hypermobilité articulaire en péjoration (cf. rapport du 14 novembre 2021), sans pour autant apporter d'analyse concrète sur la question. Les Drs B. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont, quant à eux, mentionné un lien entre les douleurs post-opératoires du pied droit et le syndrome diagnostiqué par le Dr W. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 23 janvier 2019). S'agissant du Dr Y. \_\_\_\_\_, il s'est limité à signaler un syndrome d'hyperlaxité ligamentaire (cf. rapport du 19 mars 2020). C'est par ailleurs un syndrome d'Ehlers-Danlos qui a été retenu par les Drs BB. \_\_\_\_\_ et CC. \_\_\_\_\_, sans motivation (cf. rapport du 13 octobre 2020). L'expert S. \_\_\_\_\_, pour sa part, a retenu une suspicion de syndrome d'hypermobilité articulaire en 2011, sans plus examiner la question, et a précisé qu'une consultation spécialisée rhumatologique avait été organisée à la recherche d'un syndrome d'Ehlers-Danlos (cf. rapport d'expertise orthopédique du 6 janvier 2021 p. 22 et rapport d'évaluation consensuelle du 6 janvier 2021 p. 5). C'est ainsi que la rhumatologue C. \_\_\_\_\_ est intervenue, pour confirmer dans un premier temps le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée tout en énumérant certaines problématiques associées (cf. rapport du 14 janvier 2021), avant de mentionner plus généralement des troubles du spectre de l'hypermobilité (cf. rapport du 23 juillet 2021) et d'évoquer en dernier lieu une hyperlaxité (cf. rapport du 3 mars 2023) ; la Dre C. \_\_\_\_\_ n'a toutefois à aucun moment explicité les critères et autres paramètres cliniques lui permettant d'identifier un diagnostic précis en la matière, pas plus qu'elle ne s'est déterminée sur les répercussions concrètes de l'atteinte retenue. Parallèlement, la Dre K. \_\_\_\_\_ a encore évoqué un syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne (cf. rapport du 10 octobre 2021) et les Drs AA. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 21 décembre 2021) et G. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 4 mars 2022) un syndrome d'Ehlers-Danlos. Force est de relever que les éléments versés au dossier ne permettent pas de déterminer clairement si le syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée identifié en 2011 par le Dr W. \_\_\_\_\_ satisfait aux critères prévalant depuis 2017 en matière de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, ou si ladite symptomatologie relève plutôt d'un trouble du spectre de l'hypermobilité. En particulier, faute d'examen approfondi, on ne peut objectivement appréhender l'ampleur des éventuelles manifestations qui pourraient être associées au diagnostic retenu, ni évaluer concrètement l'interaction entre l'hypermobilité articulaire et les autres comorbidités constatées – que ce soit au niveau articulaire, rachidien, neurologique ou pondéral. On notera plus spécifiquement que le Dr W. \_\_\_\_\_ a décrit en 2011 les problématiques associées au syndrome retenu à l'époque – à savoir des troubles mécaniques accompagnés d'une perte de proprioception, d'une diminution de la résistance à la douleur et d'une diminution de la résistance à la fatigue (cf. rapport du 21 juin 2011). Dans le cadre de la présente procédure, il apparaît plus concrètement que les médecins de l'assurée ont relevé une symptomatologie algique quasi constante, qu'un lien entre les douleurs du pied droit et le syndrome retenu par le Dr W. \_\_\_\_\_ a en particulier été mentionné par les Drs B. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 23 janvier 2019) et que le Dr J. \_\_\_\_\_ a quant à lui fait état de facteurs extra-orthopédiques et d'un syndrome algique (cf. rapport d'expertise du 17 mars 2019) ; une biopsie cutanée a de surcroît mis en exergue des signes de neuropathie des petites fibres en 2021, constellation qui peut s'inscrire dans le contexte d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile ou de troubles du spectre de l'hypermobilité (cf. Tinkle et al., op. cit., p. 52 ; cf. Castori et al., op. cit., p. 151 ; cf. Carroll op. cit. p. 62). Ces éléments n'ont cependant pas fait l'objet d'une appréciation médicale spécialisée, pas plus que leurs répercussions éventuelles du point de vue de

l'aptitude de l'assurée à exercer une activité lucrative. En l'état du dossier, les informations manquent donc pour se prononcer sur l'impact global de la symptomatologie liée à l'hypermobilité articulaire du point de vue de la capacité résiduelle de travail de la recourante et de ses limitations fonctionnelles. En ce sens, un complément d'instruction s'avère donc incontournable. fff) Il n'est pour le surplus pas contesté, s'agissant de l'aspect cardiologique également investigué par l'OAI, que le rapport du Dr AA. \_\_\_\_\_ du 21 décembre 2021 ne met en évidence aucune pathologie spécifique susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'assurée et que, sur ce point, on peut donc rejoindre l'appréciation émise sur le sujet par le Dr L. \_\_\_\_\_ (cf. avis médical SMR du 12 septembre 2022). ggg) Sur le vu des considérations qui précèdent, la Cour de céans retient, en résumé, que pour ce qui est de l'aspect somatique, l'expertise du Centre Q. \_\_\_\_\_, comportant exclusivement un volet orthopédique, ne permet pas d'appréhender les troubles physiques de la recourante dans leur globalité, ni de se positionner sur les répercussions qui en découlent du point de vue de la capacité de travail. On ne saurait donc, sur cette base, reconnaître sans autre à la recourante une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020. bb) Du point de vue psychique, l'OAI s'est fondé sur les conclusions de l'expert V. \_\_\_\_\_ du Centre Q. \_\_\_\_\_, niant la présence d'un quelconque trouble psychiatrique chez l'assurée et lui reconnaissant ipso facto, sous cet angle, une entière capacité de travail dans toute activité (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 6 janvier 2021 p. 28 à 30 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 6 janvier 2021 p. 5). aaa) Dans le cadre de son appréciation, l'expert V. \_\_\_\_\_ a relevé en particulier que l'intéressée n'avait pas de plaintes psychiques, que l'examen était dans les limites de la norme et que la tristesse éprouvée en lien avec le handicap physique constituait une réaction normale compte tenu de la situation (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 6 janvier 2021 p. 28 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 6 janvier 2021 p. 5). bbb) S'il est vrai que certains médecins somaticiens ont, quant à eux, évoqué l'installation d'un état dépressif (cf. rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 17 juin 2020 ; cf. rapport des Drs BB. \_\_\_\_\_ et CC. \_\_\_\_\_ du 13 octobre 2020), une baisse de l'humeur ou de la thymie et un probable syndrome dépressif sous-jacent (cf. rapport du Dr CC. \_\_\_\_\_ du 5 octobre 2021 ; cf. rapport de la Dre K. \_\_\_\_\_ du 10 octobre 2021), il reste que ces appréciations, qui n'émanent pas de médecins spécialistes en psychiatrie, ne sont pas étayées et ne mettent ainsi en lumière aucun élément médical objectif qui aurait échappé à l'expert V. \_\_\_\_\_. En revanche, il ressort du dossier que l'assurée a débuté une prise en charge psychologique et qu'elle a été adressée au Dr H. \_\_\_\_\_ pour une évaluation psychiatrique vraisemblablement en 2021, respectivement a dû consulter un psychiatre (cf. objections des 25 novembre 2021 et 11 mars 2022 ; cf. rapport du Dr CC. \_\_\_\_\_ du 5 octobre 2021 ; cf. rapport de la Dre K. \_\_\_\_\_ du 10 octobre 2021). D'une part, les raisons motivant la mise en œuvre d'un suivi psychologique sont peu claires, l'expert V. \_\_\_\_\_ ayant évoqué une tentative de perte de poids (cf. volet psychiatrique du rapport d'expertise du 6 janvier 2021 p. 21) alors que la recourante se réfère quant à elle à l'angoisse générée par sa situation « économique, morale et physique » (cf. objections du 25 novembre 2021). D'autre part et surtout, l'OAI n'a aucunement cherché à se voir remettre les conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_. S'il a certes été confronté au refus de ce psychiatre de se prononcer sur la capacité de travail de la patiente (cf. courrier du 15 août 2022), l'office n'en devait pas moins chercher à obtenir l'appréciation diagnostique de ce dernier médecin et la soumettre à son service médical ou, cas échéant, procéder à toute autre mesure d'instruction nécessaire pour pouvoir se déterminer sur l'hypothèse d'une décompensation psychique et

en apprécier la portée sous l'angle de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée. En s'abstenant d'agir de la sorte, l'OAI s'est prononcé sans savoir si les constatations du Dr H. \_\_\_\_\_ étaient susceptibles d'infirmer celles de l'expert V. \_\_\_\_\_ ou si elles pouvaient être révélatrices d'une symptomatologie psychiatrique développée après l'expertise. Sous cet angle, on doit donc admettre que l'intimé a statué sur la base d'une instruction insuffisante. Au surplus, seules des investigations supplémentaires permettront de déterminer si la symptomatologie algique de l'assurée doit être rattachée à une composante fibromyalgique (cf. rapport de la Dre C. \_\_\_\_\_ du 3 mars 2023 [certes postérieur à la décision attaquée mais dont il n'est pas exclu qu'il puisse concerner la situation antérieure à celle-ci, cf. TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les références citées]) et donner lieu à un examen fondé sur la grille d'évaluation normative et structurée définie à l'ATF 141 V 281 (cf. TF 9C\_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.2), ou si une autre composante doit entrer en considération à cet égard, telle l'hypermobilité articulaire (cf. consid. 7b/aa/eee supra). cc) Il apparaît, en définitive, que l'instruction diligentée par l'intimé est mise en doute par les éléments au dossier et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. Autrement dit, on ignore si, comme le soutient l'OAI dans la décision entreprise, la capacité de travail de la recourante peut être fixée à 50 % dans une activité adaptée à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020 ou si seul un taux d'activité moindre – voire nul, comme l'intéressée le soutient – doit être considéré comme exigible. 8. a) Des considérants qui précèdent, il résulte que les faits pertinents ont été investigués de manière insuffisante et que l'instruction doit par conséquent être complétée sur le plan médical, afin que l'état de santé de la recourante soit appréhendé dans sa globalité, tout sous l'angle des diagnostics – somatiques et/ou psychiques – pertinents que sous l'angle de leur interaction et de leurs répercussions éventuelles du point de vue de la capacité de travail exigible. Vu les présentes circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI (à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA), cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA, comportant à tout le moins des volets orthopédique, rhumatologique, neurologique et psychiatrique – étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante. b) Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant les arguments des parties, ni de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante. En particulier, dès lors que le taux d'activité exigible de la recourante au-delà du 30 septembre 2020 doit faire l'objet d'une instruction complémentaire, il n'y a conséquemment pas lieu de se prononcer à ce stade sur son droit à des mesures professionnelles. 9. a) Il s'ensuit que le recours doit être admis. La décision attaquée doit en conséquence être maintenue s'agissant du droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2019 au 30 septembre 2020 et annulée pour le surplus, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, compte tenu de l'issue du litige. Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient

d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la partie recourante.

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