

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mars 2026

Composition : Mme LIVET, présidente
Mmes Pasche et Durussel, juges
Greffière : Mme Matthey

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28a LAI ; 88a al. 1 RAI.

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, divorcée et mère de quatre enfants, au bénéfice d'un CFC de couturière, travaillait en cette qualité à 50 % auprès de l'entreprise C._____, à A***.

Le 27 août 2019, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de cervico-scapulalgies droite aspécifiques, d'épicondylalgie latérale droite, d'un syndrome du tunnel carpien droit, d'une bursite trochantérienne et d'un état dépressif, qui engendraient une incapacité de travail totale depuis le 12 février 2019.

Avec son envoi, elle a produit un formulaire établi par son assureur perte de gain et complété le 27 mai 2019 par la Dre D._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, selon lequel elle souffrait de paresthésies nocturnes depuis plusieurs années à la main droite, la symptomatologie ayant augmenté au début de l'année 2019 avec apparition de douleurs exacerbées par les efforts, lâchages antalgiques et gênes sensitives également diurnes. Un examen neurologique ainsi qu'un électromyogramme (EMG) avaient confirmé le diagnostic de compression du nerf médian au tunnel carpien droit. Une opération du tunnel carpien avait eu lieu le 26 mars 2019. L'évolution de la main droite était tout à fait favorable, sans douleurs, paresthésies, ni troubles sensitifs ; la patiente avait récupéré une bonne fonction des doigts et de la main. La médecin précitée a en outre indiqué que, dès la première consultation, sa patiente avait présenté une épicondylite droite assez typique, qui avait été infiltrée les 8 avril et 10 mai 2019, avec immobilisation plâtrée du coude pour augmenter l'effet. L'incapacité de travail actuelle était en relation avec l'épicondylite droite très résistante aux traitements. La Dre D._____ a ainsi attesté une incapacité de travail totale depuis le 26 mars 2019.

Selon le questionnaire pour l'employeur dûment rempli par le représentant de C._____ le 14 octobre 2019, l'assurée percevait un revenu annuel de 29'280 fr. depuis le 1^{er} juillet 2017.

Répondant le 15 octobre 2019 au questionnaire de détermination du statut soumis par l'OAI, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle exercerait une activité professionnelle à 50 % depuis le 20 mars 2017 en tant que couturière, par nécessité financière. Les 50 % restants seraient consacrés au ménage et à l'éducation de ses enfants.

Le 6 avril 2020, le Dr F._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a expliqué à l'OAI qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis juin 2019. Il a transmis les pièces suivantes :

- un rapport établi le 29 mai 2019, par lequel il a posé les diagnostics de cervico-scapulalgies droites aspécifiques, d'épicondylalgie latérale droite, de syndrome du tunnel carpien droit opéré le 26 mars 2019, de syndrome douloureux de la péri-hanche droite avec bursite trochantérienne, infiltrée sous ultrason le 29 mai 2019, et d'état dépressif réactionnel aux problèmes de santé actuels. Le Dr F._____ a indiqué que l'évolution n'avait pas été favorable, malgré la prescription de physiothérapie. Il a ainsi préconisé un séjour de réhabilitation multimodale au Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) ;

- un rapport du 29 août 2019 lui étant adressé, par lequel le Prof. E._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale et chef de service au Service de rhumatologie du CHUV, a posé les diagnostics de douleurs inguinales à droite, *a priori* dans le cadre d'une coxarthrose, et de douleurs à la péri-hanche droite avec myotendinopathie généralisée (diagnostic différentiel dans le cadre de la ménopause, syndrome douloureux chronique, actuellement pas d'évidence pour une myosite ou une maladie inflammatoire, possible syndrome post by-pass gastrique en 2016). Le Prof. E._____ a noté que l'assurée serait hospitalisée dans un programme multimodal ; il compléterait le bilan avec une IRM de la hanche droite pour exclure une nécrose, ainsi qu'avec une infiltration test de la hanche droite.

Dans un rapport du 13 mai 2020 à l'OAI, la médecin traitante de l'assurée, la Dre K. _____, a posé les diagnostics de cervico-scapulalgies droite sur conflit sous-acromial à droite, petite rupture transfixiante du tendon sous-scapulaire et de la portion conjointe des tendons sus- et sous-épineux depuis environ 2017, de syndrome du tunnel carpien droit opéré le 26 mars 2019, de syndrome douloureux régional du grand trochanter avec bursite trochantérienne infiltrée sous ultrason à plusieurs reprises mais sans succès, extrêmement invalidant, de coxarthrose débutante à droite, de troubles du sommeil avec hyperfragmentation, d'état anxiodépressif de longue date traité, nette réactivation depuis la pathologie somatique, de déconditionnements musculaires notamment des extenseurs du tronc, de malaises vasovagaux extrêmement sévères avec perte de connaissance lors des exacerbations douloureuses depuis l'été 2019, et d'épicondylite droite infiltrée depuis avril 2019. La médecin précitée a exposé que sa patiente avait séjourné au CHUV du 9 au 20 septembre 2019, date de son retour à domicile ; les douleurs avaient malheureusement persisté et il n'avait pas été possible d'envisager un retour à son travail, ce d'autant plus que l'intéressée avait été licenciée. La Dre K. _____ a organisé un CT-scan cérébral, dont les résultats se sont révélés tout à fait rassurants, ainsi qu'une infiltration cortisonée de la bursite sous-acromiale à droite ; elle n'avait pas revu sa patiente depuis ce geste. Elle a attesté une incapacité de travail totale depuis le 12 février 2019, le pronostic étant, en l'état, défavorable.

Sur demande de l'OAI, le Service de rhumatologie du CHUV a transmis, le 18 août 2020, un rapport du 2 octobre 2019, par lequel le Prof. E. _____ a attesté que la patiente avait séjourné dans son service du 9 au 20 septembre 2019 et a posé les diagnostics de syndrome douloureux régional du grand trochanter avec coxarthrose débutante droite, trouble du sommeil avec hyperfragmentation et dépression, de conflit sous-acromial à droite et de déconditionnement musculaire, notamment des extenseurs du tronc. Le Prof. E. _____ a noté que l'assurée avait participé à un séjour multimodal de précision diagnostic et de rééducation, lors duquel elle avait pris part à diverses thérapies ; elle s'était montrée pleinement motivée et participative. Une infiltration intra-articulaire au niveau de la hanche droite

avait été réalisée, ce qui avait diminué les douleurs inguinales mais n'avait pas amélioré la situation au niveau de la hanche ; la péri-hanche était donc la principale responsable de la symptomatologie. Sur le plan psychiatrique, le médecin précité a indiqué que, d'après ses collègues psychiatres, l'intéressée présentait une symptomatologie actuelle très légère ; ceux-ci proposaient une fenêtre thérapeutique avec le Citalopram. Le Prof. E._____ a ainsi préconisé un programme de reconditionnement physique en ambulatoire, avec la poursuite de la physiothérapie et des thérapies manuelles, ainsi qu'un contrôle en médecine physique ou en médecine du sport d'ici trois mois en cas d'évolution non favorable.

Par avis du 23 septembre 2020, le médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a préconisé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et en médecine interne), puisque le dossier ne permettait pas de savoir si une capacité de travail dans une activité adaptée était possible, à quel terme et en respectant quelles limitations fonctionnelles.

L'OAI a par conséquent confié la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au centre d'expertise Z._____ SA (ci-après : le Z._____). L'assurée y a été examinée le 13 janvier 2021 par le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et par la Dre G._____, spécialiste en rhumatologie, et le 15 janvier 2021 par le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale. Par rapport d'expertise du 25 mars 2021, les médecins précités ont fait part de ce qui suit dans leur évaluation consensuelle [sic] :

« 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Prothèse totale de la hanche droite le 29.01.2021 pour coxarthrose droite invalidante, M16.9
- Douleurs diffuses de l'hémicorps droit d'origine inexpliquée, R51.2
- Tendinopathie de l'épaule droite avec minime rupture, M75.1
- Dysthymie, F34.1
- Trouble du comportement alimentaire, F50
- Trouble somatoforme persistant, F45.4
- Hypotension artérielle, 195.0

- Status après mise en place d'un anneau gastrique en 1998
- Status après ablation d'un anneau gastrique et mise en place d'un bypass gastrique en 2015 avec cholécystectomie. Dans les suites opératoires, sténose de l'anse après 1 mois nécessitant une dilatation
- Plusieurs interventions chirurgicales esthétiques avec mise en place de prothèses mammaires bilatérales, changées en 2020, et abdominoplastie

4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Au niveau psychiatrique, les limitations sont une diminution de sa résistance et de son endurance en raison de la fatigue alléguée sur le plan de son métier de couturière, fatigabilité accrue.

Au niveau rhumatologique, l'expertisée vient de subir une intervention chirurgicale de la hanche droite, pendant 3 à 6 mois elle sera en physiothérapie et arrêt de travail complet, incapacité à la station debout prolongée, pas d'efforts physiques importants, avec en particulier sans efforts répétitifs avec le membre supérieur droit. Elle est apte à un travail en position assise.

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Il n'y a pas de trouble de la personnalité. On peut retenir un trouble du comportement alimentaire avec autrefois obésité.

4.5. Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Madame B. _____ peut structurer des tâches qu'elle doit faire. Ses capacités de changement sont limitées, semble-t-il, par les phénomènes algiques ou somatoformes. Elle peut prendre des décisions, elle n'a pas de trouble du discernement. Elle n'a pas de difficulté à tenir un dialogue ou établir des contacts avec tes autres. Elle peut vivre en groupe. Elle prend soin d'elle-même puisque récemment elle a bénéficié d'une nouvelle chirurgie plastique au niveau mammaire, et des bras.

4. 6. Contrôle de cohérence

Au niveau psychiatrique si sa souffrance est plausible, l'expression d'une problématique névrotique est à envisager.

Au niveau rhumatologique, il y a des incohérences entre les lésions anatomiques et l'importance des répercussions fonctionnelles telles que décrites, ressenties et constatées, car, si l'atteinte scapulaire est susceptible de générer une limitation douloureuse, elle ne devrait pas l'être à ce point, et en plus l'absence d'amyotrophie atteste d'une fonctionnalité préservée.

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Au niveau psychiatrique, 100% du taux horaire avec diminution du rendement de 20%, donc 80% de capacité de travail depuis le 12.02.2019.

Au niveau rhumatologique, l'expertisée vient de subir le 29.01.2021 une intervention chirurgicale de prothèse totale de la hanche droite pour coxarthrose invalidante, raison pour laquelle elle aura une

capacité de travail à 0% entre 3 à 6 mois. L'évaluation se fera à ce moment-là. En ce qui concerne sa pathologie scapulaire, elle a une capacité de travail purement de couture à 50% sans repassage et avec une perte de rendement, soit à ce jour une capacité de 10 heures par semaine, soit 50% de son temps de travail habituel et de 25% d'un temps de travail complet. Cette incapacité est présente depuis le 26.03.2019.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

Idem.

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Elle est d'origine psychiatrique avec une diminution du rendement de 20% et surtout d'origine rhumatologique dans le cadre de ses problèmes au niveau de l'épaule droite et de la mise en place de la prothèse totale de la hanche droite.

4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Au niveau rhumatologique, l'expertisée vient de subir la mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite avec une physiothérapie qui devra se poursuivre entre 3 et 6 mois selon évolution.

Au niveau de la psychiatrie, le traitement psychotrope est toujours le même depuis de nombreuses années, il pourrait être réadapté. Il nous paraîtrait nécessaire d'accompagner l'expertisée dans une démarche psychothérapique. »

Par avis du 10 juin 2021, le médecin du SMR a relevé que l'expertise avait été réalisée à un moment où l'assurée était en incapacité de travail totale du fait d'une chirurgie orthopédique à la hanche droite. A six mois de l'intervention, soit aux alentours du mois de juillet 2021, une stabilisation était attendue. Ainsi, selon lui, au vu du peu de répercussions professionnelles dans les axes psychiatriques (perte de rendement de 20 %) et de médecine interne (pas d'atteinte incapacitante), il convenait de réinterroger l'orthopédiste pour clarifier les limitations fonctionnelles et les capacités de travail résiduelles dans son axe. Le médecin du SMR a noté que les autres diagnostics retenus au sujet du membre supérieur droit (tendinopathie de coiffe, status post épicondylite ou tunnel carpien) ne paraissaient toujours pas justifier d'empêchements majeurs dans une activité adaptée plus légère en termes de sollicitation de ce membre que couturière. Dans un second temps, il estimait qu'un complément aux experts pourrait être discuté afin de clarifier l'évolution de l'incapacité de

travail depuis le 23 septembre 2020. Dans l'immédiat, il a préconisé que les chirurgiens ayant opéré l'assurée lui fassent parvenir les rapports liés aux récentes consultations et de répondre à certaines questions relatives notamment à la stabilisation de l'état de santé, aux limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la patiente.

Le 15 juin 2021, le secrétariat de l'Hôpital de S***, à V***, a en particulier transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport du 3 février 2021, par lequel le Dr I._____, médecin chef à l'Hôpital de S***, et la Dre J._____, spécialiste clinique, ont posé le diagnostic de coxarthrose avancée droite. Ils ont expliqué qu'une intervention sous la forme d'une implantation de prothèse totale de hanche (PTH) par voie antérieure avait été réalisée le 29 janvier 2021, sans complication. Ils ont attesté une incapacité de travail totale du 29 janvier au 12 mars 2021 ;

- un rapport établi le 4 mai 2021, dans lequel le Dr I._____ a noté qu'à trois mois de l'opération, la patiente se montrait très satisfaite et ne signalait plus que des douleurs musculaires déjà présentes avant l'opération, qui s'étendaient de la partie antérieure de la cuisse jusqu'au pied ; les cicatrices étaient non-irritantes, sans rougeurs ni échauffement et sans sensibilité à la palpation locale. Une radiographie du bassin du 30 avril 2021 montrait que la prothèse était toujours bien en place, sans frittage secondaire. Le Dr I._____ a noté que les symptômes préexistants dans la région de la cuisse jusqu'au pied étaient éventuellement liés à la colonne vertébrale, cette hypothèse devant être discutée entre la patiente et sa médecin traitante. Il a également indiqué que l'intéressée présentait des douleurs au niveau de l'articulation de l'épaule droite, pour lesquelles elle était suivie par un rhumatologue proche de son domicile ; si elle souhaitait obtenir un deuxième avis, elle pouvait prendre rendez-vous à l'Hôpital de S***. De son côté, le Dr I._____ avait prévu de revoir sa patiente pour un contrôle clinique et radiologique un an après l'opération.

Aux termes d'un rapport du 7 juillet 2021, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de déséquilibre scapulo-thoracique de l'épaule droite, associé à un conflit sous-acromial. Il a préconisé la réalisation d'une arthro-IRM et a déclaré qu'il organiserait la suite en fonction du résultat de cet examen complémentaire.

Dans un rapport du 30 juillet 2021 à l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé suivre l'assurée depuis le 27 avril 2021 en raison d'entorses répétitives de la cheville droite avec des douleurs résiduelles du tarse. Après avoir réalisé une IRM et des radiographies de la cheville droite le 5 mai 2021, les diagnostics d'épaississement séquellaire du faisceau fibulo-talien antérieur et de déchirure partielle postérieure du faisceau profond du ligament deltoïde ont été posés. Le médecin susmentionné a noté avoir effectué le 26 mai 2021 une infiltration cortisonique du sinus du tarse de la cheville droite ; à trois semaines de l'infiltration, l'évolution était plutôt favorable avec une régression significative de la symptomatologie algique.

Dans un rapport du 19 août 2021, le Dr L._____ a indiqué avoir suivi l'assurée depuis le 23 juin 2021. Il a posé le diagnostic de capsulite rétractile à l'épaule droite depuis plus de six mois ayant nécessité des infiltrations et un suivi par la médecin traitante et en antalgie. Les limitations fonctionnelles étaient liées à une raideur et des douleurs à l'épaule. Le suivi avait cessé le 16 août 2021.

Par avis du 26 août 2021, le médecin du SMR a relevé que les volets psychiatrique et de médecine interne de l'expertise du Z._____ étaient cohérents et convaincants, en ce sens que les pathologies influençant la capacité de travail étaient essentiellement rhumatologiques, les atteintes rhumatologiques n'étant pas stabilisées au moment de l'expertise. Les orthopédistes interrogés à distance de l'expertise ne se prononçaient quant à eux pas sur la capacité de travail, même s'ils retenaient une évolution favorable au niveau de la hanche et de la cheville

droites et un arrêt du suivi pour l'épaule droite. Ainsi, le médecin du SMR a préconisé la réalisation d'un examen rhumatologique.

L'assurée a par conséquent été examinée le 13 septembre 2021 par un médecin du SMR spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation. Par rapport d'examen clinique rhumatologique du 28 septembre suivant, celui-ci a posé le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail d'omalgies droite chroniques dans un contexte de vraisemblable conflit sous-acromial (M75.4) et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status post pose de prothèse totale de hanche droite pour coxarthrose, de status post cure de tunnel carpien droit, de fibromyalgie et d'antécédent personnel d'entorse de la cheville droite, sans signe de gravité. Il a estimé que les limitations fonctionnelles liées au membre supérieur droit (MSD) consistaient en les mouvements d'adduction-abduction répétés du membre supérieur droit, pas de travail prolongé au-delà de l'horizontale, pas de port de charges en bimanuel de plus de cinq kilos, et pas de soulèvement de charges de plus de deux kilos avec le MSD. S'agissant du status post prothèse totale de la hanche droite, il engendrait également des limitations fonctionnelles en ce sens qu'il convenait d'éviter que l'assurée ne chute et qu'elle ne travaille en position accroupie ou à genoux prolongée. Le médecin du SMR a retenu que l'intéressée était en incapacité de travail totale depuis le 12 février 2019 en raison d'une cure de tunnel carpien à droite ; elle n'avait pas repris son activité professionnelle à cause de douleurs diffuses au MSD, mises en relation avec un conflit sous-acromial droit, puis, plus récemment, avec un déséquilibre scapulothoracique, associé à un conflit sous-acromial, selon la dernière consultation orthopédique à disposition du Dr L. _____ du 23 juin 2021. Il a estimé que l'incapacité de travail totale persistait dans l'activité habituelle de couturière, qui ne respectait pas les limitations fonctionnelles d'épargne du MSD. Concernant la capacité de travail exigible, le médecin du SMR a retenu une exigibilité de 100 % à six mois post opératoire de la prothèse totale de hanche, soit dès le début du mois d'août 2021. Selon le médecin du SMR, les atteintes au MSD justifiaient des limitations fonctionnelles mais pas de diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée, au vu notamment des incohérences relevées entre

l'importance des allégations douloureuses et les constatations objectivables. Il a également précisé ne pas retenir le diagnostic de capsulite rétractile posé par le Dr L._____ le 19 août 2021, ce diagnostic n'apparaissant pas dans son rapport de consultation détaillé du 23 juin 2021. A son sens, les difficultés de l'assurée à utiliser son MSD et les hémicorporalgies droites étaient en relation avec la fibromyalgie qu'elle présentait. Globalement, le médecin du SMR a retenu une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, en tenant compte des conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr A._____ le 13 janvier 2021, et ce depuis le 1^{er} août 2021.

Aux termes d'un certificat médical du 29 novembre 2021, la Dre N._____, médecin assistante au sein du Département de psychiatrie du CHUV, a exposé que l'assurée était hospitalisée dans son service depuis le 23 novembre 2021 pour une durée indéterminée.

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 1^{er} mars 2022 au domicile de l'assurée. Aux termes du rapport y relatif du même jour, l'évaluateur de l'OAI a proposé de retenir un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 %. A cet égard, il a expliqué que l'assurée avait toujours travaillé à 80 % ; s'étant retrouvée en fin de droit au chômage, elle avait accepté un emploi à 50 %, tout en espérant trouver un complément ou un autre emploi. Ledit rapport a également retenu des empêchements ménagers totalisant 43,3 %.

Le 2 mai 2022, sur demande de l'OAI, le Département de psychiatrie du CHUV a produit un rapport établi le 22 décembre 2021 relatif au séjour de l'assurée dans ce département du 23 au 30 novembre 2021, date de son retour à domicile. Dans ce rapport, les Drs P._____, médecin associé, Q._____, cheffe de clinique adjointe, et N._____, ont posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte. Ils ont indiqué que la patiente leur avait été adressée par sa médecin traitante pour mise à l'abri d'idées suicidaires verbalisées le 23 novembre 2021. La patiente n'ayant pas été à l'aise dans l'unité psychiatrique de l'hôpital, elle avait programmé un rendez-vous auprès d'un psychiatre et demandé sa sortie. Les médecins

précités ont noté que la thymie de l'intéressée était diminuée ; le sommeil et l'appétit n'étaient pas dans la norme ; il n'existait toutefois pas d'idée suicidaire.

Le 10 juin 2022, la Dre R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 15 décembre 2021 ; en ce moment, elle voyait sa patiente de manière hebdomadaire. La psychiatre a posé le diagnostic incapacitant de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent et les diagnostics non incapacitants de trouble de la personnalité à traits dépendants et de malaises vasovagaux. La baisse de l'estime de soi constituait une limitation fonctionnelle. Elle a attesté une incapacité de travail totale depuis le 15 décembre 2022 (*recte* : 2021).

Par avis du 13 juillet 2022, le médecin du SMR a estimé que les nouveaux documents au dossier ne permettaient pas de modifier la position du SMR. Il a constaté que les diagnostics retenus au plan psychique par les psychiatres du CHUV et la psychiatre traitante correspondaient à ceux posés par l'expert du Z._____. La seule discordance diagnostique concernait le trouble de la personnalité retenu par la Dre R._____, néanmoins sans répercussion sur la capacité de travail. Il a observé que le traitement antidépresseur était toujours instauré par la médecin traitante et que le suivi psychiatrique conseillé par le Dr A._____ lors de l'expertise était en cours depuis la fin de l'année 2021, ce qui pouvait entraîner une évolution favorable sur le plan psychique. Par ailleurs, l'évaluation ménagère réalisée le 1^{er} mars 2022 démontrait que l'assurée était autonome dans les activités de la vie quotidienne et dans les limites de ses limitations fonctionnelles somatiques, elle gérait de manière indépendante son administratif et aidait son fils avec ses devoirs. Le médecin du SMR a constaté qu'il existait une dysthymie de longue date évoluant dans le contexte d'un trouble du sommeil, de troubles alimentaires et de phénomènes algiques somatoforme et une fibromyalgie pour lesquels aussi bien l'expert psychiatre que le médecin examinateur rhumatologue avaient retenu une baisse de la capacité de travail dans une activité adaptée de 20 %. Ces troubles existaient de longue date avec des décompensations

réactionnelles aux évènements de la vie (perte d'emploi, raison sentimentale).

Par projet de décision du 14 juillet 2022, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2020 au 31 octobre 2021. Il a considéré que cette dernière présentait une incapacité de travail durable depuis le 12 février 2019 et que le 12 février 2020, à l'issue du délai de carence d'une année, son incapacité de travail était encore totale dans toute activité lucrative. L'évaluation ménagère du 1^{er} mars 2022 fixait quant à elle le statut de l'intéressée à 80 % active et 20 % ménagère et les empêchements ménagers à 43,3 %. Le taux d'invalidité pour la part active était donc de 80 % et de 8,66 % pour la part ménagère, ce qui ouvrait le droit à une rente entière. L'OAI a ensuite constaté qu'à partir du mois d'août 2021, l'assurée présentait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements d'adduction-abduction répétés du MSD, pas de travail prolongé au-delà de l'horizontale, pas de port de charges en bimanuel de plus de cinq kilos, pas de soulèvement de charges de plus de deux kilos avec le MSD, éviter les chutes ou position accroupie ou à genoux prolongée). Se fondant sur un revenu sans invalidité de 59'500 fr. en tant que couturière à 100 % et sur un revenu d'invalidité de 44'847 fr. 72 (basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] de 2018, dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger à 80 %, indexé à 2021), le degré d'invalidité pour la part active s'élevait à 19,70 %, soit un degré d'invalidité total de 28,36 % si l'on y ajoutait le degré d'invalidité de 8,66 % pour la part ménagère, ce qui n'était plus suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le droit à la rente entière devait ainsi s'éteindre au 1^{er} novembre 2021.

Le 26 juillet 2022, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle souhaitait lui faire part de ses objections à l'encontre du projet de décision susmentionné.

Le 3 octobre 2022, l'assurée, désormais représentée par Procap Suisse, Service juridique, a fait part de ses objections. Elle a soutenu que

l'expertise psychiatrique menée par le Z._____ était critiquable, en ce sens qu'elle n'avait pas fait l'objet d'une procédure probatoire structurée selon les indicateurs standards. Elle a également reproché au médecin du SMR ayant effectué l'examen rhumatologique le 13 septembre 2021 de ne pas avoir tenu compte de ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique et d'avoir ainsi considéré qu'elle était apte à travailler dans une activité adaptée à 100 %. L'assurée a également fait valoir que le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas non plus fait l'objet d'une procédure probatoire structurée. L'assurée a encore produit les pièces suivantes, qui démontraient que son état de santé n'était pas stabilisé et que plusieurs examens allaient encore être réalisés :

- un rapport du 15 septembre 2022, dans lequel le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir vu la patiente la première fois le 13 septembre 2022, en raison d'une dyskinésie scapulaire droite avec suspicion d'un CRPS (*complex regional pain syndrom*) du membre supérieur droit (en cours d'investigation) avec tendinopathie du supra-épineux droit. Il a indiqué que l'évolution était stagnante, malgré la physiothérapie et plusieurs infiltrations, sans aucune efficacité. Il existait une incapacité à effectuer une activité avec sollicitation du MSD ; la situation clinique n'était en outre pas stabilisée, de sorte qu'une reprise du travail dans une activité adaptée n'était pas réalisable. Le médecin précité estimait qu'après stabilisation de l'état de santé, l'assurée pourrait reprendre une activité adaptée, vraisemblablement pas à temps complet ;

- un rapport établi le 23 septembre 2022, par lequel la Dre K._____ a observé que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, avec des douleurs à l'épaule droite de plus en plus invalidantes et exacerbées ces dernières semaines qui l'handicapaient dans tous les actes de la vie quotidienne. Devant la persistance de ces douleurs, elle l'avait envoyée pour un deuxième avis auprès du Dr S._____, lequel suspectait une algoneurodystrophie de l'épaule ; un bilan radiologique et neurologique étaient nécessaires. La médecin traitante a expliqué que l'assurée ne pouvait pratiquement pas utiliser son épaule droite, la limitation étant

présente dans toutes les amplitudes. Il lui était difficile de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, étant donné que sa patiente était couturière. Elle était d'avis que celle-ci ne présentait pas une fibromyalgie, puisqu'il était très inhabituel de présenter une hémicorporalgie, surtout au niveau de deux articulations sévèrement atteintes dans leur anatomie.

Par avis du 14 novembre 2022, le médecin du SMR a noté que le Dr S._____ posait un nouveau diagnostic de syndrome douloureux régional complexe en cours de bilan radiologique et neurologique. Il a estimé que l'instruction devait être complétée en récupérant les résultats du bilan scintigraphique et en adressant un questionnaire au neurologue.

Dans un rapport du 3 novembre 2022 transmis à l'OAI le 24 novembre suivant, le Dr S._____ a indiqué que sa patiente l'avait consulté à la suite d'une scintigraphie du MSD dans le cadre d'une suspicion d'un CRPS, ainsi que d'un examen neurologique effectué par le Dr U._____, spécialiste en neurologie, qui ne démontrait pas de neuropathie du membre supérieur. La scintigraphie révélait des signes d'algoneurodystrophie atypique du MSD. Le médecin précité proposait de continuer à privilégier le traitement conservateur par de l'ergothérapie pour l'épaule droite. Pour ce qui était de son aptitude au travail, le pronostic restait inchangé, à savoir que la patiente ne serait plus apte à effectuer une activité professionnelle avec efforts (maximum deux à cinq kilos) avec mobilisation répétée du MSD ou avec mobilisation de l'épaule droite au-dessus du buste. Le Dr S._____ a encore mentionné que sa patiente présentait une boiterie avec des lombosciatalgies droites, dans le contexte d'une PTH droite effectuée en 2021, avec une symptomatologie en l'état plus invalidante que le MSD.

Par rapport du 26 janvier 2023 à l'OAI, le Dr U._____ a expliqué avoir vu l'assurée à une reprise le 1^{er} novembre 2022 dans le cadre d'un consilium. Il a indiqué que la patiente rapportait une aggravation de la douleur, qui descendait maintenant aussi dans le territoire cubital jusque dans le quatrième et cinquième doigts de la main droite ; il existait

également un décollement de l'omoplate droite. Les examens neurologiques réalisés ne mettaient pas en évidence de lésion nerveuse au niveau du membre supérieur droit. Le Dr U._____ a ainsi posé le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de dyskinésie scapulaire droite avec suspicion d'un CRPS, sans anomalie à l'examen électrophysiologique, et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de status après cure chirurgicale d'un syndrome du tunnel carpien droit en 2019, status après by-pass gastrique en 2015, status après prothèse totale de la hanche droite en 2020 et tendinopathie du supra-épineux droite.

Par avis du 13 mars 2023, le médecin du SMR a relevé que la scintigraphie osseuse ne montrait pas de résultat typique en lien avec une algoneurodystrophie ; le Dr S._____ ne retenait d'ailleurs pas une aggravation et faisait état de limitations fonctionnelles inchangées du MSD. Concernant le bilan neurologique, l'examen électrophysiologique était normal et démontrait une absence d'atteinte neurologique. Ainsi, le médecin du SMR a constaté un tableau clinique inchangé.

Le 17 mars 2023, l'assurée, représentée par Procap Suisse, Service juridique, a produit un rapport établi le 8 mars 2023, dans lequel le Dr BB._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé que l'IRM et les radiographies lombaires du 16 février 2023 montraient une bonne statique de la colonne, sans trouble statique, ainsi que la présence d'une prise de contraste facettaire L4-L5 avec une sténose foraminale sur un kyste facettaire qui comprimait la racine L5 droite dans son foramen. Il estimait que les douleurs que présentait l'assurée étaient tout à fait explicables par ces examens. Une prise en charge infiltrative devait être effectuée et une prise en charge chirurgicale, consistant probablement en une spondylodèse, pouvait également être envisagée. Il remerciait donc le Prof. V._____, spécialiste en radiologie, de bien vouloir convoquer l'intéressée à sa consultation pour discuter de la suite.

Par avis du 2 mai 2023, le médecin du SMR a estimé qu'il convenait d'adresser un questionnaire au Prof. V._____.

Par rapport du 24 mai 2023 à l'OAI, le Prof. V._____ a posé le diagnostic impactant la capacité de travail de lombosciatalgies droites invalidantes, avec un score de 79 sur l'échelle de Québec correspondant à un « retentissement majeur ». Il a indiqué que les limitations fonctionnelles consistaient en le port de charges et la flexion-rotation du tronc. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de sa patiente, il estimait qu'il convenait d'attendre le résultat des infiltrations effectuées. Avec son envoi, il a joint le rapport qu'il avait adressé le 17 mai 2023 au Dr BB._____, dans lequel il avait noté que l'intéressée souffrait d'une lombosciatalgie droite de territoire L5 dont celle-ci estimait l'intensité douloureuse à 8/10 sur l'échelle EVA, cette symptomatologie durant depuis plusieurs mois. Le Prof. V._____ a estimé que l'origine de cette symptomatologie était en rapport avec la décompensation congestive zygapophysaire postérieure ayant produit ce petit kyste ; il y avait lieu dans un premier temps de proposer une simple infiltration facettaire en espérant que cela puisse assécher le kyste et diminuer la symptomatologie de la patiente.

Par avis du 22 juin 2023, le médecin du SMR a estimé qu'une fois la phase aiguë de lombalgie maîtrisée par l'infiltration, il n'existait aucune raison que l'assurée ne puisse pas exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de membres inférieurs ainsi que du rachis (type sédentaire) à 80 %. Il convenait donc d'attendre la stabilisation ensuite de l'infiltration et de réinterroger le Dr BB._____ et le Prof. V._____ afin de connaître l'évolution post infiltration, ou si une sentence chirurgicale était retenue.

Le 14 juillet 2023, le Prof. V._____ a expliqué à l'OAI que trois semaines après l'infiltration, la symptomatologie était revenue aussi intense qu'elle l'était précédemment. Une prise en charge chirurgicale avait été décidée avec le Dr BB._____ le 20 septembre suivant, étant donné la récurrence après un traitement conservateur bien suivi. Selon lui, la patiente restait incapable d'avoir une vie normale en raison de cette

symptomatologie, avec une limitation dans toutes les activités quotidiennes ; toute flexion du tronc, mobilisation ou position assise ou debout tenue immobile était impossible chez cette patiente.

Aux termes d'un rapport du 3 août 2023 à l'OAI, le Dr BB. _____ a noté que l'évolution était stable. Une prise en charge chirurgicale avait été décidée pour septembre 2023 pour décompression et résection du kyste facettaire L5-S1 droit. Le médecin précité a posé le diagnostic de lombosciatique droite sur un kyste facettaire L5-S1 et de lombalgies chroniques et exposé que sa patiente était « toujours à l'arrêt à 100 % ».

Le 25 janvier 2024, le Dr BB. _____ a informé l'OAI que, pour des raisons de santé générale, la patiente n'avait pas pu être opérée en septembre 2023. Il l'avait revue dernièrement et les symptômes étaient toujours identiques. Une opération devait être agendée au printemps.

Aux termes d'un rapport du 19 mars 2024, le Prof. O. _____, chef du Centre d'Antalgie et de Neuromodulation de l'Hôpital de G*** a indiqué que la chirurgie agendée l'année précédente par le Dr BB. _____ avait été reportée en raison de troubles vaso-vagaux ; une répétition de l'IRM avait toutefois noté une résorption du kyste et une amélioration des symptômes. Le médecin précité a expliqué que sa patiente décrivait des douleurs modérées évaluées à 5/10 sur la jambe et 7/10 sur l'épaule, douleurs avec des fourmillements « des trois petits doigts » du MSD. Sur le plan fonctionnel, la patiente était limitée à une marche de 800 mètres, elle ne pouvait soulever que des objets assez légers, elle ne pouvait pas se tenir debout plus d'une demi-heure et sa qualité de vie était péjorée de façon majeure. Toutes les interventions thérapeutiques pour les douleurs n'avaient, selon les dires de l'assurée, apporté aucune amélioration ; celle-ci souhaitait essayer la stimulation magnétique transcrânienne.

Par avis du 18 juin 2024, le médecin du SMR a constaté qu'au regard du dossier en l'état, le tableau clinique et les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires restaient inchangés évoluant dans le

contexte d'un trouble somatoforme persistant déjà retenu par l'expert psychiatre en 2021, pour lequel les traitements antalgiques étaient inefficaces. Les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, confirmées par l'examen du SMR en 2021, restaient donc valables.

Par courrier du 10 juillet 2024, l'OAI a signalé à l'assurée que sa contestation ne lui apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, se référant aux conclusions de l'avis du SMR du 18 juin 2024.

Par décision du 27 août 2024, l'OAI a octroyé une rente d'invalidité entière à l'assurée pour la période du 1^{er} février 2020 au 31 octobre 2021, pour les mêmes motifs qu'exposés dans son projet de décision du 14 juillet 2022.

B. Par acte du 27 septembre 2024, B._____ a interjeté un recours à l'encontre de la décision susmentionnée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2021. En substance, la recourante fait valoir que les éléments médicaux produits n'ont pas été suffisamment pris en compte par l'intimé. Pour étayer ses dires, elle a produit des pièces figurant déjà au dossier, ainsi que les pièces suivantes :

- un courriel rédigé le 10 septembre 2024 par la physiothérapeute W._____, qui a indiqué suivre la patiente depuis 2019 pour diverses zones (membre supérieur, membre inférieur et corps dans sa globalité). Elle a expliqué que la recourante souffrait d'un conflit sous-acromial au niveau de l'épaule droite, de sorte qu'elle n'était pas en mesure d'effectuer des mouvements d'adduction-abduction répétés, ni de réaliser de travail prolongé au-delà de l'horizontale, ni de soulever des charges en bimanuel de plus de cinq kilos, ni des charges de plus de deux kilos avec le côté droit. A la suite des différentes interventions et des traitements, la recourante souffrait encore de la zone péri-hanche droite en particulier si elle restait longtemps assise ou debout, accroupie ou à genou ;

- un rapport relatif à une scintigraphie osseuse réalisée le 12 septembre 2024, dont les conclusions sont les suivantes :

« Epaule droite :

Par rapport au comparatif du 26/09/2022, actuellement, très discrète diminution d'activité tissulaire et osseuse de l'épaule droite, correspondant probablement à une algo-neurodystrophie atypique en phase tardive.

Hanche droite :

Absence d'évidence scano-scintigraphique pour un descellement de PTH droite.

Apparition d'une activité focale au bout de la tige prothétique fémorale, probablement sur des contraintes mécaniques.

Apparition de fissuration de l'arc antérieur de la 5^{ème} côte droite.

Inflammation marquée sur un aspect hypertrophique de l'articulation facettaire postérieure L5-S1 à droite, L4-L5 des deux côtés à prédominance droite.

Hypercaptation des articulations sacro-iliaques des deux côtés à prédominance gauche. »

- un rapport établi le 24 septembre 2024, par lequel la Dre K. _____ a expliqué soutenir sa patiente dans son opposition à la décision de l'OAI. Elle a posé les diagnostics de status post PTH droite en 2020, d'omalgie chronique droite avec dyskinésie scapulaire droite et algoneurodystrophie du MSD, de tendinopathie du supra-épineux droit, d'épicondylite droite, de lombosciatalgie droite avec sténose foraminale L4/L5 droite et suspicion d'une radiculopathie L5 droite compressive secondaire à un kyste facettaire qui semblait avoir bien évolué, de malaises vagues sévères lors de toutes les tentatives d'infiltrations, de status post cure du tunnel carpien à droite et d'état anxiodépressif de longue date, traité. La médecin traitante a exposé que sa patiente souffrait d'un handicap extrêmement présent lié à ses douleurs permanentes qui l'empêchaient de faire la plupart de ses activités quotidiennes et surtout son métier de couturière ;

- un rapport de traitement en ergothérapie du 26 septembre 2024, dans lequel les ergothérapeutes Mmes Y. _____ et T. _____ ont indiqué suivre la patiente depuis le 30 septembre 2022 à raison d'une ou

deux séances par semaine. Elles ont exposé que la recourante présentait des douleurs invalidantes au niveau du MSD, à partir de la nuque, traversant l'épaule et irradiant jusqu'aux doigts quatre et cinq, soit en actif ou en passif ; celle-ci ne pouvait pratiquement pas utiliser son bras droit. Elles observaient également un décollement de l'omoplate sur le bord interne, sans explication. Plusieurs investigations étaient en cours, mais pour l'instant rien n'avait été proposé pour soigner cette situation.

Par réponse du 8 novembre 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours et produit un avis établi le 5 novembre 2024, dans lequel le médecin du SMR a émis l'appréciation suivante [sic] :

« Pour conclure, nous constatons des douleurs de l'hémicorps droit, sans substrat organique clairement identifiable, sans aucun traitement antalgique efficace, l'ensemble correspondant au diagnostic retenu lors de l'expertise du 25.03.2021, en l'occurrence un trouble somatoforme douloureux persistant, pour laquelle une CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] nulle et une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] à 80 % ont été retenues à deux reprises, en étudiant les répercussions homogènes dans tous les domaines (*qui par ailleurs restent inchangées*), les incohérences et le poids des souffrances. Le tableau clinique reste inchangé, les LF [limitations fonctionnelles] en lien avec le membre supérieur droit et le membre inférieur droit restent inchangées et le kyste facettaire a été résorbé, donc nous maintenons les conclusions de l'examen SMR du 13.09.2021, en l'absence d'un changement/d'une aggravation objective et d'un élément nouveau médical entraînant une IT [incapacité de travail] durable. »

Par réplique du 11 décembre 2024, la recourante a expliqué que sa situation était toujours en cours d'investigation, puisqu'une IRM était prévue le lendemain et qu'elle attendait également une convocation à la Clinique [...]. Elle a ainsi estimé qu'une expertise médicale indépendante devait être mise en œuvre, afin d'obtenir une évaluation objective de son état de santé et de ses capacités. La recourante a produit une lettre de consultation rédigée le 4 décembre 2024, par laquelle le Dr BB. _____ a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites atypiques et de kyste facettaire avec suspicion de radiculopathie L5 droite en diminution sur l'IRM de janvier 2024. Il a indiqué qu'il lui était difficile de poser un diagnostic précis et a sollicité le Dr X. _____, spécialiste en neurologie, afin qu'il

convoque la patiente en consultation pour la réalisation d'un ENMG (électroneuromyogramme), qui pourrait permettre de poser un diagnostic plus précis.

Par duplique du 6 janvier 2025, l'intimé a maintenu sa position et joint à son envoi un avis du SMR établi le 23 décembre 2024, dont il ressortait que le bilan neurologique était postérieur à la décision et qu'en l'état du dossier, il n'existait aucun élément nouveau justifiant un changement du tableau clinique et des limitations fonctionnelles.

Le 12 février 2026, la recourante a produit un rapport établi le 9 février 2026 par sa médecin traitante, laquelle a en substance attesté que, depuis son opération de la hanche droite, sa patiente présentait des douleurs extrêmement invalidantes de son membre inférieur droit accompagnées d'une diminution de la force et d'une instabilité à la marche. A cet égard, la Dre K. _____ a précisé que l'intéressée présentait une diminution de son périmètre de marche, une boiterie de plus en plus importante, une surcharge du membre inférieur gauche, ainsi que des allodynies au niveau du membre inférieur droit. Les douleurs étaient insomniantes et majorées par la marche et les positions statiques prolongées. Aucun traitement n'avait jusqu'à présent permis une amélioration. Elle a ajouté qu'un suivi auprès du Swiss Pain Institut avait récemment débuté et que sa patiente poursuivait l'ergothérapie et la physiothérapie.

En droit :

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 droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2021.

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. En ce qui concerne les procédures de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, la date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

b) Dans le cas présent, l'intimé a reconnu à la recourante le droit à une rente entière dès le 1^{er} février 2020. La date de la naissance de ce droit étant antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, était applicable. L'intimé a ensuite retenu que l'état de santé de la recourante s'était amélioré dès le 1^{er} août 2021 et a supprimé son droit à la rente le 31 octobre 2021 en application de l'art. 88a RAI. Dans la mesure où cette date est antérieure au 31

décembre 2021, il convient toujours d'appliquer l'ancien droit à la révision du droit à la rente.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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.

c)

aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ;

méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

d) 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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 (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les

médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

aa) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références citées ; 139 V 225 consid. 5.2 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2).

bb) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

c) 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).

d) Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'appréciation du caractère invalidant potentiel d'une fibromyalgie est subordonnée, par analogie, aux principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, vu les nombreux points communs entre ces troubles (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1). Ainsi, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, un examen doit être réalisé sur la base d'une procédure probatoire structurée au moyen des indicateurs applicables en présence de troubles psychiatriques, avec le concours d'un psychiatre (ATF 141 V 281 ; TF 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 et la référence citée).

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

6. a) En l'occurrence, l'intimé a reconnu à l'assurée un statut de 80 % active et de 20 % ménagère, ce qui n'est pas contesté par la recourante. Il a alloué une rente entière d'invalidité à la recourante dès le 1^{er} février 2020 (soit six mois après le dépôt de sa demande et à l'issue du délai de carence d'une année ; art. 29 al. 1 LAI), estimant que l'intéressée était totalement incapable de travailler dans toute activité (degré

d'invalidité de 80 % pour la part active) et que ses empêchements ménagers s'élevaient à 43,3 % selon l'évaluation ménagère du 1^{er} mars 2022 (degré d'invalidité de 8,66 % pour la part ménagère), ce qui menait à un degré d'invalidité total de 89 %.

L'intimé a toutefois retenu que la recourante avait connu une amélioration de son état de santé à compter du 1^{er} août 2021, six mois après l'opération consistant à lui implanter une prothèse totale de la hanche droite. Il a ainsi estimé que sa capacité de travail s'élevait désormais à 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements d'adduction-abduction répétés du MSD, pas de travail prolongé au-delà de l'horizontale, pas de port de charges en bimanuel de plus de cinq kilos, pas de soulèvement de charges de plus de deux kilos avec le MSD, éviter les chutes ou position accroupie ou à genoux prolongée), se fondant sur le rapport d'expertise du Z. _____ du 25 mars 2021, sur le rapport d'examen rhumatologique du SMR du 28 septembre 2021 et sur les avis du SMR. Au terme de ses calculs, il est parvenu à un degré d'invalidité arrondi de 28 % (19,70 % pour la part active et 8,66 % pour la part ménagère). L'intimé a donc supprimé le droit à la rente à la fin du troisième mois suivant l'aptitude à l'activité de travail adaptée (cf. art. 88a al. 1 RAI), soit au 31 octobre 2021. La recourante conteste cette appréciation, estimant que l'intimé n'a pas suffisamment pris en compte les pièces médicales produites lors de la procédure administrative et faisant valoir que son état de santé était toujours en cours d'investigation.

Au vu de ce qui précède, seule est litigieuse la question de savoir si la recourante peut se prévaloir d'un droit à la rente au-delà du 31 octobre 2021. Il s'agit dès lors d'examiner si, comme le retient l'OAI, la recourante a retrouvé une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à partir du 1^{er} août 2021 et jusqu'à la date de la décision litigieuse du 27 août 2024. Il n'y a pas lieu de revenir sur la période antérieure au vu des griefs soulevés par la recourante.

Il convient dès lors d'examiner la force probante du rapport d'expertise du Z._____ et celle du rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR.

b) D'un point de vue formel, le rapport d'expertise du Z._____ établi le 25 mars 2021 remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont individuellement rencontré la recourante les 13 et 15 janvier 2021, ont fait réaliser une échographie et une radiographie au Centre d'imagerie de X*** le 20 janvier 2021, ont confronté leurs conclusions lors d'une conférence consensuelle le 15 février 2021, puis ont rédigé un rapport détaillé. Ils ont ainsi établi une évaluation consensuelle dans laquelle ils ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes de la recourante, qu'ils ont soigneusement énumérées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. L'expertise a en outre été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier, les experts ayant synthétisé les documents médicaux depuis 2019 (cf. expertise du Z._____, p. 33 ss).

c) Sur le plan psychiatrique, l'expert A._____ a posé les diagnostics de dysthymie (F34.1), de trouble du comportement alimentaire (F50) et de trouble somatoforme persistant (F45.4). Il a procédé à une discussion approfondie des diagnostics posés, relevant l'absence d'avis psychiatrique au dossier, l'assurée n'étant pas suivie sur le plan psychiatrique et se voyant prescrire un anti-dépresseur par sa médecin traitante. A son sens, la sévérité du trouble de l'humeur était insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Il lui apparaissait en outre légitime d'évoquer un trouble somatoforme persistant douloureux, devant un état douloureux persistant pénible entravant la vie quotidienne avec des limitations fonctionnelles. La symptomatologie consistait en une humeur à tonalité triste, une asthénie, une sensation d'épuisement et de

lassitude, quelques idées noires mais sans velléités suicidaires, un très léger ralentissement psychomoteur et une perte de goût à tout plaisir. L'expert psychiatre a également retenu un trouble du comportement alimentaire, avec autrefois obésité, puis une maigreur actuelle en relation avec une conduite anorexique réactionnelle.

A cet égard, le Dr A. _____ a - conformément aux exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychosomatiques et psychiques (cf. consid. 5c *supra*) - posé les diagnostics selon les règles de l'art, se référant notamment à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Il a également procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Dans ce cadre, il s'est dûment prononcé sur le degré de gravité du trouble somatoforme persistant douloureux invalidant de l'expertisée, en le qualifiant de peu sévère ; il a relevé à cet égard qu'elle avait présenté une dépressivité de l'humeur sans état dépressif majeur caractérisé ou sévère depuis 2005, avec une prise de traitement antidépresseur Cipralex de manière assez régulière, mais par intermittence et sans suivi psychiatrique. La recourante ne présentait aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la mémoire ou du cours de la pensée, elle présentait une intelligence tout à fait satisfaisante. Elle souffrait toutefois de troubles du sommeil avec une fatigue, une anxiété et une inquiétude en rapport avec son avenir. S'agissant du critère relatif au succès ou à l'échec du traitement et de la réadaptation, il a indiqué que le traitement antidépresseur de la recourante pourrait être réadapté et qu'une psychothérapie paraissait nécessaire. Aucun trouble de la personnalité n'avait été constaté. Au regard de la Mini CIF-APP, la symptomatologie entraînait une diminution des capacités personnelles de l'intéressée, qui conservait toutefois la capacité de structurer les tâches, prendre des décisions, établir des contacts avec les autres, vivre en groupe et prendre soin d'elle-même. Elle disposait de ressources auprès de ses enfants et de sa mère. Du point de vue de la cohérence, l'expert psychiatre a relevé que la limitation d'activité dans les domaines de la vie paraissait en rapport avec les douleurs ressenties, mais aussi avec une répercussion psychique de ses douleurs ; l'assurée ne semblait pas avoir d'autres activités en dehors du

fait d'emmener son fils à l'école, de se doucher, de préparer les repas et d'aller parfois en courses, les limitations en lien avec le ménage n'étant toutefois pas en lien avec les troubles psychiques.

En définitive, la capacité de travail de la recourante s'élevait ainsi à 80 % (100 % de taux d'activité avec une baisse de rendement de 20 %) tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée depuis le 12 février 2019. La baisse de rendement était liée à une diminution de la résistance et de l'endurance en raison d'une fatigue.

Les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise ne sauraient être remises en cause par les rapports établis postérieurement.

Dans leur rapport du 22 décembre 2021 relatif au séjour volontaire de la recourante au sein du Service psychiatrique du CHUV du 23 au 30 novembre 2021, les psychiatres du CHUV ont posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte et expliqué que la patiente leur avait été adressée par sa médecin traitante pour mise à l'abri d'idées suicidaires ; ce séjour avait rapidement pris fin, l'assurée ne s'étant pas sentie à l'aise dans l'unité psychiatrique et ayant programmé un rendez-vous avec un psychiatre. Il sied de mentionner ici la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, selon laquelle ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). *In casu*, ce rapport ne fait pas état d'une symptomatologie différente de celle rapportée par l'expert psychiatre du Z._____, ni de limitation fonctionnelle qui n'aurait pas été prise en compte. Les idées suicidaires de la recourante se sont révélées passagères, le rapport du 22 décembre 2021 du Département de psychiatrie du CHUV retenant effectivement une absence d'idée suicidaire, et ne permettent ainsi pas de fonder une aggravation durable de l'état de santé de la recourante.

Il en va de même du rapport établi le 10 juin 2022 par la psychiatre traitante de l'assurée, auprès de qui celle-ci avait débuté un suivi le 15 décembre 2021. Les diagnostics posés de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse dans le cadre d'un trouble dépressif et de trouble de la personnalité à traits dépendants diffèrent certes de ceux de trouble somatoforme persistant et de dysthymie posés par le Dr A. _____. Cela étant, le trouble de la personnalité n'est pas incapacitant. En outre, il apparaît que la symptomatologie constatée par la Dre R. _____ correspond à celle constatée par l'expert du Z. _____. La psychiatre traitante ne fait du reste pas état de limitation fonctionnelle objective susceptible d'invalider le volet psychiatrique de l'expertise. L'incapacité de travail totale attestée depuis le 15 décembre 2021 n'est d'ailleurs pas étayée. Dans ces conditions, l'appréciation dûment motivée et convaincante du Dr A. _____ doit être privilégiée.

d) Sur le plan de la médecine interne, l'expert H. _____ a posé les diagnostics d'hypotension artérielle, d'allergie à la Pénicilline, d'intolérance au lactose, de deux épisodes de bronchopneumonie anamnestiques, de status après mise en place d'un anneau gastrique en 1998, de status après ablation d'un anneau gastrique et mise en place d'un bypass gastrique en 2015, et cholécystectomie (dans les suites opératoires, sténose de l'anse après un mois nécessitant des dilatations) et de plusieurs interventions chirurgicales esthétiques avec abdominoplastie et mise en place de prothèses mammaires bilatérales changées en 2020. Il a indiqué que l'hypotension artérielle se manifestait depuis environ dix ans sous la forme de malaises, de chutes et de pertes de connaissance, investigués mais sans résultat ; ces malaises se raréfiaient et un traitement avec Gutron était poursuivi à raison de deux fois par jour. La cholécystectomie réalisée en 2015 avait été très bien supportée et l'expertisée n'avait plus présenté d'autres problèmes. Il n'existait pas d'autre option thérapeutique et la compliance était complète vis-à-vis des traitements. La capacité de travail de l'expertisée s'élevait, selon l'expert H. _____, à 100 % dans l'activité habituelle. Il n'y avait aucune limitation ni aucun handicap au niveau de la médecine interne générale. Cette appréciation ne prête pas le flanc à la

critique et n'est au demeurant remise en doute par aucun élément au dossier.

e) Sur le plan rhumatologique, l'experte G._____ a posé les diagnostics de prothèse totale de la hanche droite le 29 janvier 2021 pour coxarthrose droite invalidante, de douleurs diffuses de l'hémicorps droit d'origine inexpliquée et de tendinopathie de l'épaule droite avec minime rupture. L'experte ne s'est pas attardée sur la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, ni sur ses limitations fonctionnelles, ayant relevé que l'assurée se trouvait en convalescence à la suite d'une intervention chirurgicale qui engendrait une incapacité de travail totale quelle que soit l'activité ; une réévaluation était ainsi nécessaire dans les quatre à six mois après l'opération.

Partant, si l'expertise du Z._____, entièrement probante, permettait effectivement de statuer sur la capacité de travail de l'expertisée jusqu'au mois d'août 2021, l'instruction du dossier devait nécessairement être actualisée au niveau rhumatologique après stabilisation de l'état de santé de la recourante s'agissant de sa hanche droite.

f) L'OAI a, par conséquent, mis en œuvre un examen clinique rhumatologique auprès d'un médecin du SMR, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, lequel a examiné la recourante le 13 septembre 2021. Comme annoncé précédemment, il convient d'analyser la force probante du rapport de ce médecin du 28 septembre 2021.

aa) Aux termes de son rapport, le médecin du SMR a posé le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail d'omalgies droites chroniques dans un contexte de vraisemblable conflit sous-acromial et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status post pose de PTH droite pour coxarthrose, de status post cure de tunnel carpien droit, de fibromyalgie et d'antécédent personnel d'entorse de la cheville droite, sans signe de gravité. Il a décrit les plaintes de l'assurée, en ce sens que celle-ci était gênée au quotidien par une douleur qui s'étendait sur tout

le MSD, qui partait depuis l'épaule, irradiait à la nuque, à la face latérale du bras et de l'avant-bras et se terminait au poignet ; les douleurs étaient d'allure mécaniques. S'agissant de sa hanche droite, l'intéressée s'estimait beaucoup mieux dans les suites de l'opération du 29 janvier 2021, même si elle n'avait pas encore récupéré la même mobilité articulaire qu'à gauche. A l'examen de l'épaule droite, le médecin du SMR a notamment constaté une légère diminution de la trophicité du supra-épineux droite, la trophicité des bras et des avant-bras étant cependant normale, excluant une amyotrophie de non-utilisation ; la mobilité était modérément restreinte dans toutes les directions et fortement restreinte en rotation externe. Quant à la hanche droite, la recourante présentait une légère diminution de la trophicité du quadriceps et la palpation coxofémorale restait sensible.

Au vu de ces éléments, il a estimé que la recourante présentait des limitations fonctionnelles liées à son MSD, à savoir : pas de mouvement d'adduction-abduction répétés du MSD, pas de travail prolongé au-delà de l'horizontale, pas de port de charges en bimanuel de plus de cinq kilos, pas de soulèvement de charges de plus de deux kilos avec le MSD. L'assurée devait également éviter de chuter et de travailler en position accroupie ou à genoux prolongée, en raison du status post prothèse totale de la hanche droite. Le médecin du SMR a estimé que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, qui ne respectait pas les limitations fonctionnelles d'épargne du MSD, persistait depuis le 12 février 2019. Sur le plan ostéoarticulaire, il a retenu une exigibilité de 100 % dans une activité adaptée à six mois de la pose de la PTH droite, soit dès le mois d'août 2021. Il a encore précisé qu'il ne retenait pas de diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée relativement aux atteintes au MSD, en raison d'une incohérence entre l'importance des allégations douloureuses de l'assurée et les constatations objectives. A son avis, les difficultés de l'assurée à utiliser son MSD et les hémicorporalgies droites étaient en relation avec la fibromyalgie présentée par l'assurée. Il a donc retenu une capacité de travail globale de 80 % dans une activité adaptée, en tenant compte des conclusions du volet psychiatrique de l'expertise du Z._____.

bb) Le rapport établi par le SMR remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder valeur probante, puisqu'il synthétise les éléments médicaux au dossier, dresse une anamnèse détaillée de la recourante sur les plans familial, scolaire et professionnel et médical, répertorie les plaintes de la recourante, fait état d'une journée-type, et rend compte de ses examens cliniques. Ses conclusions sont étayées et convaincantes.

Certes, ce rapport retient le diagnostic de fibromyalgie, lequel avait été écarté par l'expert rhumatologue du Z._____. Il convient toutefois de rappeler qu'il n'appartient pas à l'Office AI de trancher la question du diagnostic exact à retenir lorsqu'il s'agit de distinguer entre un trouble somatoforme douloureux et une fibromyalgie, lesquels présentent de nombreux points communs (cf. consid 5d *supra*). En l'occurrence, il est admissible que le médecin du SMR, spécialiste en rhumatologie, ait évoqué une fibromyalgie et l'ait intégrée parmi les diagnostics à caractère non incapacitants. En effet, il ressort de l'expertise pluridisciplinaire diligentée quelques mois auparavant par le Z._____, que l'expert psychiatre avait posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Dans ce contexte, il se comprend que l'atteinte douloureuse en question ait été appréciée, par le rhumatologue, comme ne générant pas en soi d'incapacité de travail sur le plan somatique, dès lors que son impact fonctionnel avait déjà été analysé et reconnu sous l'angle psychiatrique. Il apparaît ainsi que l'examen requis au regard des indicateurs jurisprudentiels (cf. consid. 5d *supra*) a bel et bien été effectué par un spécialiste compétent, à savoir un psychiatre. Les effets de l'atteinte litigieuse sur la capacité de travail ont été évalués de manière adéquate et conforme à la jurisprudence, indépendamment de la dénomination retenue - fibromyalgie ou trouble somatoforme douloureux -, puisqu'une baisse de rendement de 20 % a été prise en compte à cet égard. Il s'ensuit que ce diagnostic de fibromyalgie posé par le médecin du SMR n'entache pas la force probante de son rapport.

cc) La recourante fait valoir que son cas ne serait pas stabilisé et qu'il ferait toujours l'objet d'investigation. Il sied de relever à cet égard que la notion de stabilisation de l'état de santé, si elle est déterminante en

assurance-accidents (art. 19 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]), ne l'est pas en ce qui concerne l'assurance-invalidité. Ainsi, l'allégation de la recourante n'est pas pertinente en soi. Il convient en revanche d'examiner si les pièces médicales établies postérieurement à l'examen rhumatologique du SMR contredisent celui-ci et permettent une appréciation différente de son cas.

En l'occurrence, en ce qui concerne l'épaule droite, il apparaît que la symptomatologie douloureuse présentée par la recourante depuis 2019 n'est que partiellement explicable par ses atteintes somatiques, et que les médecins traitants ont poursuivi leurs investigations après l'examen réalisé en septembre 2021 par le rhumatologue du SMR. Ainsi, le Dr S._____, qui a commencé à suivre l'intéressée le 13 septembre 2022, a posé le diagnostic de dyskinésie scapulaire droite avec suspicion d'un CRPS du MSD avec tendinopathie du supra-épineux droit dans son rapport du 15 septembre 2022. L'examen neurologique réalisé auprès du Dr U._____ le 1^{er} novembre 2022 ne mettait toutefois pas en évidence de lésion nerveuse au niveau du MSD (cf. rapport du 26 janvier 2023 du Dr U._____ à l'OAI) et la scintigraphie du MSD révélait des signes d'algoneurodystrophie atypique du MSD. Au vu de ces résultats, le Dr S._____, dans son rapport du 3 novembre 2022, a retenu que le pronostic restait inchangé par rapport à l'aptitude au travail de la recourante, à savoir que celle-ci ne serait plus apte à effectuer une activité professionnelle avec efforts (maximum deux à cinq kilos) avec mobilisation répétée du MSD ou avec mobilisation de l'épaule droite au-dessus du buste. Ces limitations correspondent à celles retenues par le rhumatologue du SMR en septembre 2021, de sorte qu'aucune aggravation n'est démontrée.

Il en va de même du rapport établi le 23 septembre 2022 par la Dre K._____, qui a observé que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, avec des douleurs à l'épaule droite « de plus en plus invalidantes et exacerbées ces dernières semaines » ; il ne ressort toutefois pas de ce rapport que la situation se serait péjorée objectivement, la médecin traitante ayant indiqué que l'intéressée ne pouvait pratiquement pas utiliser son épaule droite, la limitation étant présente dans toutes les

amplitudes, ce qui correspond encore une fois aux constats effectués une année plus tôt par le SMR.

Cela dit, force est de constater que les éléments au dossier postérieurs au mois de novembre 2022 sont de nature à mettre en doute le fait que les conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR du 28 septembre 2021 soient encore valables à la date de la décision attaquée du 27 août 2024.

Dans son rapport du 3 novembre 2022, le Dr S. _____ évoquait en effet des lombosciatalgies droites plus invalidantes que les atteintes au MSD constatées chez la recourante. Cette situation a mené à la réalisation de radiographies lombaires le 16 février 2023, lesquelles ont révélé la présence d'une prise de contraste facettaire L4-L5 avec une sténose foraminale sur un kyste facettaire qui comprimait la racine L5 droite dans son foramen. Le Dr BB. _____ a ainsi estimé que les douleurs présentées par la recourante étaient tout à fait explicables par ces examens et il a préconisé une prise en charge infiltrative, voire une prise en charge chirurgicale sous la forme d'une spondylodèse (cf. rapport du 8 mars 2023 du Dr BB. _____). Il apparaît que cette atteinte au rachis est nouvelle, puisque tant l'expert rhumatologue du Z. _____ que le médecin rhumatologue du SMR avaient exclu un syndrome rachidien lombaire et relevé une absence d'attitude antalgique au niveau du rachis (cf. expertise du Z. _____ du 25 mars 2021, p. 25 ; rapport d'examen rhumatologique du 28 septembre 2021, p. 10). Celle-ci apparaît en outre durable et conséquente, le Prof. V. _____ ayant posé le diagnostic incapacitant de lombosciatalgies droites invalidantes, avec un score de 79 sur l'échelle de Québec correspondant à un retentissement majeur et relevé que la recourante estimait l'intensité douloureuse à 8/10 sur l'échelle EVA, ces douleurs durant depuis plusieurs mois. A cela s'ajoute que les infiltrations réalisées au printemps 2023 avaient permis une amélioration durant trois semaines, mais que la symptomatologie douloureuse était ensuite revenue aussi intense que précédemment (cf. rapport du 14 juillet 2023 du Prof. V. _____). Face à cette problématique, le Dr BB. _____ a organisé une prise en charge chirurgicale en septembre 2023 pour décompression et

résection du kyste facettaire L5-S1 droit et attesté que sa patiente était toujours à l'arrêt à 100 %. La Prof. O. _____ a toutefois expliqué, dans un rapport du 19 mars 2024, que cette chirurgie avait dû être reportée au printemps 2024 en raison des troubles vaso-vagaux de la patiente ; dans l'intervalle, une IRM avait mis en évidence une résorption du kyste en janvier 2024 et une amélioration des symptômes (cf. également rapport du 4 décembre 2024 du Dr BB. _____). Les médecins consultés par la recourante ont, en outre, fait état de limitations fonctionnelles supplémentaires liées au rachis, à savoir la flexion-rotation du tronc, la mobilisation ou position assise ou debout tenue immobile, la limitation de la marche à 800 mètres et la limitation de la position debout à trente minutes (cf. rapports des 24 mai et 14 juillet 2023 du Prof. V. _____ et du 19 mars 2024 de la Prof. O. _____).

Face à ces éléments, il est totalement erroné de considérer qu'au regard du dossier, le tableau clinique et les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires restaient inchangés, évoluant dans le contexte d'un trouble somatoforme persistant déjà retenu par l'expert psychiatre en 2021, pour lequel les traitements antalgiques étaient inefficaces, et, ainsi, d'estimer que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire et de l'examen clinique rhumatologique du SMR de 2021 restaient valables, comme l'a fait le SMR par avis du 18 juin 2024. Il ressort au contraire des pièces au dossier que l'assurée a présenté une nouvelle atteinte à la santé, soit des lombosciatalgies droites, lesquelles sont répertoriées au dossier dès le mois de novembre 2022, dont la phase aiguë a duré de nombreux mois (la symptomatologie s'étant améliorée aux alentours du mois de janvier 2024 selon le Dr BB. _____) et ont engendré de nouvelles et importantes limitations fonctionnelles au niveau du rachis. Comme le retenait le SMR par avis du 22 juin 2023, il incombait à l'OAI d'examiner la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, incluant celles relatives au rachis, pendant la phase aiguë des lombalgies et après que celle-ci a été maîtrisée. L'OAI n'a toutefois pas tenu compte de cet avis, à tort.

dd) Partant, les conclusions du rhumatologue du SMR du 28 septembre 2021 sont valablement mises en doute par les éléments médicaux au dossier et ne sauraient être suivies pour déterminer la capacité de travail de la recourante sur le plan rhumatologique à la date de la décision attaquée. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le dossier de la recourante est lacunaire et ne permet pas d'apprécier, à satisfaction de droit, le caractère invalidant de ses atteintes physiques à compter du mois d'août 2021, de sorte que l'intimé n'était pas légitimé à rendre la décision litigieuse sans autres mesures d'instruction.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée, dès lors que c'est à elle qu'il appartient en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, comportant à tout le moins un volet rhumatologique et un volet psychiatrique, comprenant une étude des indicateurs jurisprudentiels, au vu du diagnostic posé de trouble somatoforme douloureux ayant une incidence sur la capacité de travail de la recourante, à charge pour les experts de s'adjoindre des spécialistes d'autres disciplines s'ils l'estiment nécessaire. Il incombera aux experts nommés de déterminer l'incidence des atteintes rhumatologiques de la recourante, couplées à ses atteintes psychiatriques, sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi que les limitations

fonctionnelles retenues, avec une chronologie détaillée des atteintes et de la capacité de travail depuis le mois d'août 2021.

8. a) En définitive, le recours doit être admis. La décision attaquée doit être confirmée en tant qu'elle alloue une rente d'invalidité entière à la recourante du 1^{er} février 2020 au 31 octobre 2021. Elle doit être annulée pour le surplus et la cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision s'agissant du droit à la rente de la recourante à compter du 1^{er} novembre 2021.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 27 août 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée en tant qu'elle alloue une rente d'invalidité entière à B. _____ du 1^{er} février 2020 au 31 octobre 2021, et annulée pour le surplus, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision s'agissant du droit à la rente de B. _____ à compter du 1^{er} novembre 2021.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- B. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :