

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2022

Composition : M. NEU, président
Mme Silva et M. Reinberg, assesseurs
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

I. _____, au [...], recourante, représentée par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI ; 43 al. 1 LPGA.

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en qualité de concierge à 50 %, à tout le moins, entre le mois de mars 2002 et le mois de septembre 2006 (cf. extrait du compte individuel AVS).

Le 31 mai 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adulte auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une polyarthrite rhumatoïde depuis 2017.

Dans un rapport du 12 octobre 2018, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, a principalement posé les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde (séronégative et non érosive, existante depuis 2017 et diagnostiquée en 2018), ainsi que d'arthrose du genou gauche (depuis 2018). Selon lui, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le mois de novembre 2017, à tout le moins ; en revanche, dans une activité sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir : impossibilité de rester longtemps dans la même position ou d'exercer une activité physique lourde ; tâches ménagères possibles, mais sans « gros travaux », accompagnées d'un épuisement en fin de journée ; en cas d'efforts, l'assurée le « ressentait » le lendemain ; manutention limitée), la capacité de travail était de 50 %, compte tenu de la fatigabilité.

Par rapport du 3 décembre 2018, la Dre P. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a diagnostiqué, avec une incidence sur la capacité de travail, une polyarthrite rhumatoïde séronégative sur synovite des poignets et du carpe gauche (selon une imagerie par résonance magnétique [ci-après : IRM] du poignet gauche du 9 [recte : 11] janvier 2018, jointe en annexe au rapport) et sur atteinte probablement mixte des articulations tibio-astragaliennes (dégénérative, statique et inflammatoire), le tout existant depuis 2017. Elle a également

mentionné qu'il n'était « pas exclu qu'une composante dépressive intervienne », cette question devant être traitée avec le médecin traitant.

Dans un certificat médical du 26 août 2019, la Dre P. _____ a attesté d'une incapacité de travail de 100 % pour une durée indéterminée, mentionnant qu'aucune activité n'était envisageable.

Dans un rapport du 14 janvier 2020, le Dr F. _____ a considéré que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle et indiqué « pas d'activité adaptable : si sédentaire aggravation des douleurs. Est mieux avec activité légère sans force ».

Interrogée par l'OAI le 6 janvier 2020, la Dre P. _____ a indiqué, par rapport du 29 janvier 2020, que la polyarthrite rhumatoïde séronégative impactait la capacité de travail de la recourante depuis 2017, que les limitations fonctionnelles consistaient à éviter les mouvements répétitifs avec les bras surélevés, les mains et les poignets, le port de charge répétitif du plus de 2 kg et les positions debout prolongées, que l'incapacité de travail était totale depuis novembre 2017, que l'activité de concierge n'était pas indiquée, qu'il n'existait pas d'« activité adaptable » et que l'évolution était « très moyenne », dans la mesure où le syndrome inflammatoire n'avait pas disparu et l'assurée était toujours algique avec des douleurs de type inflammatoire.

Réinterrogée le 15 mai 2020, la Dre P. _____ a répondu, dans son rapport du 29 mai 2020, « 100 % depuis novembre 2017 » à la question de l'OAI de déterminer quelle était la « capacité de travail » de l'assurée dans une activité adaptée. Elle a également mentionné que sa patiente présentait une très discrète amélioration de la symptomatologie douloureuse depuis janvier 2020 et que, sur le plan médical, la situation était relativement stable, sans que ne puisse être attendue une amélioration de la capacité de travail.

Dans un avis du 9 juin 2020, le Dr J. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a retenu que

l'activité habituelle de concierge n'était plus exigible (de même que l'activité de serveuse). Toutefois, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétitifs des mains ; pas de mouvements avec les bras surélevés ; pas de port de charge répétitif de plus de 2 kg ; pas de position debout prolongée), la capacité de travail était entière, depuis le mois de novembre 2017.

Par projet de décision du 16 juin 2020, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'elle entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité.

Les 7 juillet et 8 septembre 2020, l'assurée a fait valoir ses objections à l'encontre de ce projet de décision.

Par décision du 28 octobre 2020, l'OAI a nié le droit à une rente d'invalidité à l'assurée, considérant que celle-ci était en incapacité de travail complète dans son activité habituelle, mais disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétitifs des mains ; pas de mouvements avec les bras surélevés ; pas de port de charge répétitif de plus de 2 kg ; pas de position debout prolongée ; fatigabilité / perte d'endurance). Cette capacité de travail résiduelle pouvait être mise en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger (par exemple : le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production et l'activité d'ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ou dans le conditionnement). Après pondération des revenus statistiques sans et avec invalidité, sans application d'un abattement supplémentaire, le degré d'invalidité était de 0 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

B. Par acte du 25 novembre 2020, l._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 28 octobre précédent, concluant, implicitement, à son annulation, avec renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a en substance critiqué l'absence de mise en œuvre d'une expertise, ainsi que les

limitations fonctionnelles retenues, faisant valoir que celles-ci n'étaient, quoi qu'il en fût, pas compatibles avec la conclusion de l'intimé, selon laquelle elle serait en mesure d'exercer un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger. Elle a également relevé qu'elle était atteinte d'une conjonctivite inflammatoire chronique avec yeux secs secondaires, qui pourrait être une nouvelle conséquence de sa polyarthrite, selon un rapport du 24 novembre 2020 du Dr T._____, spécialiste en ophtalmologie, produit par la recourante à l'appui de son écriture. Finalement, elle a exposé souffrir de difficultés psychologiques en lien avec sa symptomatologie douloureuse, soulignant que ce « sujet n'avait jamais été abordé jusqu'ici », mais lui pesait énormément.

Le 8 décembre 2020, la recourante a déposé une demande d'assistance judiciaire, admise par décision du 16 décembre 2020, avec l'assistance judiciaire limitée à l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jana Burysek dès le 8 décembre 2020.

Dans sa réponse du 15 janvier 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, les arguments de la recourante n'étant pas susceptibles de remettre en cause le résultat de l'instruction.

Répliquant le 22 février 2021, sous la plume de Me Jana Burysek, la recourante a précisé ses conclusions du 25 novembre 2020, requérant principalement la réforme de la décision entreprise, dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} novembre 2018, et, subsidiairement, son annulation, avec renvoi de la cause à l'office intimé et nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre de moyen de preuve subsidiaire - si la Cour de céans devait estimer que l'instruction du dossier était incomplète -, la recourante a requis que soit mise en œuvre une expertise judiciaire rhumatologique. En substance, elle s'est prévaluée d'une violation par l'intimé de son obligation d'instruire, exposant que l'avis SMR du 9 juin 2020 du Dr J._____ était fondé sur le rapport du 29 mai 2020 de la Dre P._____, lequel était erroné sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée. A l'appui de son argumentation, elle a produit un rapport correctif du 11 février 2021

de la Dre P._____, dans lequel celle-ci expliquait que sa réponse à la question de l'office intimé procédait d'une erreur de plume et qu'elle estimait que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée était nulle depuis 2017. De surcroît, cette médecin ajoutait que, s'agissant des limitations fonctionnelles, la recourante ne pouvait effectuer aucun mouvement répétitif des mains et des poignets, de sorte que tout travail manuel était à proscrire.

Dupliquant le 11 mars 2021, l'intimé a confirmé ses conclusions du 15 janvier 2021, se fondant sur un avis SMR du 3 mars 2021 dans lequel le Dr J._____ relevait que les rapports de la Dre P._____ faisaient état d'une évolution progressivement favorable de l'état de santé de la recourante. Selon lui, une fois l'atteinte articulaire pleinement stabilisée, le recouvrement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles n'était pas discordant.

Dans ses déterminations du 15 avril 2021, la recourante a renvoyé à ses explications du 22 février précédent et critiqué l'avis SMR du 3 mars 2021, celui-ci reposant davantage sur des considérations d'ordre général que sur les données individuelles du cas d'espèce.

Le 26 avril 2021, l'avocate de la recourante a transmis la liste de ses opérations.

Le 31 octobre 2021, la recourante a quitté la Suisse pour s'établir au [...].

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un

recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI ; étant précisé que le départ de Suisse de la recourante, en date du 31 octobre 2021, n'a ainsi aucune incidence sur la compétence de la Cour de céans), 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. L'objet du litige porte sur le droit à une rente d'invalidité de la recourante, singulièrement la capacité de travail résiduelle qui lui serait imputable.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 28 octobre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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

d) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes

exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

6. a) En l'occurrence, tous les médecins qui se sont prononcés sur le cas de la recourante s'accordent sur son atteinte à la santé, soit une polyarthrite rhumatoïde séronégative, ainsi que sur l'incapacité totale de travail dans son activité habituelle de concierge (voire de serveuse).

b) Cela étant, la recourante se plaint d'une violation par l'intimé de son obligation d'instruire au sens l'art. 43 al. 1 LPGA s'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Il y a lieu d'adhérer au grief de la recourante.

En effet, l'intimé a fondé la décision litigieuse sur l'avis du SMR du 9 juin 2020, selon lequel la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du mois de novembre 2017. Tel que l'a justement exposé l'intéressée, cet avis du SMR se réfère exclusivement au rapport du 29 mai 2020 de la Dre P._____, dont il s'avère que la teneur relève d'une erreur de lecture de la part de ce médecin. Cette dernière entendait mentionner que la recourante était complètement incapable de travailler dans une activité adaptée, depuis 2017, tel que cela ressort de son rapport rectificatif du 11 février 2021. Ces explications sont convaincantes et correspondent d'ailleurs à l'appréciation communiquée antérieurement par la Dre P._____ dans

son certificat médical du 26 août 2019 et dans son rapport du 29 janvier 2020.

A défaut d'autres éléments que le rapport du 29 mai 2020 de la Dre P._____ pour étayer son appréciation quant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et en l'absence d'un examen clinique, on ne saurait suivre l'avis du SMR du 9 juin 2020.

De surcroît, l'avis du SMR du 3 mars 2021, produit en procédure de recours par l'intimé, ne convainc pas. Il retient, d'une part, que la Dre P._____ faisait état d'une évolution progressivement favorable. Or, tel n'est manifestement pas le cas, la Dre P._____ ayant indiqué, dans son rapport du 29 mai 2020, que, si une très discrète amélioration de la symptomatologie avait été notée depuis le mois de janvier 2020, la situation était relativement stable sur le plan médical et qu'il ne pouvait être attendu une amélioration de la capacité de travail. Cette évaluation s'inscrit d'ailleurs dans la suite logique de son rapport du 29 janvier 2020, dans lequel elle avait déjà mentionné que l'évolution était « très moyenne », la symptomatologie inflammatoire douloureuse étant toujours présente, et qu'il n'existait pas d'activité adaptée. D'autre part, on comprend de l'avis SMR du 3 mars 2021 qu'une fois que l'atteinte articulaire serait pleinement stabilisée, on pouvait s'attendre au recouvrement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Or, cet avis s'oppose à ce qu'a exposé la Dre P._____ dans son rapport du 29 mai 2020. De surcroît, il est purement hypothétique, dans la mesure où il ne mentionne pas la date de ce potentiel état de stabilisation, et ne permet ainsi pas de retenir que la capacité de travail dans une activité adaptée aurait déjà été de 100 % en novembre 2017. Il convient dès lors de ne pas en tenir compte.

Finalement, on peine à adhérer au renvoi à un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger de l'intimé, eu égard aux limitations fonctionnelles retenues, lesquelles incluent l'absence de mouvements répétitifs des mains ou avec les bras surélevés ainsi que le port de charge répétitif de plus de 2 kilogrammes. Il apparaît également

surprenant qu'il soit fait état d'une fatigabilité / perte d'endurance, sans que la possibilité d'une baisse de rendement n'ait été examinée, ni même évoquée, par l'intimé. Ainsi, les limitations fonctionnelles retenues justifiaient d'apprécier avec nuance le rendement de l'intéressée au travail, ce qui n'a pas été le cas. De surcroît, la Dre P._____, dans son rapport du 29 janvier 2020, a indiqué que la recourante devait éviter non seulement les mouvements répétitifs des mains, mais également ceux des poignets, ce qu'elle a confirmé dans son rapport du 11 février 2021, ajoutant qu'en conséquence, tout travail manuel était à proscrire. Or, cette limitation fonctionnelle relative aux poignets n'a, de manière étonnante, pas été retenue par l'intimé. Il convient dès lors que les limitations fonctionnelles de la recourante fassent l'objet d'un nouvel examen exhaustif.

c) Les rapports des médecins traitants de la recourante ne permettent pas de déterminer, au stade de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées), sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Le Dr F._____ fait état d'une capacité de travail résiduelle de 50 %, à tout le moins, dans son rapport du 12 octobre 2018, étant précisé que, dans son rapport du 14 janvier 2020, ce médecin laisse entendre qu'une activité adaptée légère et « sans force » serait opportune, les douleurs s'aggravant lorsque la recourante demeure en position sédentaire. Pour sa part, la Dre P._____ considère qu'il existe une incapacité de travail complète dans une activité adaptée (cf. rapports des 29 janvier 2020 et 11 février 2021). Quant au Dr T._____, il offre, dans son rapport du 24 novembre 2020, une perspective nouvelle sur la manière dont l'atteinte à la santé de la recourante semble se manifester - à savoir par l'apparition d'une conjonctivite inflammatoire chronique avec yeux secs secondaires, laquelle pourrait être une conséquence de la polyarthrite rhumatoïde séronégative -, mais il ne se prononce pas sur sa capacité de travail.

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'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), afin que, sur le plan rhumatologique - ce qui inclut la problématique ophtalmique susmentionnée (cf. rapport du 24 novembre 2020 du Dr T._____) - , elle mette en œuvre une expertise neutre, ou, à tout le moins, dans un premier temps, procède à un examen clinique au SMR, par un spécialiste à même de motiver *lege artis* une capacité de travail résiduelle objective. De surcroît, la recourante a fait valoir, dans son acte de recours, qu'elle connaissait des difficultés psychologiques en lien avec sa symptomatologie douloureuse, étant précisé que la Dre P._____, dans son rapport du 3 décembre 2018, brièvement évoqué que l'existence d'une composante dépressive n'était pas exclue. Or, aucun rapport sur le plan psychique n'a été porté au dossier et, à ce stade, il n'a pas été allégué de suivi ou de traitement psychiatrique, le soin est dès lors laissé à l'intimé de déterminer s'il y a lieu d'investiguer cette problématique.

8. a) En définitive, le recours est admis, eu égard aux conclusions de la recourante, la décision querellée est annulée et la cause est renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 26 avril 2021 par Me Jana Burysek, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'300 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) La partie demanderesse est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 28 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément

d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à I. _____ un montant de 1'300 fr. (mille trois cents francs), à titre d'indemnité de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jana Burysek (pour I. _____),
- 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 :