

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juin 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Piguet, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est divorcée et mère d'un enfant né en 2010. Elle possède la double nationalité turque et suisse. Sans formation, elle a travaillé, d'une part, en qualité d'employée de maison auprès de la C. _____ au taux de 68 % dès le 1^{er} août 2013 et, d'autre part, en tant que femme de ménage auprès de la F. _____ au taux de 32 % depuis le 1^{er} juillet 2001. Dans la première activité, elle réalisait un revenu mensuel brut de 3'753 fr. 45 (servi treize fois l'an) depuis le 1^{er} janvier 2019, correspondant à un salaire annuel brut de 48'794 fr. 85 (rapport de l'employeur du 23 mai 2019). Dans la seconde profession, le revenu mensuel brut de l'intéressée était de 1'639 fr. (servi treize fois l'an) dès le 1^{er} janvier 2018, soit un salaire annuel brut de 21'300 francs (rapport de l'employeur du 18 juin 2019).

En arrêt à 100 % du 12 novembre 2018 au 10 mars 2019, puis à 50 % du 11 mars au 16 mai 2019, et après une tentative de reprise du travail à mi-temps qui s'était soldée par un échec à cause des douleurs, l'assurée a, à la demande de son assureur perte de gain (L. _____), déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) le 16 avril 2019. Cette démarche était motivée par des « douleurs insupportables aux pieds et au dos » ayant pour conséquence une incapacité à rester longtemps debout ou assise ainsi qu'en raison de « douleurs à la nuque et aux jambes ». Il ressort en particulier les éléments suivants du dossier médical de l'intéressée constitué par l'assurance perte de gain :

- un rapport du 8 mars 2018 de radiographies du rachis cervical, dorsal et lombaire (face/profil) réalisées à la Clinique de [...], à [...], montrant un aspect de fusion C2-C3 au niveau du rachis cervical sans autre anomalie au niveau du rachis dorsal ou lombaire ;

- un rapport du 15 novembre 2018 d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) des arrières-pieds réalisée à la Clinique de [...], mettant en

évidence une fasciite plantaire bilatérale sur un pied plat, plus importante à gauche qu'à droite, sans autre lésion significative ;

- un rapport du 10 janvier 2019 signé par le Dr W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, posant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de fasciite plantaire bilatérale (depuis début 2018) et de cervicalgies chroniques (depuis plusieurs années). Il a indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis le 12 novembre 2018 en raison d'une aponévrosite plantaire bilatérale de longue durée chez une patiente travaillant debout. Le traitement alliait la prise d'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) et d'antalgiques ainsi que de la physiothérapie.

Selon un extrait de son compte individuel (CI) AVS du 2 mai 2019, pour ses deux activités lucratives, l'assurée a réalisé des revenus de 61'495 fr. (2014), 65'286 fr. (2015), 62'656 fr. (2016), 65'543 fr. (2017) et 65'297 (2018).

Dans le questionnaire 531bis « détermination du statut (part active/part ménagère) » complété le 3 juin 2019, l'assurée a indiqué vouloir, en bonne santé, travailler à 70 % depuis toujours comme éducatrice, réceptionniste par intérêt personnel et nécessité financière ainsi que pour élever seule son fils alors âgé de 8 ans.

Selon une note d'entretien téléphonique du 28 juin 2019 entre la gestionnaire en charge du cas à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) et le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, l'assurée était également suivie par le Dr W._____ ainsi que par une psychologue qui travaillait en délégation avec le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

Lors d'un entretien du 12 août 2019 dans les locaux de l'OAI, l'assurée a fait part d'une aggravation de son état de santé justifiant une incapacité de travail de 100 % depuis le 17 mai 2019. S'agissant du

traitement, elle a déclaré ne plus faire de physiothérapie actuellement. Durant cet entretien, l'intéressée se déplaçait très difficilement, boîtit fortement et devait se tenir au mur pour se déplacer. Elle changeait de position sur sa chaise mais sans se lever. Interrogée en lien avec le questionnaire « détermination du statut », elle a précisé travailler à 100 % et continuer à ce taux-là en bonne santé. Elle ne se sentait pas en mesure de travailler en raison de ses multiples douleurs. En cas d'évolution favorable, il était convenu d'une reprise progressive de ses activités habituelles auprès des deux employeurs ; elle-même déclarait s'imaginer rechercher un poste d'aide de bureau ou de réceptionniste mais elle ne se sentait pas capable de suivre une quelconque mesure actuellement et sans qu'une reprise très progressive de ses activités ne fût envisageable. Selon les renseignements obtenus le 4 juillet 2019 de la part d'une collaboratrice de l'Unité [...] de la F._____, l'état de santé de l'intéressée n'était pas stabilisé et elle n'était pas mobilisable pour le moment (document intitulé « IP - Rapport initial » du 12 septembre 2019).

Selon une note du 24 septembre 2019 intitulée « IP - Proposition de DDP », une spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI a indiqué qu'en présence d'un état de santé non stabilisé, il convenait d'obtenir des renseignements auprès des médecins consultés par l'assurée.

Par communication du 25 septembre 2019, l'OAI a informé l'assurée de l'absence de mesures de réadaptation d'ordre professionnel envisageables pour l'instant et de la poursuite de l'instruction de sa demande de prestations.

Le 20 octobre 2019, le Dr Z._____ a répondu à un questionnaire adressé dans l'intervalle par l'OAI. Il a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de fasciite plantaire bilatérale (depuis 2017), de status après rupture du LCA (ligament croisé antérieur) et déchirure du ménisque du genou gauche (depuis 2013), de syndrome douloureux chronique ainsi que d'état anxieux et dépressif réactionnel à la situation médicale, actuellement suivi. La limitation

fonctionnelle à prendre en compte était la marche sur de longs trajets. Selon le médecin traitant, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle mais de 70 % dans une activité adaptée au handicap.

Dans un rapport du 23 octobre 2019 à l'OAI, le Dr W. _____ a posé les diagnostics incapacitants de fasciite plantaire, de cervicalgies chroniques, de lombalgies chroniques, de gonalgies chroniques et d'obésité. Indiquant un pronostic favorable pour la fasciite plantaire ainsi qu'une incapacité de travail totale de l'assurée dans la profession d'employée de maison depuis mai 2019 en raison de l'impossibilité de marcher ou de rester debout, ce médecin ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée ; il a uniquement fait part d'une probable reprise par l'assurée de ses activités. Le Dr W. _____ a joint un rapport de la Clinique de [...] du 12 avril 2019 d'IRM des arrières-pieds, concluant à une légère régression de l'œdème osseux du calcaneum gauche et à une stabilité des images de fasciite plantaire prédominant à gauche sans nouvelle lésion.

A sa demande, l'OAI a reçu, le 10 janvier 2020, le dossier actualisé constitué par l'assurance perte de gain de l'assurée poursuivant le versement de ses prestations depuis novembre 2018, sur la base des incapacités de travail prolongées par le médecin traitant. Il en ressort en particulier les pièces médicales suivantes :

- des rapports des 31 janvier, 14 et 22 février, 8 mars 2013 du Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a opéré l'assurée le 14 février 2013 (résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne et résection d'une plica para-patellaire interne du genou gauche par arthroscopie) en raison du diagnostic de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne avec déchirure partielle du ligament croisé antérieur et présence d'une plica para-rotulienne interne du genou gauche, d'évolution post opératoire simple (traitement antalgique par Dafalgan® à la demande et prise en

charge en physiothérapie pour récupération des amplitudes articulaires et tonification musculaire) ;

- un rapport du 29 novembre 2016 de radiographies du genou gauche réalisées à l'Institut [...] à [...] en raison de gonalgie à ce genou. Ce rapport se termine comme suit :

“Résultat :

Léger pincement du compartiment fémoro-tibial interne, petit ostéophyte périphérique. Pas de pincement du compartiment fémoro-tibial externe. Doute quant à une petite calcification du ménisque externe. Ébauche dégénérative fémoro-patellaire externe. Légère ostéopénie.
Une IRM sera utile pour évaluer les structures cartilagineuses et méniscales.” ;

- un rapport du 14 janvier 2019 du Dr W. _____ qui, au terme d'une consultation du 6 décembre 2018, a posé les diagnostics d'aponévrosite plantaire bilatérale et de cervicalgies chroniques en attestant d'une incapacité de travail de l'assurée depuis le 12 novembre 2018 ;

- un rapport du 25 octobre 2019 consécutif à une consultation du 9 septembre précédant pour un bilan phlébologique des membres inférieurs, dans lequel les médecins du Service d'angiologie au CHUV ont constaté une atteinte veineuse C3 Ep As Pr (selon classification CEAP [Clinique, étiologique, anatomique, physiopathologique]) des deux membres inférieurs sans élément en faveur de thrombose veineuse profonde, ni de séquelle post thrombotique, pour laquelle un traitement compressif de classe II avait été proposé dans un premier temps et une ordonnance remise à l'assurée, laquelle avait été informée de l'importance de la stimulation de la veinotonie par une activité musculaire régulière et des douches froides aux membres inférieurs ;

- un rapport d'examen clinique du 14 novembre 2019 du Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin-conseil de l'assureur perte de gain, qui a diagnostiqué une aponévrosite plantaire bilatérale résistante à tous les traitements correctement entrepris à ce jour chez une

patiente obèse présentant un probable syndrome douloureux chronique.
On extrait le passage suivant de ce rapport d'examen clinique :

“Status: Sympathique et collaborante patiente de 50 ans, en état général conservé, marchant difficilement comme sur des charbons ardents, le tronc penché en avant, les jambes écartées et les mains posées sur la partie haute des fesses, le visage tendu tout en soupirant de douleurs.

La patiente parviendra ensuite à demeurer assise sur ma chaise d'examen durant plus de 60 minutes sans exprimer alors de gêne ou de problème notable. La mobilité spontanée des membres supérieurs est alors normale.

Absence de foetor notable.

La patiente apparaît vive et son discours, dans un bon français de base, ne montre aucun signe ou symptôme évocateur de décompensation dépressive ou psychotique.

Le déshabillage et le rhabillage sont effectués assis et durant ceux-ci la patiente se montrera le visage crispé et soupirera de douleurs à plusieurs reprises.

TA [tension artérielle] 110/70mmHg. Pouls 80/minute régulier. A fébrile. Poids 88kg100 chez cette patiente qui pesait 67kg avant sa grossesse en 2010. Taille 150cm. BMI [Body Mass Index] 39,15.

Auscultation cardiaque et pulmonaire physiologique.

Abdomen souple et indolore sans organomégalie.

Examen neurologique des nerfs crâniens et des voies longues symétrique normal.

La mobilité de l'ensemble des articulations des membres est normale sans tuméfaction ni rougeur. Absence de signe de synovite des mains. Pieds plats bilatéraux sensibles à la palpation plantaire des deux côtés. Distance doigt-sol 24cm. Manœuvres de Lasègue négatives. La palpation de tous les points de fibromyalgie réveille d'intenses douleurs même à l'effleurement. La mobilité cervicale est normale.

Statut variqueux des deux membres inférieurs sans signe d'atteinte cutanée trophique.”

De l'avis du Dr S._____, si l'emploi habituel (nettoyeuse) effectué en position essentiellement debout et en marchant n'était plus exigible de la part de l'assurée, cette dernière restait en mesure de travailler, à un taux minimal de 80 %, dans toute activité sédentaire permettant une alternance de position comme des emplois d'aide de

bureau, de téléphoniste, de réceptionniste ou de manutention légère et assise en usine. Le médecin-examineur a précisé que, selon la psychologue traitante, un soutien médicamenteux complémentaire par un antidépresseur susceptible d'abaisser le seuil douloureux de sa patiente méritait d'être réintroduit. Cette évaluation de la capacité de travail résiduelle avait été admise par l'assurée ainsi que son médecin traitant contacté par téléphone le 14 novembre 2019.

Dans un rapport du 21 janvier 2020 à l'OAI, le Dr V._____ a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis juin 2019. Décrivant une patiente qui présentait une diminution de l'intérêt et du plaisir, sujette la plupart du temps à une fatigue massive ressentie aux niveaux corporel et moral, avec un sentiment d'impuissance accompagné d'une culpabilité liée à l'éducation de son fils et qui pleurait à l'évocation de sa santé, le psychiatre traitant a retenu des limitations fonctionnelles de difficultés dans la gestion des émotions, d'hypersensibilité au stress et de difficultés relationnelles ressenties par sa patiente qu'il estimait totalement incapable de travailler dans son activité habituelle nécessitant une position debout et la marche. Réservant son pronostic en raison de la chronicité des symptômes, le Dr V._____ a indiqué que l'importante fatigue ressentie au niveau corporel faisait obstacle à une réadaptation professionnelle de l'assurée qui effectuait elle-même les tâches ménagères.

Dans le contexte d'une assurée présentant *a priori* un syndrome douloureux somatoforme, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé nécessaire de réinterroger le médecin traitant ainsi que le psychiatre consulté par l'assurée (document intitulé « compte rendu de la permanence SMR » du 27 janvier 2020 et avis médical SMR du 14 avril 2020).

Le 2 juin 2020, le Dr Z._____ a répondu aux questions adressées dans l'intervalle par le SMR en ces termes :

"1. Quels sont les diagnostics précis pour lesquels vous suivez votre patiente actuellement ?

Question 1 : comme vous le savez suite aux nombreux documents déjà en votre possession, les diagnostics n'ont pas changé et consistent en une fasciite plantaire bilatérale sévère, documentée, résistante au traitement entrepris jusqu'ici. Probable syndrome douloureux chronique. Etat anxieux dépressif secondaire à la situation professionnelle et personnelle de cette patiente. Status après déchirure méniscale du genou G [gauche] avec rupture du LCA [ligament croisé antérieur]. Lombalgies chroniques. Insuffisance veineuse des MI [membres inférieurs] de stade C3. Obésité de stade II. Tabagisme actif. Sinusite maxillaire bilatérale chronique.

2. Merci de détailler l'évolution de l'état de santé de votre patient depuis votre dernier rapport du 20/10/2019 ?

Question 2 : pas d'amélioration significative de l'état de santé de cette patiente.

3. Pouvez-vous nous transmettre les compte-rendu d'examen complémentaires et/ou de consultations spécialisées et/ou d'hospitalisations à votre disposition ?

Question 3 : veuillez trouver les documents ci-joints (déjà en possession de l'AI depuis 2019 au moins).

4. Merci de décrire, le déroulement d'une journée type de votre patiente ?

Question 4 : Mme H. _____ se lève vers 7h00, prépare le petit-déjeuner de son petit garçon qu'elle élève seule et l'amène ensuite pour 8h15 à l'école. Elle rentre alors à la maison et s'occupe du ménage, va à des rendez-vous de physiothérapie s'ils sont agendés pour le matin, puis prépare le repas de midi et retourne chercher son enfant à l'école pour le ramener à la maison. L'après-midi il y a des lessives, du repassage, elle accompagne également son fils à ses entraînements de football, elle doit également l'accompagner à des séances de logopédie ainsi qu'à des séances de pédopsychiatrie. Elle prépare ensuite le repas du soir. Son fils a 9.5 ans.

5. Indiquer quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé invoquée dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales)

Question 5 : les répercussions de l'atteinte à la santé consistent en une fatigue importante, des douleurs de pied, des MI, de dos, de nuque et d'épaules, elle n'a pas de loisirs ni d'activités sociales très intenses, elle est limitée dans son ménage mais le fait simplement plus lentement.

6. Quelles sont les limitations fonctionnelles, objectives, d'ordre strictement médical, sans tenir compte du contexte psychosocial, de l'âge, ni de la formation ?

Question 6 : cf. réponses données à la question 1.

7. *Pouvez-vous nous confirmer, comme dans votre dernier rapport, que votre patiente a une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, sédentaire sans marche de longue distance, ni port de charge lourd ? Depuis quand ?*

Question 7 : La patiente me confirme être d'accord pour tenter un travail dans une activité adaptée à un taux d'environ de 70% effectivement, mais pour autant qu'elle se sente bien, elle me signale que quand elle va mal elle ne peut pas travailler (ni à 10, ni à 30 ni à 100%, selon ses propres termes).

8. *Si vous avez répondu par la négative à la question précédente, merci de déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée, en justifiant ? Depuis quand ? (sur un taux de 100%, même si le taux contractuel est inférieur)*

Question 8 : sans objet.

9. *Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?*

Question 9 : veuillez trouver, une fois de plus, les certificats d'arrêt de travail la concernant.

10. *Quels sont les traitements actuellement en cours et la compliance ?*

Traitement en cours : Antidépresseurs, AINS et antalgiques. [...]"

De son côté, le Dr V. _____ a, au terme de sa dernière consultation du 22 mai 2020, confirmé ses précédents diagnostics de trouble d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) dans le contexte d'un état de santé inchangé depuis son rapport de janvier 2020. Sa description de la journée type était similaire à celle rapportée par le médecin traitant de l'assurée, avec la mention d'une difficulté à faire le ménage en raison de la fatigue. Les limitations fonctionnelles, objectives, d'ordre strictement psychiatrique, étaient des difficultés à gérer les émotions, liées à l'état dépressif, une sensibilité au facteur de stress, ainsi que des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne chez une assurée très réservée éprouvant des difficultés à aborder son état psychique et sa souffrance morale, qui exprimait une certaine tristesse et se sentait dépassée par les événements quotidiens. Le Dr V. _____ a retenu une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée du point de vue psychiatrique pour permettre le propre épanouissement de l'assurée dans son activité habituelle à la F. _____. Le traitement

consistait en la prise de Duloxetine® 60 mg/jour depuis le 22 mai 2020 (rapport du 3 juin 2020 du Dr V._____).

Dans un avis médical du 23 juin 2020, le Dr N._____, du SMR, a estimé que malgré les diagnostics retenus, l'assurée fonctionnait normalement dans sa vie quotidienne, que les limitations fonctionnelles n'étaient pas uniformes dans tous les domaines et qu'existaient des facteurs extra-médicaux non du ressort de l'assurance-invalidité empêchant la reprise d'une activité professionnelle. Dans ces conditions et pour obtenir une évaluation objective avec l'analyse des indicateurs standards jurisprudentiels, il convenait de demander une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, psychiatrie et de médecine interne).

L'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire au Centre médical d'expertises K._____ SA, à [...]. Dans leur rapport du 20 novembre 2020, les Drs P._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, Q._____, spécialiste en médecine interne générale, et M._____, spécialiste en rhumatologie, ont, sur la base de leurs examens cliniques des 9 et 30 octobre 2020 (avec analyses paracliniques [taux plasmatique de Duloxetine®]) ainsi que de l'étude du dossier médical mis à leur disposition, posé les diagnostics suivants :

- “- Douleurs du genou gauche sur début de dégénérescence fémoro-tibiale interne. Arthroscopie le 14 février 2013, M17.0
- Aponévrosite plantaire bilatérale plus importante à gauche qu'à droite, M72.2
- Plainte cervicale sans support anatomique
- Fibromyalgie
- Trouble anxio-dépressif mixte, F41.2
- Obésité exogène
- Stéatose hépatique
- Status variqueux bilatéral”

Les experts du K._____ ont retenu des limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique, à savoir éviter les positions à genoux ou accroupie, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage), éviter les montées/descentes d'escaliers répétées ainsi que les marches prolongées. En guise de conclusions, ils ont estimé

que si la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était nulle depuis octobre 2018, puis de 30 % depuis juillet 2020 et progressivement 100 % sur trois mois après traitement de l'aponévrosite plantaire par infiltration, elle était de 100 % dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues, ce depuis toujours.

Dans un rapport médical SMR du 21 décembre 2020, le Dr N. _____ a fait siennes les constatations des experts du K. _____, précisant qu'il n'avait aucune raison de s'écarter des conclusions de cette expertise sous la réserve toutefois qu'il était très peu probable que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle augmente jusqu'à 100 % même après le traitement de l'aponévrosite plantaire, au vu de la situation globale.

Après avoir soumis le cas à sa division réadaptation (« REA - Rapport final » du 13 janvier 2021), l'OAI a, par projet de décision du 15 janvier 2021, fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, aux motifs que si à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit au 1^{er} octobre 2019, l'incapacité de travail et de gain était totale dans les activités habituelles en tant que nettoyeuse et employée de maison, la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (éviter les positions à genoux ou accroupie, pas de travail en hauteur [échelle, escabeau, tabouret, échafaudage], éviter les montées et les descentes d'escalier répétées ainsi qu'éviter les marches prolongées) était de 100 % depuis toujours. De la comparaison entre les revenus sans (64'055 fr. 40) et avec invalidité (54'954 fr. 62) résultait un préjudice économique correspondant à un degré d'invalidité de 14,21 %, inférieur à 40 % qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité, ni à des mesures professionnelles. L'OAI a par contre octroyé à l'assurée une mesure d'aide au placement (au sens de l'art. 18 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) ; communication du 15 janvier 2021) finalement refusée le 8 février 2021 par sa bénéficiaire qui ne se sentait pas en mesure de reprendre une activité professionnelle à plein temps en raison de son état de santé défailant.

Par correspondance du 8 février 2021, le Dr Z._____ a fait part à l'OAI de la contestation de l'assurée sur son préavis négatif du 15 janvier 2021. Dans ce cadre, l'OAI a reçu un rapport du 11 février 2021 adressé par le Dr V._____. S'accordant sur le constat d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de nettoyeuse et d'employée de maison en lien avec l'état de santé global (physique et psychique) de l'assurée, le psychiatre traitant estimait par contre que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 30 % au maximum. A cet égard, il a notamment expliqué que l'assurée conservait avec peine une activité de 30 % qui pouvait être considérée comme étant adaptée (supérieur bienveillant lui permettant de faire le travail à son rythme en respectant les restrictions physiques retenues) et qu'il n'avait pas suffisamment été tenu compte des limitations fonctionnelles d'ordre psychique (fatigue, fatigabilité, sommeil fluctuant selon l'intensité des douleurs, absence de persévérance, hypersensibilité au stress, difficultés de concentration, troubles de mémoire avec oublis fréquents de rendez-vous et d'emplacement d'objet, ainsi que difficultés dans la planification et l'organisation des tâches).

Par décision du 25 mars 2021, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision du 15 janvier 2021, avec une aide au placement ouverte.

B. Par acte du 26 avril 2021 complété le 1^{er} novembre suivant, H._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2019, le cas échéant à des mesures professionnelles, et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, la recourante a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur de l'expertise K._____. Ce faisant, elle a contesté la capacité de travail de 100 % retenue dans les activités habituelles comme celle prise en compte dans des activités adaptées par les experts. Elle opposait les compétences de son psychiatre

traitant à celles de l'expert P._____ du K._____ en invoquant, à l'aune des rapports produits, présenter une incapacité de travail d'au moins 70 % dans toute activité, ou à défaut, en demandant un complément d'instruction en l'absence de valeur probante du rapport d'expertise K._____. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la réalisation d'une expertise médicale indépendante, en particulier sur les volets rhumatologique et psychiatrique ainsi que sur le plan ergothérapeutique pour déterminer la capacité de travail sur le marché du travail, et la mise en œuvre de débats publics afin de permettre aux juges de se rendre compte de l'ampleur des atteintes à la santé.

Dans sa réponse du 19 juillet 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse en confirmant la valeur probante de l'expertise K._____.

Le 5 novembre 2021, la recourante a produit un rapport du 1^{er} novembre 2021 du Dr V._____ qui a répondu comme suit aux questions du représentant de celle-ci :

"1- Pourriez-vous expliquer d'un point de vue strictement médical et objectif, les raisons pour lesquelles l'état de santé de Madame H._____ ne lui permet pas de travailler sur le marché du travail plus qu'à un taux de 30% au regard des diagnostics que vous avez retenus ? Pourriez-vous motiver [votre] appréciation ?

D'un point de vue psychiatrique, je retiens les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F4[5].4).

L'explication de la faible capacité de travail réside dans la comorbidité trouble dépressif et syndrome douloureux somatoforme persistant. En effet, cette comorbidité est relativement fréquente étant donné qu'environ la moitié des personnes présentant un trouble dépressif se plaignent de douleurs et jusqu'à 60 % des patients avec des douleurs chroniques présentent un trouble dépressif.

Les deux troubles s'entretiennent de façon mutuelle. D'une part, la dépression exacerbe l'intensité des symptômes douloureux, baisse le seuil de tolérance à la douleur et l'efficacité des traitements antalgiques augmentant ainsi les limitations fonctionnelles qui en résultent. D'autre part, la douleur chronique péjore la symptomatologie dépressive et constitue un facteur de mauvais pronostic. Quand cette douleur est modérée à sévère, quand elle altère le fonctionnement du patient comme c'est le cas de Mme H._____ et/ou quand elle est réfractaire au traitement

médicamenteux, elle s'accompagne de plus de symptômes dépressifs et d'un mauvais pronostic : moindre qualité de vie, réduction de la capacité de travail et davantage de recours aux soins.

2- *Pourriez-vous motiver pourquoi vous avez retenu le diagnostic de trouble dépressif récur[r]ent, épisode actuel moyen et non celui d'un trouble anxiodépressif mixte tel que retenu par l'expert du K._____ ?*

En se référant à la CIM-10, pour le trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), il est précisé que cette catégorie doit être utilisée quand le patient présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Or dans le cas de Mme H._____, les symptômes dépressifs sont suffisamment intenses pour justifier un diagnostic distinct d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen sans syndrome somatique.

En effet, les symptômes sont présents sur une période supérieure à 2 semaines. L'anamnèse ne révèle pas d'antécédents d'épisode maniaque ou hypomaniaque. Le tableau clinique est constitué par des :

a) Symptômes typiques :

- ▶ On constate un abaissement stable de l'humeur comparé à l'état antérieur de la patiente c.à.d. qu'on n'assiste pas à une variation d'un jour à l'autre ou selon les circonstances. Part contre, cette dépression est plus prononcée le matin.
- ▶ Diminution de l'intérêt et du plaisir : Mme H._____ a nettement moins de plaisir dans ce qu'elle arrive à faire comme activités avec son fils. Elle le fait par obligation en tant que mère.
- ▶ Une nette diminution de l'énergie se traduisant par une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Auparavant, Mme H._____ était très active et toute sa semaine était pleine. Actuellement, elle l'est nettement moins. D'autre part, des efforts minimes entraînent souvent une fatigue importante. Toutefois, elle parvient à conserver un faible pourcentage d'activité car elle le fait à son rythme.

b) Symptômes autres :

- ▶ Une diminution de la concentration et de l'attention.
- ▶ Une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi.
- ▶ Une vision pessimiste de l'avenir.

Pour retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen, il faut au moins deux symptômes typiques et au moins 3 autres symptômes. Ainsi, nous avons le nombre suffisant de critères requis.

Je ne retiens pas la présence de syndrome somatique (équivalent de symptômes plus intenses) car sur les 8 critères suivants à vérifier, il n'y a que les 3 premiers qui sont présents :

- ▶ Diminution de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
- ▶ Réveil matinal précoce.
- ▶ Dépression plus marquée le matin.
- ▶ Manque de réactivité émotionnelle à des événements ou à des circonstances habituellement agréables.
- ▶ Ralentissement psychomoteur ou agitation psychomotrice marqués.
- ▶ Une perte marquée d'appétit.
- ▶ Une perte de poids.
- ▶ Diminution marquée de la libido.

Reste à expliquer la présence d'anxiété dans le cas de Mme H._____. En effet, l'anxiété peut être présente en même temps qu'un trouble dépressif sans forcément répondre aux critères d'un trouble anxieux distinct. On pense que dans le cas de la dépression et de l'anxiété, on est plutôt dans un continuum. Le fait que la plupart des récents antidépresseurs soient efficaces dans les troubles anxieux corrobore cette hypothèse. Le chevauchement des symptômes anxieux avec les symptômes dépressifs péjore et prolonge l'évolution de la dépression. D'autre part, les symptômes anxieux demeurent souvent comme des symptômes résiduels dans les épisodes dépressifs.

Enfin, il est intéressant de noter que le trouble anxieux et dépressif mixte a été considéré comme un diagnostic non suffisamment fiable et a été supprimé de la 5^{ème} version du DSM avec toutefois l'ajout de la spécification : avec anxiété.

3- Quel est le pronostic ?

La chronicité des troubles et la comorbidité présagent d'un pronostic défavorable. Comme susmentionné, les deux troubles s'entretiennent mutuellement. Si l'on pourrait espérer une amélioration des symptômes dépressifs, anxieux et de la douleur, il est peu probable qu'il y ait une amélioration sur le plan fonctionnel. Dès lors, la capacité de travail ne dépassera pas les 30% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, comme c'est le cas actuellement."

Dans sa duplique du 6 décembre 2021, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Produisant un avis du 16 novembre précédant du Dr N._____, du SMR, auquel il se ralliait, il a estimé que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position qui se basait sur une expertise pluridisciplinaire indépendante. L'office intimé a rappelé qu'il était possible de s'écarter d'une conclusion d'expertise sur un point (en l'occurrence, la récupération d'une exigibilité dans l'activité habituelle de 100 % semblait peu probable comme relevé dans l'avis SMR du 21 décembre 2020) sans pour autant que cette expertise ne perde sa valeur probante en lien avec la pleine exigibilité médicale retenue dans une activité adaptée.

Le 10 mars 2022, persistant dans ses conclusions précédentes en maintenant le caractère non probant du rapport d'expertise du K._____ et estimant qu'il convenait de se rallier aux conclusions des rapports médicaux convaincants produits par ses soins, la recourante a fait verser en la cause un ultime rapport du 1^{er} mars 2022 rédigé à l'intention de son représentant dans lequel le Dr V._____ a fait part de ses remarques sur le dernier avis SMR du 16 novembre 2021 en ces termes :

- “■ Dans cet avis, il est indiqué que l'assurée peut mobiliser ses ressources.
Il s'agit d'une affirmation réductrice qui ne reflète pas la réalité. En effet, Mme H._____ dispose de peu [de] ressources et n'a pas d'autre choix. C'est une question d'assurer un revenu pour un minimum vital pour elle et son fils. Concernant le 30% d'activité professionnelle qu'elle effectue avec une grande peine et au prix de douleurs, il s'agit, comme expliqué dans un précédent rapport, d'un poste adapté, avec un chef très compréhensif. Un véritable problème va se poser à Mme H._____ au départ de ce chef à la retraite ainsi que le jour où sa mère qui habite sur le même palier ne sera plus en mesure de l'assister et de la soutenir financièrement.
- Il est indiqué également que la patiente garde des liens sociaux. Il s'agit en effet d'un minimum nécessaire pour l'éducation et la socialisation de son fils.
- Concernant le diagnostic, je réitère ce que j'ai indiqué dans mon rapport du 1.11.2021. L'expert psychiatre retient le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, ce qui ne correspond pas au tableau clinique ni au[x] critères diagnostics exigés par la CIM-10 de ce trouble. En effet, la CIM 10 précise que cette catégorie doit être utilisée quand le patient présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Or, dans le cas de Mme H._____, nous avons une prédominance nette des symptômes dépressifs qui sont suffisamment intenses et remplissent les critères d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique. Dans mon précédent rapport, j'ai détaillé ces symptômes. Le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte ne correspond donc pas au tableau clinique et il doit être écarté au profit du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique.
- Concernant l'intensité du suivi, sa fréquence est en moyenne mensuelle. Cette fréquence est adaptée à l'état de la patiente avec une intensification du suivi lors des périodes de crise. Au vu

de [la] situation sanitaire qui prévalait et parfois en raison de l'urgence de la situation, les entretiens se font par téléphone.

- Quant à la compliance au traitement médicamenteux de Duloxetine, rappelons que pour un épisode dépressif moyen, le traitement peut consister en une psychothérapie ou en un traitement antidépresseur ou une combinaison des deux. Ceci a été mon choix dans le cas de Mme H._____ au vu de la comorbidité avec le syndrome douloureux somatoforme persistant. La Duloxetine est en effet parfaitement indiquée dans ce cas.

Que le taux plasmatique de Duloxetine montre une faible compliance n'est pas surprenant. En effet, certaines études ont montré qu'environ la moitié des patients, bénéficiant des soins en milieu psychiatrique ou dans le cadre des soins de premiers recours, ne prennent pas les antidépresseurs prescrits. [...]

Dans le cas de Mme H._____, cette faible adhérence au traitement antidépresseur de Duloxetine s'explique par la peur des effets secondaires, notamment la prise de poids, surtout qu'elle présente déjà une obésité.

Partant de ce constat de faible compliance, cet aspect est travaillé en thérapie. On note actuellement une nette amélioration sur ce plan, corroborée par le taux plasmatique de Duloxetine du 21 février 2022 qui montre un taux dans les normes : 213 nmol/l (valeurs de référence entre 100 et 400 nmol/l)."

C. Par décision du 21 juin 2021, H._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 avril 2021. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc lui a été désigné.

Il sera pour le surplus fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

E n d r o i t :

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

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit à une rente, subsidiairement à des mesures professionnelles.

b) 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 25 mars 2021 (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).

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

l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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. 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).

b) 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).

c) 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).

d) 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).

e) La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste

(FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

f) 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 asséculo-logique. 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).

4. a) En l'occurrence, l'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures professionnelles, sur la base du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 novembre 2020. Suivant le point de vue du SMR (rapport médical du 21 décembre 2021), l'OAI retient une capacité de travail de la recourante nulle dans les activités habituelles au terme du délai d'attente légal d'un an (en l'occurrence le 1^{er} octobre 2019) - s'écartant sur ce point de l'expertise qui prévoit, moyennant traitement, une récupération progressive d'une capacité de travail de 100 % -, ainsi qu'une capacité de travail de 100 %

dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (éviter les positions à genoux ou accroupie, pas de travail en hauteur [échelle, escabeau, tabouret, échafaudage], éviter les montées et les descentes d'escalier répétées ainsi qu'éviter les marches prolongées) ; après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, le degré d'invalidité est de 14,21 %. Aucune mesure d'ordre professionnel ne saurait réduire le préjudice économique.

Dans ses écritures, la recourante fait valoir que l'expertise du K._____ se baserait sur des examens incomplets car ne prenant pas en compte le gonflement très invalidant et douloureux des pieds et du bas des jambes, les douleurs dorso-lombaires ainsi que les douleurs à l'épaule gauche, comporterait des erreurs en particulier sur la médication actuelle (la prise de Tramadol® et d'Irfen® [2x/jour] ne serait pas notée) et des conclusions hâtives de la part de l'expert rhumatologue dans la mesure où il exclut toute maladie inflammatoire, sans examens sérologique et radiologique dorso-lombaire, et conclut à une capacité de travail à 100 % dans une activité habituelle après trois mois de traitement, ce qui est critiquable au vu de l'ensemble des rapports médicaux au dossier ainsi que de l'avis du SMR. Elle a des doutes sur l'objectivité de l'expert rhumatologue du K._____, son conseil allant jusqu'à qualifier l'expertise de bâclée en alléguant que les experts auraient pu procéder à un « copier-coller » des passages d'une autre expertise, susceptible d'expliquer les erreurs commises. Concernant l'expertise de médecine interne générale, la recourante remet en question la constatation selon laquelle elle est en mesure de rester assise une heure, alors qu'elle indique ne pouvoir rester dans cette position que durant dix minutes. S'agissant de l'expertise psychiatrique, elle oppose le point de vue de son médecin, le Dr V._____, à celui de l'expert P._____, estimant que les conclusions de ce dernier sur l'absence de trouble dépressif récurrent et de syndrome douloureux somatoforme seraient insuffisamment motivées ; ce faisant elle conteste le bien-fondé du diagnostic non incapacitant de trouble anxiodépressif mixte (F41.2) retenu. De l'avis du Dr V._____, sa patiente ne serait en mesure de travailler à 30 % les soirs qu'au prix de douleurs importantes et à défaut de pouvoir subvenir aux besoins de son fils,

emploi qui a pu être maintenu uniquement grâce à la grande compréhension et patience de l'actuel responsable. De plus, la recourante fonctionnerait au quotidien uniquement grâce à l'aide de sa mère qui habite sur le même palier qu'elle. S'agissant de son traitement, mis en cause par les experts, il serait désormais normalisé.

De manière générale, la recourante critique la durée des examens des experts du K._____, étant d'avis qu'au vu de leur brièveté, ceux-ci n'étaient pas en mesure de se prononcer en parfaite connaissance de cause sur son état de santé déficient. Elle déplore les conclusions des experts qui, à ses yeux, sont en contradiction avec les rapports produits par ses soins, et reposent sur des examens qu'elle qualifie de sommaires et de superficiels. Enfin, elle se prévaut du fait que les experts ne rempliraient pas les exigences de l'art. 7m OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11) mais sans fournir de plus amples explications.

b) Il convient en premier lieu de rappeler que la durée de l'examen de l'intéressée, en l'occurrence 1h30 par expert, ne saurait en soi être considérée comme brève ou insuffisante et importe de toute façon peu dans la mesure où le rôle de l'expert consiste à se faire une idée sur l'état de santé du patient dans un délai relativement bref (TF 9C_386/2010 du 15 novembre 2010 consid. 3.2 et I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4). On ajoutera de surcroît que l'expert jouit d'une large autonomie dans la manière de conduire son expertise, s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer et qu'il n'appartient pas au juge mais au praticien de décider s'il convient ou non de mettre en œuvre de tels examens (TF 9C_812/2014 du 16 février 2015 consid. 4.1 ; TF 9C_715/2013 du 4 février 2014 consid. 4.1.3 et la référence).

c) L'expertise pluridisciplinaire confiée au K._____ par l'OAI a retenu des diagnostics incapacitants sur le plan rhumatologique exclusivement, à savoir une douleur du genou gauche sur début de dégénérescence fémoro-tibial interne avec arthroscopie le 14 février 2013

(M17.0) et une aponévrosite plantaire bilatérale plus importante à gauche qu'à droite (M72.2) justifiant des limitations fonctionnelles. L'expert rhumatologue a également posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de plainte cervicale sans support anatomique, de fibromyalgie ainsi que d'obésité. Sur le plan de la médecine interne, il a été posé les diagnostics d'obésité exogène, de stéatose hépatique ainsi que de status variqueux bilatéral. Du point de vue psychiatrique, il a été retenu un trouble anxiodépressif mixte (F41.2), ceci à l'exclusion des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) tels que mentionnés par le Dr V._____. Compte tenu d'atteintes à la santé physiques avec influence sur la capacité de travail, les experts ont unanimement estimé la capacité de travail résiduelle de l'assurée à 100 % dans une activité adaptée, ce depuis toujours.

aa) S'agissant des atteintes somatiques, les experts du K._____ relaient les plaintes de la recourante concernant ses douleurs, qu'elles se situent au niveau dorso-lombaire, à l'épaule gauche, dans les deux pieds et les talons ainsi que sur le dessus de la plante des pieds, au niveau de la cheville avec une augmentation de volume. Cette douleur remonte le long de tout le corps, soit dans les jambes et les genoux, avec une augmentation de volume, puis dans la cuisse. Cette douleur remonte ensuite dans le rachis dorsal, le rachis cervical, les épaules, les membres supérieurs, en particulier les coudes et les mains, avec une augmentation de volume (expertise, p. 17 et pp. 24-25). Sur la base de leurs examens cliniques et des pièces médicales au dossier, les experts somaticiens concluent cependant au caractère extrêmement diffus des douleurs, à une attitude très démonstrative de l'assurée ainsi qu'à de nombreux signes de Waddell positifs (4 sur 5). Ainsi, sur le plan rhumatologique, l'expert a émis les constatations suivantes (expertise, p. 28) :

"7. Evaluation médicale et médico-assurantielle

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Madame H. _____ se plaint de douleurs depuis de nombreuses années. La radiographie du genou gauche montre un début de gonarthrose interne. L'IRM du 18.01.2013 montre une anomalie du ligament croisé antérieur et une méniscopathie de la corne postérieure du ménisque interne. Elle est vue par un chirurgien orthopédique qui ne valide pas la déchirure du croisé antérieur car la clinique est normale, mais il existe en effet une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Elle est opérée par arthroscopie en février 2013 où l'on remarque la déchirure de la corne postérieure du ménisque interne avec une déchirure partielle du ligament croisé antérieur, présence d'une plica pararotulienne interne. La reprise du travail s'effectue à 100% en mars 2013. Une radiographie du genou gauche le 29.11.2016 montre un léger pincement fémoro-tibial interne.

Le 08.03.2018 une radiographie du rachis montre un aspect de fusion C2-C3 sans autre anomalie au niveau du rachis dorsal ou lombaire.

Le 15.11.2018 une IRM de l'arrière-pied montre une fasciite plantaire bilatérale sur un pied plat, plus importante à gauche qu'à droite. Une IRM le 12.04.2019 met en évidence une légère régression de l'œdème osseux sur la calcanéum gauche. Déjà, à cette époque, les douleurs se sont largement diffusées et s'associent à un syndrome dépressif.

L'examen clinique de ce jour montre des douleurs extrêmement diffuses, une attitude très démonstrative de l'expertisée et de nombreux signes de Waddell positifs, 4/5. Elle présente des signes de fibromyalgie positifs. La douleur est tellement diffuse qu'il est difficile de faire un diagnostic précis puisqu'au niveau du pied il n'y a plus de douleur spécifique au niveau du talon mais sur la totalité du pied.

7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Il s'agit d'une expertis[ée] qui présente une douleur extrêmement diffuse et de façon ponctuelle une douleur du genou gauche persistante après une arthroscopie réalisée en février 2013. Les radios ultérieures ont montré un pincement du compartiment fémoro-tibial interne bilatéral. Il n'a pas été constaté d'épanchement à l'occasion de cette expertise, le genou est froid et il n'y a pas d'instabilité. Il n'a pas été retrouvé, non plus, de laxité antéro-postérieure et pas de tiroir antérieur ou de signe de Lachmann traduisant une atteinte du ligament croisé antéro-externe. L'absence d'épanchement repousse l'indication d'une infiltration de cortisone, par contre, une infiltration d'acide hyaluronique correspondrait au diagnostic d'arthrose débutante.

Elle présente une fasciite (aponévrosite plantaire) incontestable sur l'I.R.M des pieds avec œdème à l'insertion osseuse sur le calcanéum. Le deuxième I.R.M a montré une diminution de cet œdème 04/2019. La solution est souvent l'infiltration sous contrôle échographique et la mise en place d'une semelle orthopédique amortissante et corrigeant le pied plat.

L'examen du rachis est plutôt satisfaisant au niveau cervical puisque la mobilité est très bien conservée et qu'il n'y a aucune irradiation neurologique dans les membres supérieurs. La radio ne montre qu'un bloc C2-C3 probablement congénital. En revanche, il n'y a aucune image radiologique siégeant sur le rachis dorsal ou lombaire. Enfin on retrouve les points de fibromyalgie à hauteur de 17/19."

L'expert rhumatologue relève de nombreuses incohérences constatées entre l'examen clinique et les constatations objectives radiologiques à l'exception de l'aponévrosite plantaire et de la douleur du genou gauche. Il décrit une expertisée très démonstrative, se déplaçant en se tenant au mur (expertise, p. 29).

Au terme de leurs examens, les experts somaticiens ont retenu que l'assurée disposait de ressources pour s'en sortir. Ainsi, au moment d'apprécier les capacités, les ressources et difficultés de l'assurée, l'expert rhumatologue a notamment observé ceci (expertise, p. 29) :

"Il s'agit d'une expertisée qui effectue la totalité des gestes de la vie quotidienne et qui est aidée par sa mère, uniquement pour garder son fils lorsqu'elle va travailler et pour faire la cuisine lorsqu'ils mangent ensemble.

Elle se déplace normalement plusieurs fois par jour, va faire ses courses, et a repris une activité de nettoyage de bureau 2h30 tous les soirs. Les douleurs cervicales dont se plaint l'expertisée ne s'appuie[nt] pas sur une atteinte anatomique majeure et l'examen clinique est normal. Les douleurs des pieds ne sont pas traduites par des douleurs aiguës au cours de cette expertise.

Le retentissement de la fibromyalgie, apprécié selon le test SSA révélant l'importance de l'asthénie, et de la somnolence est de 4/9 et les signes associés sont à 1/3. Le retentissement global est à 5/12 ce qui est faible. Elle est très entourée par sa famille et se rend en Turquie tous les ans.

Le poste de nettoyage en garderie nécessitait des gestes pour nettoyer les meubles, parfois pour récolter, laver et plier le linge et mettre en place la table du réfectoire et parfois faire la vaisselle. Elle devait souvent marcher ou rester debout, soulever des poids légers inférieurs à 10 kg et rarement plus. Le poste dans le nettoyage de bureau imposait d'assurer la propreté des bureaux, de marcher, de rester debout et de soulever des poids légers inférieurs à 10 kg. [...]"

A ce stade, il convient d'observer que contrairement à ce que soutient la recourante dans ses déterminations du 10 mars 2022, tant le Dr S. _____ (médecin-conseil de l'assureur perte de gain) que l'expert en médecine interne retiennent une capacité de la recourante à rester assise plus de 60 minutes sans gêne ou problème notables (rapport d'examen clinique du 14 novembre 2019, p. 4).

Les experts ont notamment justifié leurs diagnostics et leurs évaluations sur la base des éléments objectifs du dossier. A cet égard, il existe en particulier un rapport de radiographies du rachis cervical, dorsal et lombaire (face/profil) du 8 mars 2018 montrant un aspect de fusion C2-C3 sans autre anomalie au niveau du rachis dorsal ou lombaire qui a été mentionné, respectivement discuté, par les experts somaticiens (expertise, p. 4 et surtout p. 28). Par ailleurs, la recourante ne fait pas état de rapports médicaux postérieurs à cette date qui concerneraient ou recommanderaient un tel examen radiologique et il n'en existe pas d'antérieurs au 8 mars 2018, avec pour conséquence que l'examen pratiqué ce jour-là paraît toujours d'actualité.

Les gonflements dont se plaint la recourante sur différents endroits de son corps sont rapportés sous la dénomination « augmentation de volume » (expertise, p. 24). Ils n'ont cependant pas été constatés lors de l'examen clinique, ce qui n'entraîne rien de significatif autorisant à contester la valeur probante de l'examen rhumatologique.

S'agissant de la médication actuelle, les experts ont indiqué en particulier la prise de Zaldiar® deux comprimés par jour (expertise, p. 19 et p. 26), substance qui se compose de Tramadol chlorhydrate® (37.5 mg) et Paracétamol® (325 mg) comme l'observe l'office intimé dans sa réponse du 19 juillet 2021.

Quant au reproche d'absence d'examen sérologique, il ne ressort pas des rapports des rhumatologues traitants ou du Dr S. _____ l'existence de symptômes imposant un tel examen. En particulier, les diagnostics de fasciite plantaire, de lombalgies chroniques, de gonalgies

chroniques et d'obésité retenus par le Dr W._____ n'impliquent *a priori* pas un tel examen. De son côté, le Dr S._____ mentionne au demeurant une mobilité de l'ensemble des articulations des membres normale, sans tuméfaction, ni rougeur, une absence de signe de synovite et il ne requiert pas d'examen sérologique sur la base de ses constats cliniques. Contrairement à ce que soutient la recourante, le fait que les experts n'aient pas procédé à des examens de laboratoire ou d'imagerie n'est donc pas significatif en l'occurrence, d'autant qu'aucune pièce médicale au dossier n'en relève la nécessité.

Par ailleurs, il était possible à l'OAI de s'écarter d'une conclusion d'expertise sur un point (en l'occurrence, la récupération d'une exigibilité de 100 % dans l'activité habituelle semblait peu probable comme relevé par le SMR) sans que cela n'autorise à contester ou douter de la valeur probante des conclusions de l'expert rhumatologue sur la capacité de travail totale de la recourante dans une activité adaptée à son état de santé physique déficient.

S'agissant de l'appréciation du Dr S._____, il convient d'observer qu'en raison d'une aponévrosite plantaire bilatérale probablement favorisée par un trouble de la statique plantaire ainsi que par une obésité sévère, celui-ci considère la recourante apte à travailler à un taux minimal de 80 %, et non maximal, dans tout emploi sédentaire permettant une alternance de position comme souhaité par la recourante.

Enfin, le Dr W._____ indiquait en octobre 2019 que la recourante pourrait probablement reprendre ses activités et depuis lors, elle n'est apparemment plus suivie par un rhumatologue ; elle a déclaré à l'expert rhumatologue uniquement prendre des médicaments et que la physiothérapie avait été stoppée en raison du Covid (expertise, p. 24), ce qui est plutôt significatif d'une absence de dégradation de la situation. On observe que l'abstention de marche et de station debout préconisée par le rhumatologue traitant doit être mise en relation avec le diagnostic de fasciite plantaire et qu'il ne s'agit en aucun cas d'une impossibilité

fonctionnelle permanente au vu des activités quotidiennes de la recourante.

Pour le reste, c'est le lieu de constater d'une part l'absence de rapport du Dr W._____ postérieur à la date des examens cliniques du 9 octobre 2020 au K._____ et, d'autre part, de rapport émanant du Dr Z._____. Il n'y a donc aucun diagnostic nouveau à ceux déjà connus et identifiés par les experts. Le SMR tient compte de l'ensemble de la situation médicale pour forger son avis.

En conclusion, il apparaît que les experts somaticiens ont dûment motivé leurs conclusions, en distinguant les éléments subjectifs, basés sur les plaintes relatées par la recourante, et leurs propres constatations médicales ainsi que les pièces médicales au dossier sans que l'expertise ne souffre de contradictions ni de défauts manifestes s'agissant des atteintes somatiques retenues n'interférant pas avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles listées. Il s'en suit que les volets somatiques de l'expertise ont valeur probante et que les griefs de la recourante peuvent être écartés.

bb) Le volet psychiatrique de l'expertise a également valeur probante. S'agissant de la divergence en matière de diagnostic opposant le Dr V._____ et l'expert psychiatre, il convient d'abord de rappeler que selon la définition de la CIM 10 [Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision]) le trouble anxiodépressif correspond à une « *catégorie [qui] doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Quand des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés, les deux diagnostics doivent être notés et on ne fait pas un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte* ». En l'occurrence, l'expert retient ce diagnostic sur la base du constat d'une tristesse fluctuante et d'une très légère tension nerveuse fluctuante

durant l'entretien secondaires aux difficultés personnelles de la recourante, avec sur ce point une anxiété sous la forme de panique pour l'avenir de son fils, exprimée sous la forme d'une peur à l'idée qu'il pourrait se retrouver seul s'il devait lui arriver quelque chose. L'expert retient des symptômes dépressifs à l'instar du psychiatre traitant mais sans leur conférer l'intensité nécessaire au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen. A l'instar de l'expert, il faut bien admettre que le médecin traitant n'étaye guère ce dernier diagnostic, que ce soit dans les rapports produits en procédure administrative ou judiciaire. En effet, si la tristesse est présente, la diminution de l'intérêt et du plaisir n'est toutefois pas généralisée mais se réfère aux activités liées à l'éducation du fils. Quant à la diminution de l'énergie voire la fatigabilité, il est difficile de distinguer dans les rapports du Dr V. _____ si elle résulte de l'état de santé somatique ou psychique, voire des deux. S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), il est posé par le médecin traitant de façon théorique alors que le critère de la douleur persistante et intense fait défaut ; cette douleur n'a pas pu être observée par l'expert sur la base des plaintes, ni ne ressort de la relation de son état par la recourante auprès de son psychiatre, ni des éléments d'anamnèse, ni de la description de ses activités. C'est le lieu de rappeler que le Tribunal fédéral (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2) a récemment rappelé qu'un trouble dépressif de degré léger à moyen sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques (en l'occurrence, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] n'est pas retenu) ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave.

En l'espèce, l'expert ne retient aucun diagnostic incapacitant. Ainsi, a-t-il notamment constaté ce qui suit (expertise, p. 12) :

"7. Evaluation médicale et médico-assurantielle

[...]

7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Prise en charge chez un psychiatre à raison d'une fois par mois ou d'une fois tous les deux mois. Elle prend de la Duloxetine. Selon le

dosage plasmatique, l'expertisée ne prend pas la Duloxetine prescrite par son psychiatre.

Du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune contre-indication à ce que Madame H. _____ suive une mesure de réadaptation si celle-ci devait être indiquée.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

L'expertisée a peu de plaintes du point de vue psychique. Elle est restée calme pendant l'entretien, elle a même souri à plusieurs reprises. Elle dit que malgré ses douleurs, elle est capable de travailler à 30% et de s'occuper de son fils activement. Elle évoque simplement une anxiété, elle est surtout paniquée à l'idée que son fils pourrait se retrouver seul s'il devait lui arriver quelque chose.

Nous avons des divergences avec les diagnostics retenus par son psychiatre. Nous n'avons retenu ni le trouble somatoforme ni le trouble dépressif, diagnostics par ailleurs non étayés par ce médecin.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Madame H. _____ est capable de s'adapter à des règles et à des routines, elle sait planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité. Elle a la capacité de changement et elle est capable de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Elle arrive à s'occuper activement de son fils. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation, établir le contact avec des tiers. Elle est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations (elle a beaucoup de contacts avec ses frères et sœurs), même si elle s'occupe surtout de son fils et de sa mère. Elle peut prendre soin d'elle-même et subvenir à ses besoins. Elle dispose de mobilité, elle a les moyens de se déplacer, notamment avec les transports publics. Sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée."

En l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 3b supra) n'a pas à être effectuée (TF 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

Même si tel devait être le cas, il serait constaté que concernant le degré de gravité fonctionnel du trouble, l'expert psychiatre n'a pas constaté la présence de manifestations concrètes de l'atteinte à la santé sur les activités de l'assurée dont la description de ses activités quotidiennes démontre que l'état de santé psychique n'entraîne pas de limitations fonctionnelles significatives susceptibles d'entraver sa capacité

de travail. S'agissant du traitement, la recourante est suivie sous la forme d'une consultation mensuelle ou tous les deux mois. Elle est également traitée par Duloxetine® dont l'absence de compliance au jour de l'examen par l'expert s'explique par la crainte des effets secondaires, en particulier la prise de poids, et non par le trouble psychique dont l'intéressée est affectée. Dans un tel contexte, il ne saurait être retenu un échec du traitement thérapeutique impactant les ressources de la recourante. Pour l'examen des ressources personnelles de la recourante, l'expert a retenu qu'elle est capable de s'adapter à des règles et à des routines, sait planifier et structurer ses tâches, fait preuve de flexibilité, qu'elle a des capacités d'adaptation et de mobilisation de ses compétences et ses connaissances. Elle est par ailleurs apte à prendre des décisions, possède du discernement, est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Elle s'occupe activement de son enfant et peut s'affirmer, tenir une conversation, établir le contact avec des tiers. Elle est aussi apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, même si elle s'occupe principalement de son fils et de sa mère. Pour ce qui concerne la cohérence, l'expert n'a pas noté d'incohérence entre l'examen clinique, l'anamnèse et le dossier mis à sa disposition. S'agissant par ailleurs de troubles de l'attention et de la mémoire, aucun des rapports médicaux du psychiatre traitant n'en fait état objectivement, sous réserve de la mention, au titre de symptômes, de diminution de la concentration et de l'attention (rapport médical du 1^{er} novembre 2021 du Dr V._____, p. 2) cependant sans autre précision.

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 (cf. consid. 3f supra). Selon le Dr V._____, la recourante parviendrait à travailler à un taux de 30 % uniquement grâce à l'écoute de son responsable et son fonctionnement quotidien ne serait possible que grâce à l'aide dont elle bénéficie de sa mère ; ce sont des éléments qui sortent du champ médical et dont il n'y a pas lieu de tenir compte dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Le psychiatre traitant procède pour sa part à une appréciation

divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical, sans que son avis doive être préféré à celui de l'expert.

d) Aucune pièce au dossier ne permet de mettre sérieusement en doute les conclusions des experts du K._____. Le SMR tient compte de l'ensemble de la situation médicale pour forger son avis et l'OAI a examiné et pris en considération la globalité du dossier pour rendre ses conclusions.

Par surabondance, il n'y a pas lieu de s'arrêter plus en détail sur la critique de la recourante selon laquelle les experts mandatés par l'OAI ne rempliraient pas les conditions de l'art. 7m OPGA, cette disposition, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, ne pouvant trouver application dans le cas d'espèce, compte tenu de la date de l'expertise.

5. a) Enfin, reste à discuter le degré d'invalidité de la recourante quant au refus de mesures d'ordre professionnel en sa faveur décidé par l'OAI.

b) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

c) En l'occurrence, l'office intimé a comparé un revenu sans invalidité de 64'055 fr. 40 avec un revenu d'invalidité de 54'954 fr. 62, pour aboutir à un degré d'invalidité de 14,21 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles. En l'absence de griefs de la recourante à ce propos, il n'y a par conséquent

pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé.

La recourante présente un degré d'invalidité inférieur à 20 %, de sorte qu'elle n'a pas droit à un reclassement (ATF 139 V 399 consid. 5.3). S'agissant de la mise en œuvre d'autres mesures d'ordre professionnel, les conditions ne sont à l'évidence pas remplies, à l'exception d'une aide au placement.

6. La recourante a requis la mise en œuvre de débats publics sans invoquer l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), ni faire référence à la jurisprudence y relative. À l'appui de sa requête de mise en œuvre de débats publics déposée dans ses écritures, elle s'est en effet limitée à requérir son audition pour permettre aux juges de se rendre compte de l'ampleur de ses atteintes à la santé. Or si l'art. 6 par. 1 CEDH garantit à chacun le droit à ce que sa cause soit entendue publiquement, une telle demande doit être formulée de manière claire et indiscutable (TF 9C_335/2021 du 9 février 2022 consid. 3.2). Tel n'est pas le cas en l'espèce, la requête formulée par la recourante – assistée d'un mandataire professionnel – constituant une demande tendant à son audition sur l'ampleur de ses atteintes à la santé. Il s'agit d'une requête de preuve qui ne fonde pas l'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 CEDH.

7. Pour le reste, le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction sous la forme d'expertises complémentaires. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

8. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Jean-Michel Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. La liste d'opérations produite par Me Duc le 23 mai 2022 faisant état de seize heures et cinquante-cinq minutes ainsi que 234 fr. 52 de débours pour la période du 26 avril 2021 au 23 mai 2022 a été contrôlée au regard de la présente procédure et doit être réduite pour les raisons qui suivent.

Il apparaît en premier lieu que l'étude du dossier a été facturée à double, soit les 26 avril 2021 et 19 août 2021. Une réduction d'une heure et quarante-cinq minutes doit donc être opérée.

Me Duc indique encore s'être entretenu soit par téléphone soit par courrier ou courriel avec le Dr V. _____ à de nombreuses reprises (à savoir les 27 septembre, 26, 28 et 29 octobre et 1^{er} novembre 2021 ainsi que les 19 janvier, 8 février et 1^{er} mars 2022), annonçant un total d'une heure et trente minutes de travail d'avocat à ce titre. Cette durée paraît excessive pour l'exécution du mandat d'office compte tenu pour l'essentiel de questions d'ordre assez général en relation avec une problématique médicale banale et n'impliquant pas de recherches ou développements particulièrement fouillés. Il convient ainsi de ramener la durée annoncée à un total de trente minutes pour l'ensemble des contacts

nécessaires avec le psychiatre traitant. Enfin, Me Duc indique avoir consacré le 10 mars 2022 deux heures et trente minutes au titre de rédaction de déterminations. Cette durée apparaît excessive dès lors que cette écriture ne fait pour l'essentiel que reprendre le contenu des rapports des 1^{er} novembre 2021 et 1^{er} mars 2022 du Dr V._____ en se référant par ailleurs aux écritures précédentes pour contester le bien-fondé de l'expertise médicale de novembre 2020. Une durée d'une heure pour la rédaction de ces déterminations paraît dès lors plus appropriée.

Par ailleurs, la facturation en date du 10 mars 2022 d'une heure et quinze minutes pour l'examen du dossier physique et électronique, notamment de l'expertise K._____, n'est pas admissible dans son entier, les pièces au dossier ayant déjà été étudiées. Il sera opéré une réduction d'une heure sur cette opération.

Compte tenu de ce qui précède, de l'importance et de la complexité du litige, il y a lieu de retenir une durée totale de onze heures et quarante minutes (au lieu de seize heures et cinquante-cinq minutes de travail annoncées). Il convient dès lors d'arrêter l'indemnité à 2'374 fr. 80, débours (forfait [5% du défraiement hors taxe]) et TVA (7,7 %) compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'374 fr. 80 (deux mille trois cent

septante-quatre francs et huitante centimes), débours et TVA compris.

VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour H. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :