

VD_FINDINFO AI 246/18 - 322/2020 vom 17. September 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_246_18_-_322_2020

FR: VD_FINDINFO AI 246/18 - 322/2020 du 17 septembre 2020

IT: VD_FINDINFO AI 246/18 - 322/2020 del 17 settembre 2020

Regeste

NOUVELLE DEMANDE | 87 RAI

Erwägungen

E. 1

Comorbidité psychiatrique importante [...] ? Non, ce n'est pas le cas

E. 2

Affection corporelle chronique [...] Oui, une affection corporelle est objectivée

E. 3

Perte d'intégration sociale [...] ? Non, ce n'est pas le cas

E. 4

Etat psychique cristallisé [...] ? Non

E. 5

Processus défectueux de résolution de conflit ? Hypothèse psychanalytique difficile à vérifier

E. 6

Echec de traitements conformes aux règles de l'art ? Non, amélioration de l'état psychique avec traitement adéquat

E. 7

Attitude coopérative de la personne [...] ? Oui

E. 8

Divergences entre symptômes décrits et comportement observé ? Oui selon expertise neurologique

E. 9

Caractéristique des douleurs, vague ou différenciée ? Plutôt circonscrit

E. 10

Efforts thérapeutiques validés ou invalidés ? Très relativisés

E. 11

Collaboration, compliance de la personne ? Existe

E. 12

Conflits émotionnels importants ? Non, nous n'avons pas du tout trouvé

E. 13

Facteurs psychosociaux et culturels dominantes ? Probablement

E. 14

Appréciation actuelle dans situation conflictuelle ? Non, mis à part la demande AI et la conviction personnelle d'être somatiquement atteinte Pondération, conclusion : Après pondération de tous les éléments, pas de valeur invalidante du diagnostic. Il ressort ici avec clarté que les critères principaux pour retenir un éventuel aspect invalidant ne sont pas remplis. De ce fait, ce terme diagnostique prend une allure purement descriptive et qui a sa fonction pour expliquer le décalage entre constats anatomo-pathologiques et l'ampleur de la souffrance subjective. Comme nous avons vu déjà auparavant, [...] interviennent ici aussi des facteurs extra médicaux, en particulier : - fixation de l'assurée sur les symptômes, - conviction très ancrée d'être invalide, - difficulté de s'imaginer dans des activités alternatives, - notion d'âge et d'usure. En finalité et en ayant fait la pondération entre facteurs médicaux et extra[■]médicaux, nous n'avons trouvé sur le plan psychique qu'un constat modeste. VIII. Diagnostic et conclusions : [...] 1. trouble dépressif probablement récurrent, actuellement en rémission (F33.4) , 2. syndrome douloureux somatoforme persistant, d'intensité légère, sans comorbidité psychiatrique (F45.4) . Il découle de nos constats qu'il n'existe sur le plan psychiatrique aucune incapacité de travail ni diminution de rendement. Par ailleurs, l'assurée, dans sa réalité actuelle, assume correctement les fonctions de gestion de sa petite entreprise. Ceci est indirectement preuve de ce que nous avons appelé fonctionnement proche de la normalité. Pour ce qui concerne le passé, aucune information de la part de l'assurée ou du dossier n'évoque une décompensation intense ou durable. Il est possible que, selon les moments de stress et l'atteinte aiguë sur le plan somatique, il y a eu des réactions anxio-dépressives momentanément accentuées, mais visiblement aussi compensées par les mesures thérapeutiques mises en place. " Par avis médical SMR du 5 juin 2013 se référant aux conclusions des experts B._____ et Q._____, le Dr H._____ a retenu que, compte tenu des seules limitations somatiques, il y avait lieu de reconnaître à l'assurée une incapacité de travail totale dans l'activité de nettoyeuse et de 25 % dans une activité de surveillance des chantiers et de gestion du personnel depuis 2004. Par rapport du 10 juin 2014, la Dre G._____ a mentionné une artériopathie significative des membres inférieurs et évalué à 20 % la capacité résiduelle de travail. Elle notamment joint à son compte-rendu : - un rapport du 31 janvier 2014 du Dr F._____, neurologue, signalant une claudication neurogène depuis une année avec des douleurs lombaires déjà après une dizaine de pas (irradiant postérieurement dans les deux membres inférieurs, présentes également la nuit au repos) d'origine certainement mixte, en relation avec le canal lombaire étroit mais également avec une pathologie de type périarthropathie de hanches, compte tenu de points douloureux à la palpation de la musculature fessière de manière plus marquée à droite et de douleurs également au niveau du grand trochanter à la palpation des deux côtés ; - un rapport du 11 mars 2014 du Dr D._____, angiologue, diagnostiquant une artériopathie des membres inférieurs significative actuellement asymptomatique, la claudication neurogène sévère des membres inférieurs masquant toutefois la claudication artérielle ; - un rapport du 8 avril 2014 du Dr T._____, spécialiste en anesthésiologie, faisant état d'une claudication intermittente d'origine probablement mixte – soit, d'une part, une maladie vasculaire périphérique et, d'autre part, des troubles dégénératifs du rachis lombaire et notamment un canal étroit en L4-L5. Après une dilatation de l'artère iliaque externe droite réalisée le 18

septembre 2014, le Dr I. _____, chirurgien vasculaire, a considéré le 15 décembre 2014 que l'étiologie des symptômes au niveau des membres inférieurs semblait exclusivement neurogène. Le 4 février 2015, il a transmis diverses pièces à l'OAI, dont un rapport du Dr D. _____ du 3 octobre 2014 relevant une évolution favorable sur le plan angiologique mais soulignant la persistance de douleurs aux membres inférieurs et un périmètre de marche limité, la symptomatologie ayant vraiment un aspect radiculaire. Par rapports des 31 août et 1^{er} septembre 2015, la Dre G. _____ a signalé une aggravation de la claudication intermittente depuis le mois de juin 2015 et la réalisation d'une prochaine intervention. Concernant les limitations, cette praticienne a signalé que la marche était impossible au-delà de cent mètres, que la station debout ne pouvait être tenue plus de « 30' », que le port de charges était contre-indiqué, que l'intéressée avait des difficultés à se concentrer et qu'elle présentait une fatigue chronique et une humeur dépressive. Dans ces conditions, la capacité de travail atteignait 40 % dans une activité adaptée aux restrictions mais devrait être réévaluée après l'intervention prévue. La Dre G. _____ a également produit, entre autres, un rapport d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 5 juin 2015 du Dr AA. _____, radiologue, concluant à une discopathie des deux derniers étages lombaires avec canal étroit dégénératif, majoré par un débord circonférentiel en L4-L5, sans évolution notable depuis le mois de janvier 2014, ainsi qu'à une protrusion discale paramédiane gauche en L5-S1 pouvant entraîner un effet irritatif sur la racine S1 gauche. En outre, d'un rapport du 25 juin 2015 du Dr U. _____, neurochirurgien, il résultait qu'une décompression du canal lombaire étroit en L4-L5 était prévue pour le 7 janvier 2016. Le 7 janvier 2016 a été réalisée spondylodèse postérieure L4-L5 avec spinectomie L4-L5, laminectomie bilatérale de L4 et L5 avec facetectomie et stabilisation mono-segmentaire L4-L5. Des radiographies de contrôle effectuées les 7 mars et 10 juin 2016 n'ont montré aucune complication suite à cette intervention. Dans un compte-rendu du 9 avril 2016, le Dr U. _____ a posé le diagnostic incapacitant de canal lombaire étroit L4-L5 et signalé un arrêt de travail à 100 % du 8 février au 31 mars 2016, puis à 50 % du 1^{er} au 30 avril 2016. Il a notamment transmis un rapport de consultation du 10 février 2016 décrivant une évolution post-opératoire lentement favorable mais la persistance d'une certaine composante lombalgique compte tenu de la proximité de la chirurgie. Par rapport du 17 mai 2016, la Dre G. _____ a signalé une aggravation des lombosciatalgies bilatérales, ainsi que de nouvelles douleurs au niveau du rachis cérébral et des trapèzes. Elle a également indiqué que les lombosciatalgies s'installaient après cent mètres de marche (aussi en orthostatisme), que la station debout ne pouvait être tenue plus de vingt minutes et que le port de charges était limité à trois kilos. A cela s'ajoutaient des difficultés à se concentrer, une fatigue chronique, une irritabilité et une humeur dépressive, la patiente étant déçue du résultat de l'intervention chirurgicale. Cela étant, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 25 % dès le 3 novembre 2009 puis de 100 % dès le 23 novembre 2015 ; l'exigibilité était en outre de 0 % dans une activité adaptée. Un examen clinique a été réalisé le 17 août 2016 par le Dr R. _____, spécialiste en rhumatologie, du SMR. Dans son rapport du 26 septembre suivant, le Dr R. _____ a retenu, à titre de diagnostic incapacitant principal, des lombosciatalgies et cervicobrachialgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après spondylodèse postérieure L4-L5 et stabilisation mono-segmentaire L4-L5. Il a également mentionné des diagnostics incapacitants associés – à savoir une périarthrite scapulo-humérale (PSH) bilatérale avec conflit sous acromial bilatéral, une polyneuropathie sensitive de membres inférieurs probablement d'origine diabétique et éthylique, une artériopathie des membres inférieurs

dans le cadre d'un status après dilatation d'une sténose sévère de l'artère iliaque externe droite, ainsi qu'une discrète gonarthrose bilatérale débutante. A titre d'atteinte non incapacitante, ce médecin a notamment signalé une fibromyalgie, avec des douleurs à la palpation de douze points typiques sur dix-huit. Il a par ailleurs fait état d'une manœuvre de périarthrite des hanches négative des deux côtés et constaté qu'une prise en charge psychologique avait été dispensée jusqu'à la dernière opération. Le Dr R. _____ a, au surplus, exposé ce qui suit : " Au vu de ces diagnostics, nous retenons des LF qui ne sont évidemment pas respectées dans une activité de nettoyeuse. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, nous retenons une CT de 70 %. Nous retenons effectivement une IT de 30 %, même dans une activité adaptée, au vu des LF qui se surajoutent et qui conduisent fatalement à une baisse de rendement. Nous ne retenons cependant pas une IT supérieure à 30 % dans une activité adaptée, parce qu'il n'y a aucune raison biomécanique à le faire. D'ailleurs, la tolérance à la position assise en cours d'entretien a été tout à fait bonne. [...] On peut par ailleurs noter certaines incohérences comme le fait que l'assurée a pu rester 1 heure 10 assise en cours d'entretien, alors qu'elle nous a dit auparavant qu'elle ne pouvait pas rester assise plus de 30 minutes en raison des lombalgies. Par ailleurs, malgré l'allégation d'importantes douleurs cotées à 9/10 à l'EVA de la douleur, l'assurée est encore capable de faire certaines tâches ménagères, de faire ses repas, de partir aux [...] en voiture en août 2016. [...] Limitations fonctionnelles Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. MI : pas de genuflexion répétée, pas de travail en hauteur, pas de franchissement d'escabeau ou échelles, pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de marche en terrain irrégulier. MS : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 70°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec les MS. Début de l'IT durable Depuis 2004, comme nettoyeuse. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Depuis 2004. Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ? L'IT est restée totale depuis 2004 dans l'activité de nettoyeuse. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, la CT est de 75 % depuis 2004 et de 70 % depuis octobre 2015, mis à part 2 périodes transitoires d'incapacité de travail totale de 6 mois en rapport avec l'opération de dilatation de l'artère fémorale en septembre 2014 et la spondylodèse L4-L5 en janvier 2016. Il faut relever que l'assurée nous a dit n'avoir jamais eu une activité de cheffe d'entreprise établissant des devis, ayant contact avec les clients et surveillant les chantiers, ce qui semble contradictoire à ce qu'elle a dit à d'autres experts. De toute manière, dans une activité de cheffe d'entreprise s'occupant de la surveillance des chantiers, de l'établissement des devis et de la rencontre avec les clients, la CT est également de 70%, une telle activité étant une activité tout à fait adaptée. Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par les problèmes rachidiens, accessoirement par les problèmes d'épaules, de genoux, la polyneuropathie des MI et l'artériopathie des MI. [...] Pronostic Les troubles dégénératifs présentés par l'assurée risquent de s'aggraver à long terme. [...] Capacité de travail exigible Dans l'activité habituelle : 0% comme nettoyeuse 70% comme cheffe d'entreprise surveillant les chantiers, rencontrant les clients et établissant les devis Dans une activité adaptée : 70% depuis octobre 2015 mis à part une période d'IT transitoire entre le 07.01.2016 et le 07.07.2016, en rapport avec le status après spondylodèse. " Par rapport du 5 octobre 2016, le Dr W. _____, du SMR, a adhéré à l'appréciation du Dr R. _____.

Aux termes d'un compte-rendu du 30 octobre 2017, la Dre G. _____ a fait état d'une aggravation progressive des lombosciatalgies depuis le début du mois de janvier 2017. En annexe, elle a joint un rapport d'IRM lombo-sacrée du 30 juin 2017 établi par le Dr AA. _____, en relation avec des lombosciatalgies droites depuis trois semaines, et signalant notamment le développement d'une sténose canalaire modérément compressive à l'étage L3-L4 sus-jacent, dite sténose étant qualifiée de nouvelle et ayant nettement évolué depuis l'IRM comparative du 5 juin 2015, avec un sac dural relativement comprimé mais sans sténose foraminale ; aucune anomalie n'apparaissait en revanche au niveau des sacro-iliaques et des hanches. En date du 15 décembre 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office s'est fondé sur l'évaluation des neurologue, psychiatre et rhumatologue mandatés pour retenir que l'intéressée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de nettoyeuse mais que, dans une activité adaptée, elle conservait une capacité de travail de 75 % depuis 2004 et de 70 % depuis le mois d'octobre 2015 – à l'exception de deux périodes transitoires d'entière incapacité durant six mois suite aux interventions de septembre 2014 et janvier 2016. Procédant conséquemment à l'évaluation du préjudice économique, l'OAI a considéré qu'il y avait lieu d'indexer les montants précédemment retenus à titre de revenus sans et avec invalidité (ce dernier revenu tenant compte d'un abattement de 10 % eu égard aux limitations fonctionnelles et à la nationalité) et a conclu, sur cette base, à l'absence de toute perte de gain. Par acte du 17 janvier 2018 rédigé par son conseil, l'assurée a contesté le projet susdit. Elle s'est en particulier prévalu d'un rapport établi le 15 janvier 2018 par la Dre G. _____, qui contestait toute activité de gestion dans l'entreprise familiale et évoquait une dégradation progressive depuis l'intervention du 7 janvier 2016, avec des lombosciatalgies bilatérales après une distance de marche d'environ cent mètres et des limitations importantes dans la vie de tous les jours (pour porter des charges, faire le ménage, les repas), la capacité de travail étant ainsi évaluée à 20 % dans l'activité de nettoyeuse comme dans toute activité adaptée ; la Dre G. _____ rappelait également les éléments mis en exergue dans son compte-rendu du 30 octobre 2017, dont on ne trouvait aucune référence dans le projet de décision. Par avis médical SMR du 16 juillet 2018, le Dr W. _____ a estimé qu'aucun élément objectif ne permettait de valider une aggravation. Par décision du 19 juillet 2018, l'OAI a confirmé son projet du 15 décembre 2017, dont il a repris la motivation. Par lettre du même jour, l'office a réfuté les objections de l'assurée. E. Agissant par l'entremise de son conseil, S. _____ a recouru le 20 août 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. Le 6 septembre 2018, elle a produit un rapport de la Dre G. _____ du 20 août 2018 reprenant celui du 15 janvier précédent. Le 2 octobre 2018, la recourante a versé en cause un rapport du Dr U. _____ du 12 septembre 2018 évoquant des douleurs depuis « quelques mois » autour de la hanche droite associées à des sciatalgies droites irradiant dans le mollet et à des cruralgies à droite ; compte tenu d'une IRM des hanches ayant révélé des signes d'inflammation péri-trochantérienne du côté droit, ainsi que d'une IRM lombo-sacrée ayant révélé un rétrécissement du canal lombaire en L3-L4 et L5-S1, une évaluation était proposée auprès du Dr X. _____, chirurgien orthopédique. Le 15 octobre 2018, l'intéressée a produit un extrait du Registre du commerce montrant que l'entreprise J. _____ avait été radiée par suite de reprise de commerce. Dans sa réponse du 22 octobre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il s'est en particulier référé à un avis médical SMR du Dr W. _____ du 15 octobre 2018, observant que le Dr U. _____ ne s'était pas déterminé sur la capacité

résiduelle de travail ou les limitations fonctionnelles et que, en l'état, la situation décrite n'apparaissait pas vraiment nouvelle ni ne générait des limitations fonctionnelles autres que celles précédemment retenues et compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée à 70 %.

Par réplique du 14 novembre 2018, la recourante a requis l'interpellation des Drs X. _____ et U. _____. Elle s'est de surcroît prévalu de la capacité de travail de 50 % avancée en 2006 par le Dr O. _____ et a soutenu que, ayant acquis la nationalité suisse en 2014, l'abattement effectué par l'OAI n'avait aucun sens. Elle a également transmis un rapport de la Dre G. _____ du 14 novembre 2018, dans lequel celle-ci reprochait à l'office de négliger l'évolution de l'état de santé depuis le 17 août 2016 et signalait une aggravation à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 10 octobre 2018.

Dupliquant le 3 décembre 2018, l'intimé a confirmé sa position, relevant que l'abattement de 10 % en raison notamment de la nationalité apparaissait certes généreux dans le cas d'une assurée ayant la double nationalité suisse et italienne. Par acte du 21 décembre 2018, la recourante s'est prévalu d'une dégradation de son état de santé depuis 2015 et a conclu à « un degré d'invalidité très supérieur » eu égard à son âge, ses activités passées dans le secteur de l'économie domestique et son faible niveau de scolarité. En annexe, l'intéressée a produit un onglet de pièces contenant notamment un rapport du Dr X. _____ du 5 décembre 2018, qui évoquait des douleurs à la hanche droite et des brûlures aux deux pieds et relevait qu'une arthro-IRM de la hanche droite avait montré une insertion importante du moyen fessier sur le grand trochanter avec une petite désinsertion entre la partie tendineuse et musculaire du moyen fessier. Se déterminant le 25 janvier 2019, l'intimé a persisté dans son appréciation. Il s'est notamment référé à un avis médical SMR du Dr W. _____ du 21 janvier 2019 estimant que les plaintes liées au diagnostic mentionné par le Dr X. _____ avaient vraisemblablement été prises en compte lors de l'examen réalisé en 2016, auquel cas l'avis dudit service demeurerait valide ; dans l'hypothèse contraire, il y aurait lieu d'obtenir des précisions auprès du Dr X. _____. Par écriture du 18 octobre 2019, la recourante a annoncé avoir été victime d'une crise cardiaque au cours de l'été 2019, produisant diverses pièces à cet égard. Prenant position le 7 novembre 2019, l'intimé s'est référé à un avis médical SMR du Dr W. _____ du 4 novembre 2019, considérant que les documents transmis n'étaient aucune modification de l'état de santé avant l'été 2019 et étaient, du reste, plutôt rassurantes s'agissant de l'épisode cardiaque. Par envoi du 10 mai 2020, la recourante a transmis un rapport de la Dre G. _____ du 1^{er} avril 2020, signalant une aggravation des lombosciatalgies depuis le mois d'octobre 2019 et évoquant une capacité de travail nulle. Dans un écrit du 29 mai 2020, l'intimé s'est référé à un compte-rendu de la Dre G. _____ du 5 mars 2020 reproduisant la teneur de celui du 1^{er} avril 2020 et à une correspondance adressée le 20 mars 2020 à l'assurée, invitant cette dernière à déposer une nouvelle demande dûment étayée.

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 auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à des prestations

de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité, des suites de la nouvelle demande de prestations introduite le 27 juin 2011. C'est par ailleurs le lieu de préciser que le cadre temporel de l'examen du juge est en l'occurrence défini par la date de la décision administrative du 19 juillet 2018 (voir notamment TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 avec la jurisprudence citée). La période postérieure échappe quant à elle au pouvoir d'examen de la Cour de céans.

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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se

fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). d) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). 4. En l'occurrence, la décision de l'OAI du 7 octobre 2011 refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 27 juin 2011 a été réformée par la Cour de céans le 2 mai 2012, l'office étant enjoint à examiner le fond de l'affaire dans la mesure où l'assurée avait rendu plausible une aggravation de ses troubles somatiques. C'est dans ce contexte que sont intervenues les évaluations successives des Drs B._____, Q._____ et R._____ – appréciations sur lesquelles l'intimé s'est fondé pour rendre la décision du 19 juillet 2018, par laquelle il a reconnu à la recourante une incapacité de travail totale dans l'activité de nettoyeuse mais a en revanche fixé l'exigibilité d'une activité adaptée à 75 % dès 2004 puis 70 % dès le mois d'octobre 2015. La recourante, pour sa part, a contesté cette appréciation en se prévalant de l'avis de ses médecins traitants. a) Sur le plan psychiatrique, l'expert Q._____ a retenu que la recourante présentait un trouble dépressif probablement récurrent, actuellement en rémission, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant d'intensité légère, sans comorbidité psychiatrique, et que ces atteintes n'induisaient aucune incapacité de travail ou diminution de rendement (cf. rapport d'expertise du 20 mai 2013 p. 18). Ce rapport s'avère certes antérieur à la jurisprudence fédérale instaurant une procédure probatoire structurée en présence de troubles psychosomatiques ou psychiques (cf. consid. 3d supra). Il n'en demeure pas moins que les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante : il y a lieu d'examiner si elles permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8). Dans le cas particulier, l'expert Q._____ a exposé que des réactions anxio-dépressives avaient

pu être accentuées par le passé mais qu'elles avaient été compensées par les mesures thérapeutiques mises en place et que la notion d'état dépressif chronique – figurant à plusieurs reprises dans le dossier – était ainsi très relative, les descriptions de l'assurée correspondant davantage au terme de dysthymie (cf. rapport d'expertise du 20 mai 2013 p. 17 s.). Quant au trouble somatoforme douloureux, ce diagnostic prenait, en l'espèce, une allure purement descriptive ayant pour fonction d'expliquer le décalage entre les constats anatomo-pathologiques et l'ampleur de la souffrance subjective (cf. ibid. p. 18). De fait, l'appréciation de l'expert Q._____ a mis en lumière l'existence de ressources indéniables chez une assurée présentant un fonctionnement très proche de la normalité, une bonne observance médicamenteuse, une personnalité simple mais sans être démunie, ainsi qu'un contexte social essentiellement préservé (cf. ibid. p. 10 ss et 16 ss), aucun manque de cohérence – dans les différents aspects de la vie ou dans le poids des souffrances – n'étant par ailleurs relevé. L'expert a encore précisé que rien n'évoquait une décompensation intense et durable par le passé (cf. ibid. p. 18). Il a par ailleurs souligné l'intervention de facteurs extra-médicaux ; or, en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité, le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Cela étant, les conclusions du rapport d'expertise du 20 mai 2013, déniaient toute nature incapacitante aux atteintes de la sphère psychique, apparaissent convaincantes à l'aune des principes actuellement en vigueur. Ce constat n'est du reste mis en doute par aucun élément objectif et n'est pas davantage contesté par la recourante. Peu importe en outre que l'intéressée, prise en charge auprès du Secteur psychiatrique [...] jusqu'en 2007 (cf. rapport du Dr C._____ du 15 septembre 2009), ait ensuite bénéficié d'un suivi psychiatrique (cf. rapport d'expertise du Dr B._____ du 18 octobre 2012 p. 11) puis psychologique jusqu'à sa dernière opération (cf. rapport d'examen clinique du Dr R._____ du 26 septembre 2016 p. 4), rien ne permettant de corréliser ces consultations à une accentuation de la symptomatologie ou à des limitations concrètes. Le dossier ne contient, au surplus, aucun indice sérieux dans le sens d'une décompensation psychique entre la date du rapport d'expertise et celle de la décision attaquée, les différents avis émis par la Dre G._____ au sujet des difficultés de concentration et des troubles d'humeur de sa patiente ne reposant sur aucune motivation (cf. rapports des 31 août/1^{er} septembre 2015 et du 17 mai 2016). Dès lors, l'expertise du Dr Q._____ peut être considérée comme probante et toujours d'actualité lors du prononcé de la décision du 19 juillet 2018 – ce que la recourante ne réfute pas non plus. Tout au plus relèvera-t-on encore qu'en présence de ressources contrebalançant en tout état de cause les éventuels déficits induits par les atteintes psychiques et psychosomatiques, peu importe que l'on se place sur le terrain du trouble somatoforme douloureux, comme l'a fait l'expert Q._____, ou de la fibromyalgie, telle que retenue par les Drs G._____ (cf. rapport du 28 septembre 2011 à l'OAI et rapport du 8 octobre 2012 au Dr B._____) et R._____ (cf. rapport d'expertise du 26 septembre 2016). b) Sur le plan somatique, ce sont principalement des troubles statiques et dégénératifs du rachis – pour l'essentiel au niveau L4-L5 – qui ont été tenus pour incapacitants par le neurologue B._____ et le rhumatologue R._____, ce dernier spécialiste ayant également intégré à son analyse diverses pathologies associées au niveau des membres supérieurs et inférieurs (cf. rapports d'expertise des 18 octobre 2012 [spéc. p. 14] et 26 septembre 2016 [spéc. p. 8 s.]). aa) D'emblée, il y a lieu d'émettre une certaine réserve à l'égard du rapport d'expertise rédigé le 18 octobre 2012 par le neurologue

B. _____, établi près de six ans avant la décision attaquée et n'intégrant pas, entre autres, la problématique liée à la claudication neurogène. Si en effet le Dr B. _____ admettait déjà une limitation dans les déplacements (cf. rapport d'expertise du 18 octobre 2018 p. 18 et 20), il reste qu'une symptomatologie claire de claudication neurogène ne remontait qu'à une année lorsque le Dr F. _____ en a fait état le 31 janvier 2014 et que l'assurée a continué de s'en plaindre malgré les interventions pratiquées en septembre 2014 et janvier 2016. L'appréciation de l'expert B. _____ n'offre, en d'autres termes, qu'une perspective limitée de la problématique neurologique et ne saurait, par conséquent, emporter la conviction de la Cour de céans. bb) Quant à l'appréciation du Dr R. _____, si elle est plus récente, elle ne permet pas davantage d'appréhender l'état de santé de la recourante de manière satisfaisante. Tout d'abord, il sied de rappeler que, dans son rapport du 31 janvier 2014, le Dr F. _____ a signalé une pathologie de type périarthrite de hanches participant à la claudication neurogène, tandis que le Dr R. _____ s'est pour sa part contenté d'évoquer une manœuvre de périarthrite de hanches négative des deux côtés (cf. rapport du 26 septembre 2016 p. 7). Si ces avis émanent certes pour l'un d'un neurologue et pour l'autre d'un rhumatologue, il reste que rien ne permet de trancher l'apparente contradiction opposant ces deux constats d'examens cliniques. Force est par ailleurs de constater que, le 30 octobre 2017, la Dre G. _____ a transmis à l'OAI un rapport d'IRM lombo-sacrée du 30 juin 2017 en lien avec des lombosciatalgies droites depuis trois semaines. Aux termes de ce rapport d'imagerie, le radiologue AA. _____ signalait le développement d'une sténose canalaire modérément compressive à l'étage L3-L4 sus-jacent, considérant qu'il s'agissait d'une altération nouvelle et ayant nettement évolué depuis l'IRM comparative du 5 juin 2015, avec un sac dural relativement comprimé mais sans sténose foraminale. Il appert qu'une telle évolution n'avait jusqu'alors pas été signalée, en particulier par le Dr R. _____ – ce médecin n'ayant pas fait réactualiser le bilan d'imagerie et n'ayant ainsi disposé que des IRM lombaires/lombo-sacrées des 9 juin 2011 et 5 juin 2015 (cf. rapport d'examen clinique du 26 septembre 2016 p. 8) ; une telle réactualisation aurait pourtant vraisemblablement pu s'avérer judicieuse dans le cas d'atteintes présentant un caractère dégénératif et un potentiel d'aggravation reconnus par le Dr R. _____ (cf. rapport d'examen clinique du 26 septembre 2016 p. 12), l'évolution à long terme supputée par ce médecin n'étant du reste guère étayée (cf. ibid.) et apparaissant même démentie par les constatations de l'IRM lombo-sacrée du 30 juin 2017. On ignore, en définitive, si la nette détérioration constatée en juin 2017 au niveau L3-L4 revêtait déjà une éventuelle incidence lorsque le Dr R. _____ s'est déterminé en septembre 2016 et si elle aurait ainsi pu, voire dû, l'amener à nuancer ses conclusions. Cela étant, aucun rétrécissement canalaire n'ayant précédemment été détecté au niveau L3-L4 (cf. rapports d'IRM des 3 mars 2004, 13 juillet 2009, 9 juin 2011 et 5 juin 2015), l'annonce d'une telle altération en 2017 méritait à l'évidence de plus amples investigations – ce qui n'a cependant pas été fait, le Dr W. _____ n'ayant à aucun moment intégré ce paramètre à ses différents avis (cf. avis SMR des 16 juillet 2018, 15 octobre 2018, 21 janvier 2019 et 4 novembre 2019). Pour ce motif déjà, l'instruction à l'origine de la décision du 19 juillet 2018 s'avère lacunaire. A cela s'ajoute que contrairement à la thèse de l'aggravation à long terme avancée par le Dr R. _____, l'évolution constatée en 2017 s'est manifestement poursuivie en 2018. Ainsi, le 12 septembre 2018, le Dr U. _____ a signalé une symptomatologie au niveau de la hanche droite « depuis quelques mois », associée à des sciatalgies et des cruralgies. Du bilan d'imagerie effectué dans ce contexte, il est ressorti que l'assurée présentait désormais des signes d'inflammation péri-trochantérienne à droite

ainsi qu'un rétrécissement du canal lombaire non seulement en L3-L4 mais également en L5-S1 (cf. rapport du Dr U. _____ du 12 septembre 2018) – ce qui montre à l'évidence une évolution par rapport à la situation connue jusqu'alors. L'arthro-IRM réalisée dans un second temps a encore montré une insertion importante du moyen fessier sur le grand trochanter avec une petite désinsertion entre les parties tendineuse et musculaire du moyen fessier (cf. rapport du Dr X. _____ du 5 décembre 2018). Or, se prononçant à cet égard, le Dr W. _____ a considéré – non sans légèreté – que la position du SMR serait inchangée dans l'hypothèse où l'évolution signalée aurait été prise en compte par le Dr R. _____ mais qu'il y aurait en revanche lieu d'interpeller le Dr X. _____ dans l'hypothèse contraire (cf. avis médical du 21 janvier 2019), éludant ainsi toute réelle analyse des pièces transmises. A ce stade, on ignore donc tout de ces nouvelles altérations du rachis (et de la hanche droite), y compris leur interaction et leur impact concret. On ignore également, du reste, si elles relèvent du cadre temporel délimitant le présent litige (cf. consid. 2), ce point pouvant néanmoins demeurer indécis vu les autres lacunes d'instruction précédemment constatées. cc) Il découle de ce qui précède qu'en l'état du dossier, les avis médicaux recueillis ne permettent pas d'appréhender clairement l'ampleur, l'évolution et l'interaction des troubles somatiques de la recourante, ni – a fortiori – de se positionner sur leur impact du point de vue de la capacité de travail. En ce sens, l'instruction médicale s'avère insuffisante et ne permet pas de statuer à satisfaction de droit. c) En définitive, force est de constater que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante. Il apparaît plus particulièrement que l'instruction doit être complétée en vue de déterminer l'étendue et l'interaction des troubles somatiques de la recourante consécutivement à la nouvelle demande de prestations déposée le 27 juin 2011. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA comportant à tout le moins un volet neurologique et un volet rhumatologique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante. Compte tenu de l'issue du litige, il n'apparaît pas opportun de statuer sur les autres griefs de la recourante (s'agissant, en outre, de l'incident cardiaque survenu en juillet 2019), ni de se positionner sur le calcul du préjudice économique. 6. a) En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe. Ayant obtenu gain de cause avec l'aide d'un mandataire qualifié (dans ce sens : ATF 126 V 11 consid. 2 ; voir également TF 8C_465/2017 du 12 janvier 2018 consid. 5 [non publié in ATF 144 V 42] avec la référence citée), la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 2'000 francs.