

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 659 vom 27. September 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__659

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 659 du 27 septembre 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 659 del 27 settembre 2024

Regeste

DÉCISION DE RENVOI, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 28 LAI, 87 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 659

DÉCISION DE RENVOI, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 28 LAI, 87 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 53/23 - 317/2024 ZD23.007834 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt
du 27 septembre 2024 _____ Composition :

M. Wiedler , président
M. Piguet et Mme Livet, juges Greffière : Mme C. Meylan ***** Cause pendante
entre : M. _____ , à [...], recourante, représentée par Me David Métille, avocat à
Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

_____ Art. 28 LAI ; 87 RAI E n f a i t : A. M. _____ (ci-après : l'assurée
ou la recourante), née en [...], d'origine [...], en Suisse depuis 1991, disposant d'une
formation de laborantine en chimie, est mariée et mère de trois enfants nés respectivement
en [...], [...] et [...]. L'assurée a travaillé en Suisse comme femme de ménage et nettoyeuse
entre 1996 et 1997 ainsi qu'entre 2000 et 2001. Le 15 mai 2003, elle a déposé une demande
de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après :
l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente. Par décision du 7 décembre 2007,
confirmant un projet de décision du 12 septembre 2007, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à
une rente d'invalidité. Se fondant en particulier sur un rapport d'examen clinique
bidisciplinaire du Service médical régional (ci-après : le SMR), avec volets rhumatologique
et psychiatrique, établi le 3 février 2005 par les Drs R. _____, spécialiste en chirurgie
orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et W. _____, pour l'aspect
psychiatrique, il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans son
activité habituelle de nettoyeuse et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations
fonctionnelles somatiques (épargne du dos), et ce depuis 2001. Par ailleurs, il résultait du
rapport d'enquête économique sur le ménage du 21 février 2007 que l'assurée devait être
considérée comme 50 % active sur le marché du travail et 50 % ménagère. Après avoir
exposé ses calculs, l'OAI a évalué le degré d'invalidité total de l'assurée à 33,19 %, ce qui
était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par jugement du 23 avril 2008 (AI 55/08 –
137/2008), le Président du Tribunal des assurances a considéré que l'évaluation
psychiatrique effectuée par la Dre W. _____ était entachée d'irrégularités d'ordre formel
qui en affaiblissaient la valeur probante, de sorte que l'OAI ne pouvait pas valablement
statuer sur la capacité de travail et le taux d'invalidité de l'assurée en se fondant sur
l'appréciation psychiatrique faite par ce médecin. Il a par conséquent annulé la décision du

7 décembre 2007 et renvoyé le dossier à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique – confiée à un expert neutre et muni des titres nécessaires –, puis apprécie le taux d'invalidité de l'intéressée et rende une nouvelle décision. Ensuite de ce jugement, l'OAI a mandaté le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour une expertise psychiatrique de l'assurée. Dans les conclusions de son rapport du 14 février 2009, ce spécialiste a indiqué qu'il ne retenait aucun diagnostic sur le plan psychiatrique, les réactions dysthymiques constatées n'atteignant pas un niveau clinique significatif et ne justifiant pas d'incapacité de travail ou de diminution de rendement. Le 3 mars 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Il a considéré que les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr N. _____, qui avait pleine valeur probante, rejoignaient entièrement les constatations faites en 2005 lors de l'examen clinique au SMR, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de rendre une décision différente de celle prise le 7 décembre 2007. Par décision du 24 février 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 3 mars 2009. A la suite du recours formé par l'assurée contre cette décision, une expertise pluridisciplinaire a été ordonnée par le Juge instructeur de la Cour des assurances sociales et confiée au D. _____ (ci-après : la D. _____). Dans le cadre de ce mandat, l'assurée a notamment été vue en consultation par les Drs V. _____, spécialiste en neurologie, T. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lesquels ont rendu leur rapport le 5 avril 2011, qui a été complété le 11 octobre 2011. Les conclusions du volet neurologique de cette expertise étaient les suivantes : « [...] Sur le plan de la capacité de travail, il est évident que le status après 2 cures de hernie discale et les anomalies intrarachidiennes mises en évidence à l'IRM de contrôle de mars 2010 permettent de conclure que Mme M. _____ présente une incapacité de travail complète et définitive dans l'activité de femme de ménage/nettoyeuse ainsi que dans toute autre activité similaire. S'agissant de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, il est toujours extrêmement difficile de se prononcer valablement dans une situation telle que celle de Mme M. _____ où il est évident que la décision restera médico-théorique, étant donné qu'il est extrêmement peu probable que Mme M. _____ reprenne une activité professionnelle de toute façon. Compte tenu des éléments à notre disposition, notamment au vu des constatations radiologiques et à moindre degré des plaintes formulées encore par la patiente, on peut estimer que Mme M. _____ pourrait théoriquement travailler au moins à 50% (plein temps avec un rendement de 50%) dans une activité légère, ne nécessitant pas le port régulier de charge de plus de 10 kg et autorisant des changements fréquents de position assis/debout. S'agissant des céphalées, il s'agit de céphalées mixtes à prédominance tensionnelle qu'il convient de continuer de traiter comme actuellement et qui ne représentent pas une cause d'incapacité de travail significative. » Par arrêt du 19 juin 2012 (AI 129/10 – 204/2012), la Cour des assurances sociales a admis le recours de l'assurée, annulé la décision prise le 24 février 2010 par l'OAI et renvoyé la cause à cet office pour instruction complémentaire sur l'aptitude de l'assurée à tenir son ménage. L'OAI a été chargé de préciser les empêchements ménagers de l'intéressée dans les différentes activités de la tenue d'un ménage, au regard des limitations fonctionnelles désormais bien décrites, et d'effectuer une nouvelle comparaison des revenus pour trois périodes, à savoir avant avril 2009, pendant les six mois d'incapacité totale de travail dès avril 2009, et après la fin de cette incapacité totale. La Cour des assurances sociales a notamment relevé que la recourante ne contestait ni le statut de 50 % active sur le marché du travail et 50 % ménagère, ni les empêchements de 50 % retenus pour la part active. Le Tribunal a en outre

reconnu une pleine valeur probante aux pièces médicales sur lesquelles l'OAI s'était fondé pour constater, jusqu'en avril 2009, une capacité de travail de 50 % dans l'activité de nettoyeuse, puis une incapacité de travail totale pendant six mois, et enfin une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Ensuite de cet arrêt et après avoir complété l'instruction de la cause, l'OAI a adressé, le 10 avril 2013, à l'assurée un projet de décision prévoyant l'octroi d'un quart de rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2009 au 31 janvier 2010. Ce projet de décision a été confirmé par décision du 31 janvier 2014. Par arrêt du 27 mai 2015 (AI 47/14 – 138/2015), la Cour de céans a rejeté le recours interjeté par l'assurée et confirmé la décision précitée. Le Tribunal fédéral a également rejeté le recours formé par l'assurée contre cet arrêt (cf. TF 9C_496/2015 du 28 octobre 2015).

B. a) Le 18 décembre 2018, l'assurée, représentée par son conseil, a déposé une demande de révision, se prévalant d'une aggravation de son état de santé et produisant notamment les rapports médicaux suivants : - un rapport du 26 octobre 2016 de la Dre P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle indiquait que l'assurée bénéficiait d'un suivi au Centre J. _____ depuis le 30 novembre 2015 et souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 ; F33.11) ; - des rapports des 22 décembre 2016, 2 mai 2017 et 1^{er} juin 2017 des Drs K. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et C. _____, spécialiste en rhumatologie, ainsi que les rapports du 1^{er} mai 2017 des Drs K. _____ et Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, et du 26 septembre 2016 des Drs K. _____ et B. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, lesquels faisaient état du diagnostic de probable polyarthrite rhumatoïde séronégative ; - un rapport du 3 novembre 2017 de la Dre P. _____ précisant que le taux de capacité de travail de l'assurée lui paraissait nul compte tenu de l'état de fatigue, des symptômes douloureux chroniques et des difficultés à se projeter dans l'avenir de manière positive. La praticienne précisait que les symptômes dépressifs présentés par la patiente ne revêtaient plus les caractéristiques d'un état dépressif majeur d'intensité moyen ou sévère, mais s'intégraient dans un trouble de l'humeur chronique apparenté à un trouble cyclothymique en tenant compte en parallèle des symptômes douloureux chroniques et rhumatologiques sans oublier les difficultés à s'épanouir dans son pays d'accueil ; - un rapport du 7 février 2018 de la Dre X. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, laquelle exposait les diagnostics incapacitants de polyarthrite rhumatoïde négative, de syndrome douloureux chronique possiblement secondaire et de lombalgies mécaniques chroniques avec status après cure de hernie discale L5-S1 en 2004 et reprise en 2009, et précisait ne pas avoir évalué l'assurée sur sa capacité de travail, mais retenir des limitations fonctionnelles compte tenu des atteintes inflammatoires (pas de travail de nuit, d'horaires irréguliers, possibilité d'adaptation des horaires de travail [début matinal plus tardif, pauses régulières, adaptation des horaires aux thérapies], pas de mouvements répétitifs fins avec les mains, limitation des positions à genoux, accroupies ou mains en-dessus de la tête, pas de position statique prolongée, pas d'exposition aux variations de température). Invitée par l'OAI, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 31 janvier 2019, à laquelle elle a joint un rapport du 8 octobre 2018 des Drs B. _____ et G. _____, spécialiste en médecine interne générale, indiquant comme diagnostics, outre celui de polyarthrite rhumatoïde séronégative demeurant symptomatique malgré un traitement antirhumatismal de méthotrexate, ceux de tuberculose latente et de tunnel carpien bilatéral, ainsi qu'un rapport du 18 janvier 2019 du Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, reprenant les mêmes diagnostics que ses

confrères, et constatant une amélioration des douleurs subjectives et une diminution objective du nombre de synovites cliniques. Le 19 février 2019, l'assurée a adressé à l'OAI un rapport du 12 février 2019 des Drs S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L._____, duquel il ressortait que l'amélioration de son état de santé psychique dépendait de l'amélioration de sa santé physique et surtout de la disparition des douleurs importantes (genoux, mains, ceinture scapulaire). À la suite de son entrée en matière sur cette nouvelle demande, l'OAI a requis un rapport médical psychiatrique auprès du Centre de psychiatrie et psychothérapie J._____, lequel a donné suite le 10 mai 2019. Il ressort de ce rapport que les Drs S._____ et L._____ ont retenu le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 ; F33.1) depuis 2015. Selon ces praticiens, les limitations fonctionnelles étaient principalement les suivantes : concentration diminuée, faible résistance au stress, anxiété, impatience et irritabilité. Tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assurée était nulle. Par rapport du 8 juillet 2019, le Dr H._____, également interpellé par l'OAI, a posé les diagnostics incapacitants de polyarthrite rhumatoïde séronégative, de syndrome du tunnel carpien et de lombalgies chroniques avec antécédents de cure de hernie discale L5-S1 en 2004 et reprise en 2009. L'évolution était partiellement favorable. Ce praticien considérait qu'il ne lui était toutefois pas possible d'estimer une capacité de travail théorique, retenant des limitations dans le cadre d'un travail répétitif avec les mains ou demandant des efforts de préhension, de mobilisation du poignet ou nécessitant une dextérité fine, ainsi qu'une limitation au travail de nuit. Ce praticien recommandait un début matinal tardif, des pauses régulières et une alternance des positions debout ou assises régulières, ainsi que d'éviter le travail à genoux ou accroupi, ou avec les bras au-dessus de la ligne des épaules et les expositions aux températures extrêmes. Selon le rapport du 12 novembre 2019 du Dr AB._____, médecin traitant de l'assurée, les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séronégative depuis 2012 et lombalgies mécaniques avec douleurs chroniques depuis 2004 avaient une incidence sur la capacité de travail. L'assurée souffrait de limitations aux mains et au dos et de difficultés à faire les activités quotidiennes ; elle avait besoin d'aide à domicile. S'agissant de son activité habituelle, l'assurée présentait une incapacité totale de travail depuis 2004 (première opération du dos). Dans le cadre d'une activité adaptée, la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis 2019. b) Sur avis du 31 janvier 2020 du SMR, une expertise avec volets rhumatologique, psychiatrique et en médecine interne a été mise en œuvre auprès du CF._____ (ci-après : le CF._____), lequel a rendu son rapport le 21 juillet 2020 après un examen médical psychiatrique le 12 mai 2020, un examen médical de médecine interne le 13 mai 2020 et un examen médical rhumatologique le 4 juin 2020, par les Drs BE._____, spécialiste en médecine interne générale, DG._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et HF._____, spécialiste en rhumatologie. De manière consensuelle, les experts ont retenu notamment ce qui suit : « I .1.d.2 Evaluation médicale interdisciplinaire avec une explication/motivation des diagnostics actuels Du point de vue psychiatrique , la personne assurée est âgée de [...] ans. Elle est mère de 3 enfants, actuellement majeurs, et se plaint d'un syndrome douloureux d'évolution chronique en lien avec une polyarthrite rhumatoïde séronégative selon le diagnostic posé en 2017-2018. Parallèlement, elle se plaint de troubles de l'humeur, pour lesquels plusieurs suivis sont retrouvés depuis l'année 2003 où le diagnostic d'état dépressif léger réactionnel avait été soulevé. Depuis, plusieurs suivis psychiatriques ont été mis en place et plusieurs expertises psychiatriques ont été menées. Ces rapports concluaient soit à l'absence de pathologie

psychiatrique chronique, soit à un trouble dysthymique ou à un épisode dépressif léger à moyen. Le taux de capacité de travail était dans toutes les expertises estimé à plus de 50%. La personne assurée a toujours soutenu que les troubles de l'humeur étaient très incapacitants et depuis plusieurs années le taux de capacité de travail est estimé par ses psychiatres traitants à 0%, y compris dans une activité adaptée. Cependant, les arguments justifiant cette capacité de travail nulle ont toujours mis en avant la problématique douloureuse et l'appréciation purement cantonnée aux troubles psychiatriques n'a pas été fournie. L'examen psychiatrique mené n'a pas mis en évidence de ralentissement psychomoteur net englobant l'ensemble de l'activité motrice. Ainsi, il n'a pas été retrouvé de ralentissement dans la gestuelle accompagnant la discussion, la mimique ainsi que le langage. Il n'a pas été retrouvé non plus de symptôme physique pouvant être rattaché à des troubles anxieux. La personne assurée n'a pas verbalisé d'émotion en rapport avec une problématique anxieuse. Il n'a pas été retrouvé d'idée suicidaire. La tristesse et les pleurs sont apparus à un court instant quand il lui a été demandé d'évoquer son état actuel. Le reste de l'examen, la personne assurée était euthymique. Sur le plan sémiologique, l'élément qui revenait constamment était la perte de l'élan vital, l'anhédonie ainsi que la fatigabilité, rattachées par la personne assurée à ses douleurs et à ses troubles du sommeil. Les éléments dépressifs n'étaient pas plus marqués le matin. Il n'y a pas de perte d'appétit, ni d'amaigrissement. Sinon, en prenant en compte l'examen clinique et les éléments rapportés par la personne assurée ainsi que ses thérapeutes, il est retrouvé une réduction de l'énergie et une augmentation de la fatigabilité, une perte de confiance en soi, une perturbation du sommeil, une humeur dépressive et en tout cas inconstante et variable selon les conditions contextuelles. Ces éléments permettent donc de poser le diagnostic d'épisode dépressif léger. Par ailleurs, il n'est pas retrouvé suffisamment de critères pour y associer un syndrome somatique. Les critères constitutifs d'un syndrome douloureux somatoforme durable ne sont pas retrouvés. Du point de vue rhumatologique, actuellement, l'examen est normal, ne mettant en évidence aucune symptomatologie incapacitante dans une activité adaptée selon le profil d'effort. La polyarthrite séronégative est actuellement stabilisée. La personne assurée a arrêté tout traitement de Méthotrexate et d'Aluminant depuis plus de 4 mois, sans aucune récurrence douloureuse constatée le jour de l'expertise. Le diagnostic de fibromyalgie n'est pas confirmé. Du point de vue de la médecine interne, il n'y a pas de limitation fonctionnelle avec un appareillage pour le syndrome des apnées du sommeil.

I.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail 1. F32.00 Episode dépressif léger, sans syndrome somatique 2. Status post chirurgie lombaire à 2 reprises en 2004 et 2009 avec syndrome de dysbalance musculaire I.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail 1. Polyarthrite rhumatoïde séronégative, stabilisée 2. Syndrome des apnées du sommeil de degré modéré à sévère, 2020 3. Ménopause depuis 6 ans, non traitée 4. Cholécystectomie en 1995 5. Opération des sinus et de la vésicule biliaire 6. Migraines 7. Hypovitaminose D 8. Tuberculose latente traitée, 2018 9. Obésité de stade I avec IMC de 34.6 kg/m², associée à un déconditionnement physique 10. Pyélonéphrite droite, 2020 [...] I.1.d.7 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge · Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles Du point de vue psychiatrique, les limitations fonctionnelles concernent le niveau de tolérance au stress affaibli ainsi que les capacités d'endurance. Du point de vue rhumatologique, la personne assurée est capable d'effectuer un travail en alternant les différentes positions et de porter des charges jusqu'à 5 kg, en évitant les positions agenouillées et accroupies, toute activité qui demande une sécurité augmentée telle que

monter sur des échelles et des échafaudages ainsi que les extrêmes variations de températures. Elle doit aussi éviter tout travail qui surcharge le rachis. Du point de vue de la médecine interne, il n'y a pas de limitation fonctionnelle avec un appareillage pour le syndrome des apnées du sommeil. · Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles Du point de vue psychiatrique, avec un traitement optimal, il n'y aurait plus de limitation fonctionnelle. Du point de vue rhumatologique, le profil d'effort restera le même. Du point de vue de la médecine interne, tant que les atteintes à la santé ne seront pas incapacitantes, il n'y aura pas de changement. [...] I.1.d.9 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici · Rétrospectif Du point de vue psychiatrique, selon le dossier, l'anamnèse et l'examen du jour de l'expertise, selon toute vraisemblance, la capacité de travail a médicamenteusement été de 70% depuis l'expertise de 2011 (en accord avec le diagnostic F32.0, épisode dépressif léger). Une aggravation de l'état psychique avec une dépression d'intensité moyenne se situerait en novembre 2015, avec, médicamenteusement, une capacité de travail de 50% jusqu'au rapport du 03.11.2017. Une amélioration a été notée dans ce rapport, avec l'absence de critère constituant le diagnostic d'épisode dépressif de moyenne intensité. Une capacité de travail de 70% est vraisemblable dès cette période. Du point de vue rhumatologique, depuis la dernière décision de l'AI du 31.01.2014, la capacité de travail comme femme de ménage est restée de 0%. Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail a toujours été de 100%. Du point de vue interdisciplinaire, depuis la dernière décision de l'AI du 31.01.2014, la capacité de travail comme femme de ménage est restée de 0%. · Actuel Du point de vue psychiatrique, 70% d'un point de vue médicamenteux. Du point de vue rhumatologique, 0%. Du point de vue de la médecine interne, 100%. Du point de vue interdisciplinaire, 0%. · Évolutive/Pronostic Du point de vue psychiatrique, avec un traitement optimal, la capacité de travail devrait être de 100% dans un délai de 8 semaines. Du point de vue rhumatologique, le pronostic est défavorable et la capacité de travail restera probablement définitivement de 0%. Du point de vue de la médecine interne, tant que les atteintes ne seront pas incapacitantes, il n'y aura pas de changement. I.1.d.10 Capacité de travail dans une activité adaptée · Rétrospectif Du point de vue psychiatrique, selon le dossier, l'anamnèse et l'examen du jour de l'expertise, selon toute vraisemblance, la capacité de travail a médicamenteusement été de 70% depuis l'expertise de 2011 (en accord avec le diagnostic F32.0, épisode dépressif léger). Une aggravation de l'état psychique avec une dépression d'intensité moyenne se situerait en novembre 2015 avec, médicamenteusement, une capacité de travail de 50% jusqu'au rapport du 03.11.2017. Une amélioration a été notée dans ce rapport, avec l'absence de critère constituant le diagnostic d'épisode dépressif de moyenne intensité. Une capacité de travail de 70% est vraisemblable dès cette période. Du point de vue rhumatologique, depuis la dernière décision de l'AI du 31.01.2014, la capacité de travail dans une activité adaptée est restée de 100%. Une incapacité de travail en avril 2018 pour un mois était justifiée au début du traitement par Méthotrexate pour laisser le temps au traitement d'agir. Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail a toujours été de 100%. Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail dans une activité adaptée a médicamenteusement été de 70% depuis l'expertise de 2011. Une aggravation de l'état psychique se situerait en novembre 2015 avec, médicamenteusement, une capacité de travail de 50% jusqu'au rapport du 03.11.2017 avec une amélioration de l'état psychique et une capacité de travail de 70%. · Actuel Du point de vue psychiatrique, 70%. Du point de vue rhumatologique, 100%. Du point de vue de la médecine interne, 100%. Du point de vue interdisciplinaire, 70%. · Évolutive/ Pronostic Du point de vue psychiatrique, avec un traitement optimal, la

capacité de travail devrait être de 100% dans un délai de 8 semaines. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail devrait rester de 100%, sauf complication. Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail ne changera pas. I.1.d.11 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout) Dans ce cas, l'incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle est définie par l'expertise rhumatologique et dans une activité adaptée à 30% par l'expertise psychiatrique. » Dans un avis médical du 24 juillet 2020, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, a retenu, sur la base de cette expertise, une capacité de travail dans l'activité habituelle nulle depuis la dernière décision AI du 31 janvier 2014 et dans une activité adaptée de 70 % depuis novembre 2017. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : alterner les différentes positions, port des charges possibles jusqu'à 5 kg, en évitant les positions agenouillées et accroupies, éviter toute activité qui demande une sécurité augmentée telle que monter sur des échelles et des échafaudages ainsi que les extrêmes variations de températures, éviter tout travail qui surcharge le rachis, faible tolérance au stress, éviter les environnements de travail stressant et diminution des capacités d'endurance (réduction du temps de travail journalier de 30 %). Un traitement antidépresseur bien conduit semblait exigible puisqu'il permettrait d'augmenter la capacité de travail dans une activité adaptée à 100 % en 8 semaines selon l'expert psychiatre. Une évaluation économique sur le ménage s'est tenue le 30 novembre 2020. Selon le rapport du 3 décembre 2020, le statut retenu était une part active de 50 % et une part ménagère de 50 %. L'invalidité pour la part ménagère était fixée à 24,5 %. Par rapport du 30 mars 2021, la Dre Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre J._____, a déclaré ne pouvoir se rallier aux diagnostics et à l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée tels que retenus par le Dr DG._____. En effet, l'assurée présentait une aggravation de son état psychique, caractérisée par une baisse de la thymie, un ralentissement psychomoteur, une anhédonie, une aboulie, une asthénie, la réapparition de crises d'angoisse, ainsi que la persistance des troubles de l'endormissement associés à des ruminations anxieuses. Le diagnostic retenu était celui d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 : F33.11). A noter que les critères diagnostiques d'un trouble dépressif récurrent étaient respectés, notamment la survenue répétée des épisodes dépressifs (plusieurs depuis 2005), ainsi que ceux d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (perte du plaisir, ralentissement psychomoteur, baisse de l'appétit, fatigue). Selon cette praticienne, la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était nulle. La médication avait un effet positif sur l'amélioration de la symptomatologie anxio-dépressive. Toutefois, il était extrêmement difficile d'évaluer l'impact du traitement médicamenteux sur la capacité de travail, surtout compte tenu de la fragilité psychique de la patiente et du grand nombre de rechutes dépressives. Interpellée par l'OAI, la Dre GJ._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, auprès du Centre J._____, a indiqué qu'il était difficile de préciser la date de l'aggravation des symptômes compte tenu de la prise en charge de l'assurée depuis janvier 2022. Les symptômes psychiques étaient alors : une baisse de l'humeur avec tristesse, une fatigue et une fatigabilité à l'effort, une anhédonie, une aboulie, un trouble de l'attention et de la concentration, une anxiété avec anticipation et ruminations, une baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi, un découragement, un sentiment d'inutilité et d'impuissance, un pessimisme, des troubles du sommeil et des moments de perplexité avec possible dépersonnalisation et déréalisation. Certains de ces symptômes étaient d'une

intensité sévère à moyenne et d'autres étaient plus légers. Les diagnostics incapacitants étaient ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de trouble de la personnalité, sans précision (traits de personnalité dépendante et anxieuse) (F60.9), depuis plus de dix ans. Les limitations fonctionnelles consistaient en de la fatigue et de la fatigabilité à l'effort ; des troubles de l'attention et de la concentration ; de l'anxiété ; une faible résistance au stress ; une dysphorie ; une anxiété envahissante et une désorganisatrice par moments ; des troubles du sommeil avec fatigue et somnolence diurne. Ces limitations influençaient négativement la capacité de travail de la patiente. Dans le cadre d'une activité adaptée, sa capacité de travail était nulle en raison de la chronicité des symptômes, autant physiques que psychiques, chez une patiente ayant de faibles ressources au niveau psychique (cf. rapport du 28 avril 2022). Par projet de décision du 11 mai 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser une rente d'invalidité. Le degré d'invalidité qu'elle présentait s'élevait à 32,41 % (part active : 20,16 % + part ménagère : 12,25 %) et était insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente. L'OAI a retenu que la capacité de travail dans une activité adaptée de l'assurée était de 70 %, en se fondant sur le rapport d'expertise du 21 juillet 2020 du CF._____. Il a relevé que les rapports médicaux postérieurs à cette expertise n'étaient qu'une appréciation différente d'un même état de fait. L'assurée a présenté ses objections le 30 mai 2022 à ce projet, complétées le 6 septembre 2022, invoquant que l'OAI avait perdu de vue qu'un récent rapport d'expertise pluridisciplinaire ne pouvait remplacer un précédent rapport d'expertise de même nature, que pour autant que les mêmes disciplines médicales aient été traitées. Dans la mesure où le volet neurologique ne faisait pas partie du mandat d'expertise du CF._____, dès lors qu'il n'était nullement remis en cause, il en résultait que l'appréciation qui avait été faite en 2011 dans ce domaine par le Dr V._____ ne pouvait que conserver toute sa pertinence, en l'absence de modification de son état de santé sur un plan neurologique. En cumulant les taux d'incapacité de travail sur un plan neurologique et psychiatrique, il en résultait un taux d'incapacité total de travail durable d'au moins 80 % (50 % + 30 %). Par ailleurs, en analysant le rapport d'expertise du CF._____ et les derniers rapports médicaux psychiatriques produits, il existait une aggravation de son état sur le plan psychiatrique. Par décision du 12 janvier 2023, notifiée le 23 janvier 2023 au représentant de l'assurée, l'OAI a confirmé en tous points son projet de décision. C. Par acte du 22 février 2023, M._____, représentée par Me Métille, a recouru à l'encontre de la décision précitée par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse en ce sens qu'elle doit se voir allouer une demi-rente d'invalidité avec effet au 1^{er} décembre 2017, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire qui ne pourra qu'avoir lieu dans un centre universitaire comme la D._____ ou les [...]. Elle a également requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'assurée fait valoir que l'expertise du CF._____ ne contenant pas de volet neurologique, l'OAI était lié par les conclusions neurologiques du rapport d'expertise du 5 avril 2011 de la D._____. Elle a indiqué également que, depuis l'expertise du CF._____, son état de santé s'était aggravé sur le plan psychiatrique et que l'enquête ménagère du 3 décembre 2020 ne tenait pas compte de sa baisse de rendement sur le plan neurologique. Dans sa réponse du 23 mars 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, précisant que si les experts avaient estimé un volet neurologique nécessaire, ils l'auraient proposé, ce qu'ils n'ont pas fait, estimant ainsi que l'expertise emportait pleine valeur probante. Le 27 mars 2023, le Juge instructeur a octroyé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec

effet au 22 février 2023, la recourante étant exonérée d'avances et de frais judiciaires et mise au bénéfice de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Métille. Par réplique du 26 mai 2023, la recourante a maintenu ses précédentes conclusions. E n d r o i t : 1. a) La LPGGA (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 LPGGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGGA). 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 LPGGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 18 décembre 2018. 3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est, comme en l'espèce, antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGGA). 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 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 5. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

6. a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

aa) Pour un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution de ses possibilités de gain, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 16 LPGa) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

bb) Pour un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'il en exerce une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure il est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGa). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGa).

cc) Pour un assuré qui n'exerçait que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'il se consacrait en outre à ses travaux habituels au sens des art. 8 al. 3 LPGa et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 ; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

b) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale

et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées). c) En l'espèce, dans l'arrêt du 27 mai 2015 (AI 47/14 – 138/2015, consid. 4), la Cour de céans a retenu qu'il fallait considérer que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité s'appliquait au cas d'espèce, en tenant compte d'une répartition de 50/50 entre la part du temps consacrée par la recourante à l'exercice d'une activité lucrative et celle vouée à ses activités ménagères. Ce statut a été repris dans la décision attaquée, notamment sur la base de l'évaluation économique du ménage du 3 décembre 2020, et n'est pas contesté par la recourante. Il peut donc être confirmé et c'est ainsi à juste titre que l'OAI a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. 7. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait

(ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

8. a) 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). b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4

et les références citées). 9. a) Dans sa décision du 31 janvier 2014, confirmée par arrêt de la Cour de céans du 27 mai 2015, l'intimé a octroyé à la recourante un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2009 au 31 janvier 2010. A compter du 1^{er} février 2010, le degré d'invalidité présenté par la recourante et calculé sur la base de la méthode mixte d'évaluation était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Dans l'arrêt précité, le Tribunal a confirmé que la capacité de travail dans une activité adaptée de la recourante s'élevait à 50 %, en se fondant sur le rapport d'expertise judiciaire du 5 avril 2011 de la D. _____ qui avait été mise en œuvre lors de la précédente procédure de recours et qui jouissait d'une pleine valeur probante. Conformément à ce rapport d'expertise judiciaire, des limitations fonctionnelles d'ordre neurologique et rhumatologique devaient être admises chez la recourante pour les mouvements nécessitant une flexion antérieure du tronc de manière répétée, le levage régulier et répétitif de charges égales ou supérieures à 10 kg, les mouvements en porte-à-faux répétitifs, les activités monotones et l'exposition à des vibrations corporelles. Sous l'angle neurologique, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 %. Dans leur rapport d'expertise complémentaire du 11 octobre 2011, les Drs [...] et F. _____ avaient encore précisé que les problèmes psychiques rencontrés par la recourante participaient aux limitations, mais dans une moindre mesure, et n'empêchaient pas l'exercice d'une activité lucrative à 50 %.

b) Dans sa décision du 12 janvier 2023, objet de la présente procédure, l'intimé a refusé d'accorder une rente à la recourante, considérant qu'elle présentait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. Il s'est fondé sur le rapport d'expertise du 21 juillet 2020 du CF. _____, laquelle comporte un volet en médecine interne, un volet psychiatrique et un volet rhumatologique. L'expert en rhumatologie a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, malgré le diagnostic incapacitant de status post chirurgie lombaire à deux reprises en 2004 et 2009 avec syndrome de dysbalance musculaire, et l'expert en médecine interne a retenu qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle de cet ordre. En revanche, la capacité de travail dans une activité adaptée de l'assurée était de 70 % sous l'angle psychiatrique compte tenu du diagnostic incapacitant d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00). La recourante estime que l'intimé ne pouvait pas se fonder exclusivement sur ce rapport d'expertise qui ne comprend pas de volet neurologique. Ainsi, le volet neurologique de l'expertise de la D. _____ garderait toute sa pertinence, faute d'avoir été remis en cause, de sorte que son incapacité de travail dans une activité adaptée serait de 80 %, soit 50 % d'un point de vue neurologique, mais aussi 30 % d'un point de vue psychiatrique selon l'expertise du CF. _____. En outre, l'expertise du CF. _____ et les rapports médicaux psychiatriques produits avant la décision entreprise démontreraient une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique, alors que, lors de l'expertise de la D. _____, aucune atteinte incapacitante n'avait été retenue sur le plan psychiatrique s'agissant d'une activité adaptée. En conséquence, sa capacité de travail dans une activité adaptée actuelle devrait être inférieure à celle retenue en 2014. c) Il convient en conséquence d'examiner si le rapport d'expertise du CF. _____ remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante, respectivement si l'intimé a statué sur la base d'un dossier suffisamment instruit. aa) Sur le plan somatique, la recourante ne formule pas de grief contre le volet de médecine interne de l'expertise du CF. _____. Force est de constater que le Dr BE. _____ a procédé à un examen de l'ensemble des pièces au dossier. Il a notamment pris en compte l'examen neurologique du 3 février 2011 du Dr V. _____ dans l'expertise pluridisciplinaire du 5 avril 2011 de la D. _____ en tant qu'il portait sur

les céphalées, lesquelles relevaient d'après lui de la médecine interne. Ces deux médecins ont retenu que les céphalées ne représentaient pas une cause d'incapacité de travail significative. Pour le reste, le Dr BE. _____ a retenu que les diagnostics incapacitants posés par le Dr AB. _____ dans son rapport du 12 novembre 2019 et dans le rapport du 11 avril 2020 du [...] ne relevaient pas de la médecine interne (cf. chiffre II.6.a.4 p. 30 du rapport d'expertise du CF. _____). Le Dr BE. _____ a ainsi relevé que la recourante ne souffrait d'aucun diagnostic incapacitant en médecine interne, retenant uniquement des diagnostics non incapacitants, en accord avec les autres rapports médicaux au dossier. Au niveau rhumatologique, l'intéressée s'est vu diagnostiquer en 2011 des lombo-pseudo-sciatalgies gauches chroniques avec failed back surgery syndrome, une cure de hernie discale L5-S1 gauche à deux reprises pour hernie discale L5-S1 gauche ainsi qu'une discopathie L5-S1 par le Dr T. _____ (cf. p. 16 du rapport d'expertise du 5 avril 2011 de la D. _____). Le Dr HF. _____ a, quant à lui, retenu comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail celui de status post chirurgie lombaire à deux reprises en 2004 et 2009 avec syndrome de dysbalance musculaire. Sans incidence sur la capacité de travail était le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative, stabilisée. Ce faisant, cet expert n'a pas expliqué pourquoi il ne retenait pas le diagnostic posé en 2011 de lombalgies par le Dr T. _____ (cf. chiffre IV.6.a.4 p. 74 du rapport d'expertise du CF. _____), alors même qu'il indique que, du point de vue rhumatologique, depuis 2015, les douleurs lombaires n'ont pas souffert de changement (cf. p. 15 idem). Si, à l'instar de son homologue, le Dr T. _____ en 2011, l'expert rhumatologue a retenu un taux de capacité de travail de 100 % dans un emploi adapté, on doit admettre que l'appréciation émise par le Dr HF. _____ ne repose pas sur une prise en compte complète de l'évolution globale de l'atteinte lombaire depuis 2011. Le dossier ne contenant aucune appréciation médicale claire sur cet aspect, on ignore, par conséquent, si l'évolution des troubles lombaires engendre des répercussions supplémentaires du point de vue de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles de la recourante. En tant qu'elles reposent ainsi sur une analyse carencée de l'atteinte lombaire, les conclusions expertales apparaissent par conséquent sujettes à caution. Au demeurant, on doit encore relever que le mandat confié au CF. _____ aurait dû inclure un volet neurologique en présence de troubles lombaires, lesquels avaient été investigués en 2011 par le Dr V. _____ qui avait retenu un tableau de lombosciatalgies chronifiées relativement atypiques, avec comme seul signe d'atteinte radiculaire certain une hyporéflexie achilléenne gauche et des troubles sensitivo-moteurs relativement mal systématisés et un EMG [électromyogramme] sans anomalie en tous les cas active certaine. Sur le plan de la capacité de travail, ce médecin avait relevé qu'il était évident que le status après deux cures de hernie discale et les anomalies intrarachidiennes mises en évidence à l'IRM de contrôle de mars 2010 permettaient de conclure que la recourante présentait une incapacité de travail complète et définitive dans l'activité de femme de ménage/nettoyeuse ainsi que dans toute autre activité similaire. S'agissant de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, ce praticien estimait que la recourante pouvait théoriquement travailler au moins à 50 % dans une activité légère, ne nécessitant pas le port régulier de charge de plus de 10 kg et autorisant des changements fréquents de position assis/debout. Les atteintes neurologiques figuraient au premier plan des limitations fonctionnelles retenues par l'expertise de la D. _____ de 2011 et justifiaient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Compte tenu de la problématique neurologique présentée en 2011 par la recourante et des importantes limitations fonctionnelles en découlant, cet aspect appelait à

l'évidence une appréciation spécialisée actualisée afin d'analyser les diagnostics pertinents et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail, voire leur interaction avec les autres troubles de la recourante. Or, rien au dossier ne permet de se positionner sur ces questions. Aucun des médecins interpellés n'était neurologue et a donc formulé d'appréciation spécialisée sur cette problématique. Force est d'admettre que des investigations supplémentaires étaient nécessaires et les lacunes au dossier ne pouvaient en tous les cas pas être assimilées à l'absence d'élément concret susceptible de se répercuter du point de vue neurologique sur la capacité de travail de la recourante. Dans ces conditions, on ne saurait se rallier à la position de l'intimé. Force est donc de constater que l'instruction menée par l'intimé est insuffisante sous l'angle somatique. bb) Sur le plan psychiatrique, il y a lieu de relever que le Dr DG. _____, tout comme le Dr F. _____ en 2011, a diagnostiqué un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00). Si ces experts s'entendent sur le même diagnostic, le Dr DG. _____ a toutefois retenu ce dernier comme incapacitant, contrairement à son confrère. Ainsi, l'expert a conclu à une capacité de travail médico-théorique de 70 % depuis l'expertise de 2011, en précisant qu'il y avait eu une aggravation de l'état psychique avec une dépression d'intensité moyenne se situant en novembre 2015 avec médico-théoriquement une capacité de travail de 50 % jusqu'au rapport du 3 novembre 2017. Avec un traitement optimal, la capacité de travail devrait être de 100 % dans un délai de huit semaines (cf. chiffre III.6.a.4 p. 49 du rapport d'expertise du CF. _____). Pour poser ce diagnostic, l'expert du CF. _____ a indiqué que l'examen psychiatrique mené n'avait pas mis en évidence de ralentissement psychomoteur net englobant l'ensemble de l'activité motrice. Ainsi, il n'avait pas été retrouvé de ralentissement dans la gestuelle accompagnant la discussion, la mimique ainsi que le langage. Il n'avait pas été retrouvé non plus de symptôme physique pouvant être rattaché à des troubles anxieux. La personne assurée n'avait pas verbalisé d'émotion en rapport avec une problématique anxieuse. Il n'avait pas été retrouvé d'idée suicidaire. La tristesse et les pleurs étaient apparus un court instant quand il lui avait été demandé d'évoquer son état actuel. Le reste de l'examen, la personne assurée était euthymique (cf. chiffre III.6.a.4 p. 48 du rapport d'expertise du CF. _____). On ne peut que relever que l'expert a réfuté toute anxiété généralisée en se contentant de renvoyer laconiquement à l'absence de signe clinique lors de l'entretien, puis il a conclu à un trouble dépressif léger en indiquant que : « sur le plan sémiologique, l'élément qui revenait constamment était la perte de l'élan vital, l'anhédonie ainsi que la fatigabilité, rattachées par la personne assurée à ses douleurs et à ses troubles du sommeil. Les éléments dépressifs n'étaient pas plus marqués le matin. Il n'y a pas de perte d'appétit ni d'amaigrissement. Sinon, en prenant en compte l'examen clinique et les éléments rapportés par la personne assurée ainsi que ses thérapeutes, il est retrouvé une réduction de l'énergie et une augmentation de la fatigabilité, une perte de confiance en soi, une perturbation du sommeil, une humeur dépressive et en tout cas inconstante et variable selon les conditions contextuelles » (cf. chiffre III.6.a.4 p. 48 idem), alors même que la recourante a expliqué, lors de son examen, souffrir d'une aggravation des troubles de l'humeur (cf. chiffre III.7.a. p. 50 idem), confirmée ultérieurement par la Dre Z. _____. Le Dr DG. _____ a simplement écarté le diagnostic d'épisode dépressif récurrent en exposant que ce dernier supposait « selon la CIM-10 la présence dans le passé d'au moins 1 épisode dépressif séparé de l'épisode actuel par une période d'au moins 2 mois sans perturbation significative de l'humeur » (cf. chiffre III.6.a.4 p. 49 idem). En termes de sévérité, le Dr DG. _____ a expliqué que le diagnostic d'épisode dépressif ne rencontrait pas le nombre de critères suffisants pour être qualifié de « moyen »

(cf. chiffre III.6.a.4 p. 49 idem). En l'absence d'une discussion objective et dûment étayée autour du diagnostic écarté d'épisode dépressif moyen, la position défendue par le Dr DG. _____ n'apparaît pas convaincante sous cet angle déjà. L'expert psychiatre fonde notamment son argumentation et ses conclusions sur le traitement mis en place qui ne correspondrait pas aux règles d'un traitement antidépresseur en termes de doses et de choix de molécule et que la recourante aurait arrêté de son propre chef les traitements antidépresseurs prescrits en raison d'effets secondaires, sans qu'il soit retrouvé dans les rapports de tentative de mise en place d'autres traitements antidépresseurs (cf. chiffre III.6.a.4 p. 49 idem). Or, il est le lieu de constater que l'expert psychiatre n'a pas pris contact avec le psychiatre traitant de la recourante, ce qui aurait été utile pour connaître les raisons non seulement d'un tel traitement mais également de l'éventuel raison de la non-compliance de la recourante, d'autant plus que l'expert psychiatre n'a mentionné comme traitement que le Trittico 50 mg (cf. chiffre III.3.b.11 p. 46 idem) – alors que l'expert en médecine interne a tout de même noté l'Atarax (cf. chiffre II.3.b.11 p. 27 idem) – et que la Dre Z. _____ a indiqué que la recourante prenait 150 mg de Trittico et 25 mg d'Atarax (cf. rapport du 30 mars 2021). De tels traitements rendent clairement compte de l'importance de la symptomatologie développée par la recourante et ne sauraient avoir été prescrits à la légère par des spécialistes. Enfin, le Dr DG. _____ s'est basé sur le rapport du 10 mai 2019 des Drs S. _____ et L. _____ pour écarter le critère récurrent et la sévérité du trouble dépressif éprouvé par la recourante. Or, ce constat est contredit par les investigations ultérieures menées par l'intimé. La Dre Z. _____ a ainsi relevé que les critères diagnostiques d'un trouble dépressif récurrent étaient respectés, notamment la survenue répétée des épisodes dépressifs (plusieurs depuis 2015), ainsi que ceux d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (perte du plaisir, ralentissement psychomoteur, baisse de l'appétit, fatigue) (cf. rapport du 30 mars 2021), tout comme la Dre GJ. _____, laquelle a également posé le diagnostic de trouble de la personnalité (cf. rapport du 28 avril 2022). Le rapport d'expertise psychiatrique est également sérieusement déficient quant à l'analyse des indicateurs posés par la jurisprudence fédérale rappelée au considérant 8 ci-dessus. Les éléments relatés par le Dr DG. _____, eu égard à l'appréciation des ressources de la recourante, tiennent sur quelques lignes et tant ces dernières que les limitations fonctionnelles retenues sont constituées d'une compilation des rubriques basées sur la Mini-CIF-APP, reprises pêle-mêle sans aucune analyse concrète et circonstanciée (cf. chiffre III.7.a.2 p. 50 et chiffre III.7.d p. 52 du rapport d'expertise du CF. _____). Le rapport du Dr DG. _____ ne fournit ainsi aucune information sérieuse sur les ressources et capacités effectives de la recourante. De même, l'expert ne procède pas à une description minutieuse d'une journée-type de la recourante, se contentant de lister quelques informations, alors que cet élément est fondamental pour apprécier les répercussions de la maladie dans les différentes sphères de la vie quotidienne. Ce document ne permet donc manifestement pas de déterminer l'incidence des atteintes à la santé sur le quotidien de la recourante, ni de se prononcer sur les ressources à sa disposition. Ainsi, le manque de consistance du volet psychiatrique de l'expertise exclut de lui reconnaître valeur probante. Ce document ne permet en effet pas de déterminer l'incidence des atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante, ni de se prononcer sur les ressources à disposition pour en surmonter les conséquences. Il est ainsi faux de prétendre, comme l'ont fait les médecins du SMR – qui ne sont pas spécialistes en psychiatrie et psychothérapie –, que les problématiques constatées ensuite de l'expertise du Dr DG. _____ relèveraient d'une appréciation différente d'un même état de fait. La péjoration de la santé psychique

telle que documentée justifiait en effet davantage d'investigations, en particulier que les rapports postérieurs à l'examen du Dr DG. _____ soient soumis à ce dernier pour complément, et que l'éventuel effet de cette évolution sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressée soit examiné. d) Des considérants qui précèdent, il résulte que les faits pertinents n'ont pas été investigués de manière satisfaisante et que l'instruction doit par conséquent être complétée sur le plan médical, afin de déterminer les atteintes à la santé dont souffre la recourante, leurs interactions (en particulier sur le plan de la psychiatrie, de la rhumatologie et de la neurologie) et leur éventuel impact sur sa capacité de travail. e) Au surplus, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle soutient que l'incapacité de travail de 50 % ressortant de l'expertise neurologique de la D. _____ de 2011 devrait être additionnée à l'incapacité de travail de 30 % ressortant de l'expertise psychiatrique du CF. _____. En effet, lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_548/2013 du 2 octobre 2013 consid. 5.2.2 ; TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 207/04 du 23 juin 2004 consid. 7 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1 ; TFA I 143/03 du 26 mai 2003 consid. 3.3). 10. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2 e éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). d) En l'espèce, il ne pouvait échapper à l'intimé que le rapport d'expertise du CF. _____ était insuffisant (compte tenu du manque d'investigations neurologiques notamment) pour statuer sur le droit aux prestations de la recourante, de sorte que ce document ne pouvait se voir accorder une pleine valeur probante. La Cour de céans estime que l'intimé a failli à son obligation d'élucider les faits à satisfaction. Il s'agit dès lors de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction. Après actualisation des pièces médicales, il lui appartiendra de

solliciter une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et neurologique de la recourante, l'expert psychiatre pouvant s'adjoindre les services d'un neuropsychologue s'il l'estime opportun. Une fois ce complément entrepris, il incombera à l'intimé de fixer le degré d'invalidité de la recourante sur la base de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité en procédant à une nouvelle enquête économique sur le ménage. 11. a) En définitive, le recours est admis, la cause étant renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe. c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à charge de l'intimé. d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (art. 2 al. 1 let. a et 3 bis al. 1 et 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 12 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et une nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me David Métille (pour la recourante), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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