

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 686 vom 26. August 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-08-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__686

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 686 du 26 août 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 686 del 26 agosto 2024

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 RAI

Erwägungen

E. 7

juillet 2020 à tout le moins, subsidiairement à l'annulation de ladite décision et au renvoi de l'affaire à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre préalable, la prénommée a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, la recourante a tout d'abord fait valoir que quand bien même la précédente décision de l'OAI datait du 7 mai 2021, dite décision se référait néanmoins à un « prononcé du 7 juillet 2020 » qu'il y avait par conséquent lieu de retenir pour évaluer l'aggravation de son état de santé. L'intéressée a par ailleurs soutenu que l'expertise de BB. _____ SA, ne pouvait être considérée comme probante, critiquant en particulier les volets rhumatologique et psychiatrique – tant du point de vue de la neutralité de l'expert DD. _____ que du bien-fondé de ses conclusions – de l'expertise. Elle s'est prévaluée des appréciations émises par la Dre P. _____, les médecins du Centre hospitalier E. _____ (en particulier en date du 8 juin 2021) et le Dr D. _____, démontrant une aggravation de son état de santé induisant une incapacité de travail dans n'importe quelle activité. Elle a également invoqué une hospitalisation en milieu psychiatrique en avril 2023. La recourante a de plus contesté le calcul de la perte de gain résultant implicitement de la décision du 28 mars 2028 [recte : 2023] qui confirmait le prononcé du 7 juillet 2020, invoquant son âge comme obstacle dirimant à la reprise d'un emploi et se prévalant d'un abattement d'au moins 20 % sur le revenu d'invalidité. Elle a de surcroît reproché à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une enquête ménagère et a critiqué l'absence de toute mesure de réadaptation. Sur le plan de l'instruction, l'intéressée a requis en particulier, pour le cas où la juridiction cantonale jugerait insuffisants les éléments au dossier, la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique et d'une enquête ménagère. Pour étayer ses dires, elle a produit un onglet de pièces se rapportant aux phases antérieures de la procédure. Par décision du 16 mai 2023, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 12 mai 2023 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Maxime Darbellay. Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 7 juin 2023, relevant en particulier que l'évolution de la situation dès le mois d'avril 2023 ne pouvait avoir aucune incidence sur la décision rendue le 28 mars 2023. Par réplique du 31 juillet 2023, la recourante a persisté dans ses précédents motifs et conclusions, sollicitant de surcroît son audition et celle de ses enfants et arguant notamment que les événements d'avril 2023 résultaient de troubles déjà présents lors du

prononcé entrepris. En annexe, elle a notamment produit une lettre de sortie établie le 19 juin 2023 par les Dres GG. _____ et HH. _____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante au Département de psychiatrie du Centre hospitalier E. _____, site de LL. _____, en lien avec une hospitalisation en mode volontaire du 10 au 25 avril 2023 à la suite d'une tentative de suicide médicamenteuse. Les Dres GG. _____ et HH. _____ relevaient en particulier comme facteur de crise le refus d'une demande en cours auprès de l'assurance-invalidité, ainsi que la recrudescence d'un sentiment d'abandon et de solitude lié aux conditions de vie, l'intéressée étant retournée à son domicile deux mois auparavant après avoir vécu chez sa fille ; à cela s'ajoutait la rupture du suivi thérapeutique avec sa psychiatre en décembre 2022, avec deux autres tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse depuis lors. Sur le plan diagnostique, les Dres GG. _____ et HH. _____ retenaient un trouble de la personnalité borderline (F60.31) chez une patiente présentant des attitudes et comportements nettement disharmonieux – notamment dans le domaine de l'affectivité, la sensibilité, la manière de percevoir, et le mode de relation à autrui – induisant une souffrance personnelle considérable et une dégradation du fonctionnement social notamment. Elles retenaient par ailleurs un diagnostic de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1), en lien avec une consommation d'alcool durant les weekends, à risque lors des moments de crise émotionnelle. Les Dres GG. _____ et HH. _____ soulignaient en outre le lien entre l'état de santé psychique et les douleurs chroniques dont se plaignait la patiente. Elles signalaient finalement que l'assurée était désormais suivie en ambulatoire au Centre de psychiatrie et de psychothérapie [...]. Dupliquant le 21 septembre 2023, l'intimé a maintenu sa position, se référant notamment à un avis médical SMR de la Dre M. _____ du 15 août 2023 selon lequel les éléments médicaux rapportés ne permettaient pas de remettre en question les conclusions des experts de BB. _____ SA mais montraient en revanche une aggravation psychiatrique depuis le mois d'avril 2023, décrite comme réactionnelle, propre au trouble de la personnalité et vraisemblablement non durable. Prenant position le 11 octobre 2023, la recourante a confirmé ses arguments, invoquant notamment l'influence de son addiction à l'alcool et soulignant son isolement social. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente d'invalidité, à la suite de la seconde demande de prestations déposée par l'intéressée. 3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1 er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V

21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. b) En l'occurrence, il faut rappeler que l'OAI a été informé le 1^{er} juin 2021 par une collaboratrice du Service social de la ville de [...] de ce que l'assurée souhaitait la réouverture de son dossier, après quoi l'intéressée a transmis à l'office intimé en date du 21 juin 2021 le rapport du Service de rhumatologie du Centre hospitalier E. _____ du 8 juin 2021 portant sur le séjour hospitalier intervenu du 10 au 21 mai 2021. Il y a lieu de considérer qu'au plus tard lors de l'envoi du rapport susdit, la recourante a manifesté sa volonté de saisir l'intimé d'une nouvelle demande de prestations, quand bien même cette demande n'a été régularisée que dans un second temps avec l'envoi d'une formule officielle le 15 juillet 2021 (voir à cet égard art. 29 al. 3 LPGA ; voir également Guy Longchamp, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales*, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 38 ss art. 29 LPGA). Le droit éventuel à une rente d'invalidité ne pourrait par conséquent prendre naissance qu'à compter du mois de décembre 2021, soit six mois après la demande – formellement incomplète – déposée en juin 2021 (art. 29 al. 1 LAI), de sorte que c'est l'ancien droit qui est applicable *in casu*.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). c) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI) ou, comme en l'espèce, après l'octroi rétroactif d'une prestation limitée dans le temps (ce qui revient à nier – implicitement – le droit à celle-ci pour la période subséquente, cf. TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1), il convient d'examiner l'affaire au fond et de déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de la personne assurée. 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). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit (dans sa

teneur au 31 décembre 2021) 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. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3). d) Tant les affections psychosomatiques (ATF 141 V 281) que les affections psychiques (ATF 143 V 418) et les syndromes de dépendance (ATF 145 V 215) doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée. La preuve d'un tel trouble suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). 5. a) 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). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser 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 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). 6. En l'espèce, il est constant que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations dont il a été saisi en juin 2021. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force et la décision litigieuse, l'état de santé de l'assurée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. a) A titre préalable, il y a lieu de revenir sur le point de comparaison au regard duquel doivent être examinées les circonstances prévalant lors du prononcé entrepris du 28 mars 2023. L'intimé a en effet pris comme référence la date de sa décision du 7 mai 2021, tandis que la recourante se prévaut de la situation au 7 juillet 2020. Il convient, à cet égard, de distinguer entre la lettre d'accompagnement établie le 7 juillet 2020 par l'OAI, réfutant les objections soulevées en procédure d'audition par l'assurée et faisant partie intégrante de la décision à venir, et la décision formellement rendue le 7 mai 2021 par l'intimé, octroyant à l'intéressée une rente d'invalidité limitée dans le temps. A ce propos, la jurisprudence relative à l'examen du bien-fondé d'une nouvelle demande de prestations ne laisse guère de marge à l'interprétation : c'est bien au regard d'une décision entrée en force reposant sur un examen matériel du cas qu'il y a lieu d'évaluer l'éventuelle évolution des circonstances, et non pas à l'aune d'une lettre d'accompagnement n'ayant pas de portée distincte de celle de la décision qu'elle est supposée expliciter. Quant à la référence à un « prononcé du 7 juillet 2020 » dans la décision du 7 mai 2021, elle relève manifestement d'une erreur de plume et ne revêt aucune portée matérielle. Sous cet angle, il apparaît donc que seule la décision du 7 mai 2021 (et les éléments l'ayant fondée) peut servir de point de comparaison et que la date du 7 juillet 2020 invoquée à ce propos par la recourante n'est pas pertinente. Pour le surplus, il n'appartient pas à la Cour de céans de se prononcer sur la notification régulière ou non de la décision du 7 mai 2021, la juridiction cantonale étant exclusivement saisie d'un recours à l'encontre de la décision rendue le 28 mars 2023. Tout au plus relèvera-t-on, par surabondance, que s'il apparaît que la décision du 7 mai 2021 a bien été adressée non pas à la recourante mais à Procap alors même que le mandat de cette institution avait pris fin, ainsi qu'elle l'avait écrit à l'OAI le 5 mai 2020, il n'en demeure pas moins que l'assurée avait reçu « les calculs des prestations » pour la période 2016/2017 lorsque le Service social de la ville de [...] a pris contact avec l'OAI le 1^{er} juin 2021. Or à cette époque, l'intéressée n'a soulevé aucune contestation d'ordre procédural ou matériel sur ce point – étant souligné à cet égard que toute personne est tenue de se renseigner sur l'existence et le contenu de la décision dès qu'elle peut en soupçonner l'existence, sous peine de se voir opposer l'irrecevabilité d'un éventuel moyen pour cause de

tardiveté (ATF 139 IV 228 consid. 1.3 et les références ; TF 6B_457/2023 du 11 mars 2024 consid. 1.3), de sorte qu'une décision fût-elle notifiée de manière irrégulière peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (TF 8D_5/2019 du 4 juin 2020 consid. 4.3). A cela s'ajoute que l'office s'est expressément référé à la décision d'octroi de rente limitée dans le temps du 7 mai 2021 lorsqu'il a écrit à l'intéressée le 23 juin 2021, sans que cette dernière n'invoque sa méconnaissance de ladite décision dans son courrier subséquent du 15 juillet 2021, et que le Prof. I. _____ a quant à lui évoqué le 11 août 2021 une hospitalisation du 10 au 21 mai 2021 juste après une décision de l'OAI. Ces éléments incitent donc à douter de la déclaration de la recourante selon laquelle elle n'aurait pas eu connaissance de la décision du 7 mai 2021 avant la consultation du dossier par son nouveau conseil en septembre 2021 (cf. écritures des 22 et 24 septembre 2021). Dans ces conditions, l'OAI apparaissait fondé à considérer la décision en question comme valablement notifiée en temps utile (cf. communication du 6 octobre 2021), ce que la recourante ne semble plus contester au stade de la présente procédure judiciaire (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 16).

b) Lors de la procédure initiée à la suite de la première demande de prestations de l'assurée, l'OAI s'est essentiellement fondé sur le rapport d'expertise établi le 26 avril 2018 par les Drs C. _____, R. _____ et F. _____ du S. _____. Ces experts y signalaient des troubles rhumatologiques incapacitants sous forme de cervicobrachialgies bilatérales prédominant à droite sur troubles dégénératifs et de status après cure chirurgicale de hernie discale C6-C7 avec mise en place d'une cage le 23 octobre 2015 ; en guise de troubles sans influence sur la capacité de travail, ils évoquaient notamment une tendinopathie du sus-épineux, des lombalgies dans le cadre d'une arthrose facettaire L4-L5 et L5-S1, une personnalité émotionnellement labile type borderline, un trouble de l'humeur persistant et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne dont l'intéressée était désormais abstinente. Ils concluaient à une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité et de 50 % dans une activité adaptée depuis novembre 2016 puis de 75 à 100 % dès novembre/décembre 2016. Compte tenu des troubles du rachis et de la possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, ils retenir des limitations fonctionnelles au niveau du lever répétitif de charges de plus de cinq kilos, du lever ponctuel de charges de plus de dix kilos, des mouvements répétitifs du membre supérieur droit, ainsi que des positions statiques prolongées avec la nuque fléchie. C'est sur la base de cette appréciation, validée à diverses reprises par le SMR (cf. rapport d'examen du 15 mai 2018 et avis médicaux des 12 mars 2019, 2 septembre 2019 et 3 décembre 2019), que l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juin 2016 au 31 janvier 2017, suivie d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} au 28 février 2017.

c) Pour statuer sur les prétentions de l'intéressée dans le cadre de sa seconde demande de prestations, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de BB. _____ SA, axée sur les plans de la médecine interne (Dr CC. _____), de la rhumatologie (Dre EE. _____) et de la psychiatrie (Dr DD. _____).

aa) Sur le plan de médecine interne, l'expert CC. _____ n'a retenu aucune atteinte incapacitante à la santé, précisant que la situation était stable par rapport à la première demande de prestations de l'assurance-invalidité (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022, appréciation consensuelle, p. 12). Ces constats ne sont contredits par aucune pièce au dossier, ni remis en question par la recourante. Rien n'incite, par conséquent, à s'écarter des conclusions l'expert CC. _____. bb) Sur le plan rhumatologique, l'experte EE. _____ a considéré que la capacité de travail de l'assurée était influencée par des cervicalgies sur herniectomie, des lombalgies sur arthrose L4-L5 et

L5-S1, des scapulalgies prédominant à droite sur tendinopathie du sus-épineux et bursite sous-deltoïdienne bilatérale modérée, ainsi qu'une rhizarthrose bilatérale. Elle a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité antérieure et que, dans une activité adaptée, elle était nulle d'octobre 2015 à novembre 2016, puis de 50 % jusqu'à fin 2016 et de 100 % depuis début 2017, comme l'avait précédemment retenu l'expert C._____. Concernant les limitations fonctionnelles, il y avait lieu d'éviter la station debout ou assise prolongée, respectivement de permettre l'alternance de ces positions, et d'éviter le port de charges lourdes, la flexion prolongée du tronc surtout au niveau du rachis cervical, l'élévation des bras au-dessus des épaules à l'horizontal et les mouvements de préhension et de serrage des mains de façon répétée et soutenue. L'experte EE._____ a conclu que, du point de vue rhumatologique, il n'y avait pas d'aggravation dans le sens où les limitations fonctionnelles étaient fixées depuis l'intervention d'octobre 2015 et n'avaient pas changé (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 p. 7 ss et p. 60 ss). On doit admettre qu'en tant que telle, l'évaluation de l'experte EE._____ ne traduit pas d'évolution significative depuis le rapport d'expertise du S._____ du 26 avril 2018. Cette évaluation confirme en effet les atteintes précédemment identifiées au niveau du rachis cervical et lombaire et du membre supérieur droit, sans évolution notable sur ce plan. Les limitations fonctionnelles retenues à cet égard par l'experte EE._____ s'inscrivent, du reste, dans la lignée de celles exprimées par les experts du S._____. Le seul fait que l'experte EE._____ ait retenu un plus grand nombre de restrictions pour des atteintes demeurées essentiellement inchangées témoigne tout au plus d'une appréciation plus circonstanciée de la situation, mais ne reflète pas pour autant une détérioration globale des troubles rhumatologiques en question. En outre, s'il est vrai qu'une atteinte arthrosique au niveau des deux pouces a de surcroît été identifiée par l'experte EE._____, rien au dossier ne permet cependant de lui reconnaître à ce stade, par son ampleur ou son intensité, le caractère d'une aggravation marquée de l'état de santé de la recourante. On comprend, dans ces conditions, que l'experte EE._____ ait finalement conclu à l'absence d'évolution chez une assurée dont les limitations fonctionnelles en lien avec la principale atteinte à la santé, au niveau cervical, n'avaient plus connu d'évolution rhumatologique marquante depuis l'intervention du 23 octobre 2015. L'experte EE._____ s'étant en définitive rangée à l'avis de l'expert C._____ quant à l'exigibilité d'une activité adaptée (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 11 et 65), il n'apparaît pas non plus déterminant que l'experte rhumatologue de BB._____ SA ait situé le début de cette exigibilité au mois de janvier 2017 alors que son confrère du S._____ avait retenu le mois de décembre 2016 ; du reste, ce point importe peu dans le cadre du présent litige, circonscrit à la question de savoir si l'état de santé de la recourante a connu une aggravation depuis la décision du 7 mai 2021. L'analyse de l'experte EE._____ n'est, en outre, pas sérieusement mise en doute par les pièces au dossier. Il apparaît tout d'abord que dans leur rapport du 8 juin 2021, les médecins du Service de rhumatologie du Centre hospitalier E._____ ont pour l'essentiel décrit, sur la base d'un examen d'imagerie du 12 mai 2021 dont l'experte EE._____ a eu connaissance (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022, annexe 1, p. 13), des troubles connus au niveau du rachis cervical et lombaire, sans évolution majeure. S'ils ont certes conclu à une capacité de travail nulle même dans une activité adaptée, ils ont néanmoins appuyé leur appréciation sur des éléments étrangers au registre strictement rhumatologique, dans la mesure où ils ont invoqué l'importance des douleurs lombaires et cervicobrachiales de l'assurée, ses troubles psychiques et la paucité de ses ressources. On notera à cet égard que des douleurs, par définition subjectives, ne peuvent suffire à fonder une incapacité partielle

ou totale de travail mais que leur impact éventuel dépend de leur corrélation à des observations médicales concluantes. Or, dans leur rapport du

E. 8

juin 2021, les rhumatologues du Centre hospitalier E. _____ ont certes reconnu des douleurs liées aux atteintes rachidiennes constatées à l'imagerie mais ils ont de surcroît noté une composante d'amplification, faisant écho aux divergences et à l'autolimitation/exagération signalées par l'experte EE. _____ (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp.

E. 9

octobre 2021 et 13 janvier 2023) se sont limités à suivre l'avis des médecins du Centre hospitalier E. _____ sans y ajouter concrètement de plus amples développements. Reste à examiner les critiques formulées par la recourante à l'encontre de l'appréciation de l'experte EE. _____. En tant que l'assurée conteste le fait que l'experte n'a pas prêté de caractère invalidant au diagnostic de fibromyalgie (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 21), il y a lieu de rappeler que la nature invalidante d'un trouble psychosomatique ne relève pas d'un examen rhumatologique (cf. TF 9C_701/2020 précité loc. cit.). Si la recourante réfute en outre toute divergence entre les symptômes décrits et les résultats de l'examen clinique (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 21 s.), force est de relever que cette dichotomie a été observée par l'experte EE. _____ après comparaison entre l'ampleur des plaintes recensées et l'étendue des atteintes diagnostiquées (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 p. 9 s. et p. 62 s.) – au même titre que des éléments d'exagération et d'autolimitation mais sans simulation – et que les médecins du Service de rhumatologie du Centre hospitalier E. _____ se sont également prononcés dans ce sens dans la mesure où ils ont évoqué une composante d'amplification centrale (cf. rapport du 8 juin 2021). De telles discordances étaient, du reste, déjà observées sur le plan rhumatologique par les experts du S. _____ (cf. rapport d'expertise du 26 avril 2018 p. 33). Ces éléments viennent par conséquent soutenir la thèse d'une certaine amplification des plaintes sur le plan rhumatologique et, contrairement à ce que soutient la recourante, il importe peu qu'aucune amplification des plaintes n'ait pas été plus généralement reconnue dans le cadre du volet de médecine interne de BB. _____ SA ou par d'autres membres du corps médical. La recourante ne peut finalement être suivie lorsqu'elle reproche à l'experte EE. _____ de ne pas avoir tenu compte de ses plaintes et douleurs, dans la mesure où l'experte a dûment répertorié et analysé les éléments en question (cf. notamment rapport d'expertise du 10 août 2022 p. 52 ss), quand bien même elle n'en a pas tiré les conclusions souhaitées par l'assurée. Il résulte de ce qui précède que l'appréciation émise du point de vue rhumatologique par l'experte EE. _____ doit être tenue pour convaincante et qu'aucune dégradation significative depuis la décision du 7 mai 2021 ne peut en être déduite. Sous cet angle, la capacité résiduelle de travail demeure donc entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. cc) Sur le plan psychique, l'expert DD. _____ a retenu les diagnostics de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), autre trouble de l'humeur persistant (F34.8), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne sans usage actuel (F14.20) et trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4). Il a estimé que la capacité de travail avait toujours été entière du point de vue psychiatrique, hormis durant les hospitalisations et plus particulièrement au cours des deux à trois mois avant et pendant l'hospitalisation de 2017 avec à l'époque un diagnostic probable d'épisode dépressif sévère sans symptôme

psychotique ; depuis la sortie d'hospitalisation, la capacité de travail était totale (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 8 ss et 41 ss). aaa) Se plaçant sous un angle formel, la recourante reproche tout d'abord à l'expert DD._____ d'avoir manqué de neutralité, contestant le bien-fondé de ses observations, d'une part, quant à l'impact des troubles du point de vue du parcours professionnel et, d'autre part, quant à l'interprétation des résultats d'analyses effectuées dans le cadre de l'expertise (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 pp. 17 à 19). En tant que la recourante cherche ainsi à remettre en question l'impartialité de l'expert DD._____ (et, implicitement, à invoquer un motif formel de récusation à son encontre [art. 36 LPGA]), il y a lieu de relever qu'un expert passe pour prévenu lorsque les circonstances donnent l'apparence de la prévention et font redouter une activité partielle de l'expert, étant précisé que l'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 148 V 225 consid. 3.4 et les références citées). Dans le cas particulier, la recourante se contente toutefois d'opposer sa propre appréciation des circonstances à celle de l'expert, sans mettre en évidence le moindre élément concret tendant à montrer chez l'expert DD._____ une quelconque prévention à son encontre. A l'instar de l'expert psychiatre de BB._____ SA (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 6 et 40 s.), la Cour relève en particulier que le dossier ne contient aucun document étayant un parcours professionnel marqué par d'éventuelles décompensations psychiques. Ce constat, qui repose objectivement sur la lecture des pièces recueillies au cours de l'instruction, n'est aucunement remis en question par l'argumentaire de la recourante, laquelle se contente d'invoquer sa lettre de démission du 21 mai 2015 invoquant un manque de confiance mutuel et des remarques désobligeantes (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 17), soit des éléments illustrant certes une détérioration des relations de travail mais dont on ne voit pas en quoi ils seraient révélateurs d'une décompensation psychique. Contrairement à ce que soutient l'assurée (cf. ibid.), l'interaction entre les troubles psychiques préexistants et les atteintes somatiques apparues courant 2015 ne permet pas davantage de se positionner sur la manière dont les troubles psychiques ont influencé son parcours professionnel jusqu'alors, étant souligné que l'assurée avait déjà donné son congé lorsqu'elle s'est trouvée en arrêt de travail au cours du mois de juin 2015. Sur le vu de ces circonstances, le fait que l'expert DD._____ ait conclu, du point de vue anamnestique, à des difficultés relationnelles qui « sembl[ai]ent » s'être cantonnées à la vie privée (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 6 et 40 s.) relève tout au plus d'une appréciation précautionneuse de la situation et en aucun cas d'une évaluation subjective du cas (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 18). On cherche également en vain à comprendre en quoi les observations de l'expert DD._____ en lien avec les analyses de laboratoire faites à sa demande seraient révélatrices d'une appréciation biaisée quant à l'authenticité des plaintes de la recourante (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 18 s.). Force est de relever à cet égard que, selon l'annexe 5 au rapport d'expertise du 10 août 2022, les analyses sanguines ont montré que le taux de neuroleptique (Quétiapine) était plus faible que celui attendu pour la dose, avec un résultat inférieur à l'intervalle thérapeutique recommandé, mais que, pour les antidépresseurs (Fluoxétine), le délai entre la prise du médicament et le prélèvement sanguin était trop court pour permettre l'interprétation du résultat obtenu. Concernant l'alcoologie, il était conclu à une consommation légère à modérée, de deux à quatre doses par jour, plusieurs jours par semaine. Quant aux analyses d'urine, elles étaient positives aux benzodiazépines. Sur cette base, l'expert DD._____ a repris les conclusions du rapport d'analyse s'agissant des résultats obtenus pour la

Quétiapine et l'alcool, mais a en revanche retenu qu'aucune trace de Temesta (soit une benzodiazépine) n'avait été détectée et que les taux de Fluoxétine étaient dans la limite de la fourchette basse de l'intervalle thérapeutique (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 39, 41 et 44), s'écartant ainsi des résultats précités. Si les conclusions de l'expert sur ces deux derniers points semblent donc manifestement erronées, il reste que rien de concret ne permet pour autant d'en déduire un manque d'impartialité ; quant à l'impact de cette erreur, il sera discuté ci-après (cf. consid. 6c/cc/bbb infra). Pour le surplus, la recourante émet diverses allégations prétendument notoires quant aux délais nécessaires à l'interprétation des résultats de laboratoire (cf. mémoire de recours du

E. 12

mai 2023 p.19), il faut observer que si l'intéressée bénéficie certes d'un suivi psychiatrique régulier, il demeure que, pour la période soumise à l'examen de la Cour de céans (cf. consid. 6a supra), les douleurs n'ont en revanche pas abouti à une recherche de traitement particulièrement accrue hormis l'hospitalisation au Service de rhumatologie du Centre hospitalier E. _____ au printemps 2021. On comprend donc que, sous cet angle, l'expert DD. _____ n'ait pas retenu de suivi accru. De ces éléments, on doit par conséquent déduire que la recourante, nonobstant le diagnostic de fibromyalgie, n'encourt aucune diminution significative de ses ressources en lien avec une problématique d'ordre psychosomatique. ee) Sur le vu de ce qui précède, il y a donc lieu de reconnaître valeur probante aux conclusions détaillées et dûment motivées du rapport d'expertise de BB. _____ SA du 10 août 2022. Sur cette base, il faut retenir qu'aucune modification significative de l'état de santé de la recourante n'est intervenue entre la décision du 7 mai 2021 et celle du 28 mars 2023. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi d'autres mesures d'instruction (expertise médicale judiciaire, audition de la recourante et de ses enfants) seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). 7. En l'absence d'évolution déterminante sous l'angle médical ou de tout autre élément susceptible de modifier l'évaluation de l'invalidité de la recourante depuis la décision du 7 mai 2021, on comprend que l'intimé ait derechef conclu à un refus de prestations de l'assurance-invalidité aux termes de la décision du 28 mars 2023, sans revenir sur le calcul du préjudice économique réalisé dans le cadre de sa précédente décision du 7 mai 2021. Dans un tel contexte, la question d'éventuelles mesures de réadaptation ne trouve en outre pas sa place, contrairement à ce que soutient la recourante (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 30). En ce sens, la décision entreprise n'apparaît donc pas contraire au droit. Quant aux griefs de la recourante concernant la détermination du taux d'invalidité, ils ne reposent sur aucune modification des circonstances depuis la décision du 7 mai 2021 mais reviennent, bien plutôt, à contester les éléments retenus à cet égard dans le cadre de cette précédente décision – problématique extrinsèque à l'objet du présent litige (cf. consid. 2 et 6a supra). Tout au plus relèvera-t-on que, la recourante s'étant vu reconnaître un statut de 100 % active lors de la précédente procédure et n'invoquant aucun changement à ce niveau, c'est par conséquent à tort qu'elle conteste l'absence d'enquête ménagère « pour déterminer le degré de la part d'invalidité ménagère » (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 30 s.). En tant que l'assurée estime en outre que son âge rend illusoire une reprise d'emploi (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 30), il y a lieu de souligner que l'intéressée est née en 1969 et qu'elle ne saurait dès lors se prévaloir de la jurisprudence développée pour les assurés proches de l'âge de la

retraite (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1). Enfin, le taux d'abattement de 20 % sur le revenu d'invalidé tel qu'invoqué par l'assurée en lien avec ses limitations fonctionnelles (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 31) excède clairement le cadre objectivement délimité par les restrictions retenues. Du reste, même à admettre un abattement revu à la hausse au regard des limitations fonctionnelles plus nombreuses décrites par l'experte EE. _____, un taux de 10 % apparaîtrait déjà suffisamment représentatif des circonstances du cas particulier (voir à cet égard ATF 146 V 16 consid. 4.1) et aboutirait, toutes choses égales par ailleurs, à un taux d'invalidité de 10 % toujours inférieur au seuil de 40 % permettant l'ouverture du droit à une rente d'invalidité.

8. a) En conclusions, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG). c) Me Maxime Darbellay a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 12 mai 2023 et peut donc prétendre à une équitable indemnité pour son mandat (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Par courrier du 5 décembre 2023, Me Darbellay a produit le relevé des opérations effectuées dans la présente cause entre le 5 avril 2023 et le 5 décembre 2023, faisant état de 22 heures et 53 minutes. S'il convient d'en tenir compte dans une certaine mesure pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse en effet ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, certains des actes répertoriés sont antérieurs de plus d'un mois à l'octroi de l'assistance judiciaire. A cela s'ajoute que le temps consacré à la rédaction du mémoire de recours, soit 12 heures et 30 minutes, apparaît clairement excessif dans la mesure où cette écriture reprend en partie des éléments déjà invoqués au cours de la procédure administrative. On dénombre également une vingtaine de courriers, entretiens, mémos et contacts téléphoniques visant la recourante ou sa fille et, s'il appert que certains mémos n'ont certes pas été facturés, il reste que l'ampleur de ces opérations dépasse manifestement les besoins de la présente procédure judiciaire. On ne peut davantage tenir compte, au titre de l'indemnité de base, du temps comptabilisé pour l'établissement des différents bordereaux produits, dans la mesure où la préparation d'onglets de pièces relève de tâches de secrétariat et peut, cas échéant, être rémunérée par le biais des débours. Par conséquent, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 14 heures, auxquelles s'applique le tarif horaire de 180 fr., ainsi qu'un forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours. Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Darbellay est arrêté à 2'849 fr. 75, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3 bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), montant qu'il y a lieu d'arrondir à 2'850 francs. La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par

renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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