

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 975 vom 2. Dezember 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__975

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 975 du 2 décembre 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 975 del 2 dicembre 2024

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ | 43 LPGA

Erwägungen

E. 2

décembre 2024 _____ Composition : Mme Durussel , présidente
Mme Berberat, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assessseure Greffière : Mme
P. Meylan ***** Cause pendante entre : Y. _____ , à [...], recourante, représentée par
Me Maxime Darbellay, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le
Canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 43 LPGA E n f a i t : A.
Y. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], mère de trois enfants, ayant
achevé en [...] une formation professionnelle de serveuse, a travaillé à 100 % comme
accueillante en milieu familial entre 2008 et 2014. Elle est au bénéfice du revenu d'insertion
depuis juin 2023. B. Par arrêt du 29 avril 2019, la Cour des assurances sociales du Tribunal
cantonal a rejeté le recours que l'assurée avait formé contre la décision du 4 septembre 2017
de l'OAI par laquelle celui-ci lui avait octroyé une rente entière d'invalidité du 1 er juillet
2014 au 31 mars 2016 et confirmé ladite décision. Elle a notamment jugé que c'est à bon
droit que l'OAI avait conclu à une pleine capacité de travail de l'assurée dès le 1 er janvier
2016 (cf. CASSO AI 316/17 - 127/2019 du 29 avril 2019 consid. 6 let. e). C. Par courrier du
6 mars 2020, versé au dossier de l'OAI le 10 mars 2020, l'assurée a sollicité cet office de
prendre une nouvelle décision la concernant compte tenu de la péjoration de son état de
santé. Elle alléguait notamment ressentir, dans un contexte de fibromyalgie, d'importantes
douleurs au niveau des bras, des mains, des chevilles et des pieds, lesquelles l'empêchaient
parfois de marcher et l'entravaient dans l'exercice des gestes quotidiens, être sujette à des
migraines permanentes et être au bénéfice de suivis neurologique, rhumatologique, de
médecine du sport, psychiatrique et psychothérapeutique. Le 12 mars 2020, l'OAI a accusé
réception de cette demande et informé l'assurée qu'il la considérait comme une nouvelle
demande qu'il ne pourrait examiner que s'il était établi de façon plausible par l'assurée que
son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Le 7 avril 2020, la Dre
P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé un rapport à l'OAI à
teneur duquel elle a notamment posé le diagnostic d'anxiété généralisée (CIM-10 : F41.1),
dont la symptomatologie s'accompagnait d'une grande fatigue, voire d'un épuisement
psychique et physique, de difficultés de concentration et d'organisation pour tous les actes
de la vie quotidienne, de troubles du sommeil et de douleurs musculaires chroniques, le tout
concourant à un syndrome d'épuisement général. Elle retenait une incapacité de travail
totale depuis le 18 novembre 2015. Le 5 mai 2020, le Dr V. _____, spécialiste en
médecine interne et gériatrie, agissant à la demande de l'assurée, a informé l'OAI du fait que
celle-ci présentait une aggravation progressive de son état de santé avec incapacité totale de

travailler depuis plusieurs années. L'assurée souffrait essentiellement de migraines sévères, de syndrome douloureux chronique, de troubles anxio-dépressifs et d'asthénie, lesquels avaient des répercussions majeures sur sa santé et sa capacité de travail, qu'il considérait alors durablement nulle, même dans une activité adaptée. Après que l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, il a demandé respectivement au Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, à la Dre B. _____, spécialiste en anesthésiologie, au Dr Q. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, ainsi qu'aux [...] du [...] de lui fournir un rapport sur l'état de santé de l'assurée. Par rapport du 15 juin 2020, la Dre B. _____ a informé l'OAI qu'elle n'avait pas revu la patiente à sa consultation d'antalgie en médecine du sport depuis le 5 novembre 2019 et qu'elle ne pouvait se déterminer ni sur les atteintes à la santé de la recourante, ni sur sa capacité de travail ou son potentiel de réadaptation. Elle a néanmoins joint audit rapport une copie de son rapport de consultation consilium du 9 septembre 2019 à teneur duquel elle exposait avoir vu l'assurée le 26 août 2019 et retenir les diagnostics et problèmes suivants : « Cervicobrachialgies gauches - DD : Cervicopathie dégénérative, tendinopathie supra-épineux avec bursite chronique, sans signes de radiculopathie Gonalgies gauches - DD : sur méniscopathie dégénérative, déconditionnement physique Choc posttraumatique émotionnel - Grossesse inaperçue, césarienne en urgence donnant naissance à un enfant prématuré avec malformation cardiaque en 2014 ». Le 13 juillet 2020, la Dre S. _____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué à l'OAI avoir vu l'assurée de façon ponctuelle à sa consultation le 13 juin 2019, date à laquelle l'assurée s'était plainte d'une omalgie droite chronique dans le contexte d'une récurrence d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne ainsi que d'une gonalgie bilatérale mécanique, principalement à gauche. Elle a joint à son courrier une copie du rapport de consultation consilium du 13 juin 2019 ainsi qu'une copie du rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 23 mai 2019 du Dr C. _____, spécialiste en radiologie. Aux termes du premier rapport cité, elle retenait les diagnostics suivants : « Omalgie droite chronique sur bursite sous-acromio-deltoïdienne et tendinopathie chronique du supra-épineux : - échographie de l'épaule droite du 25 août 2017 : importante bursite sous-acromio-deltoïdienne ; tendinopathie chronique et petite déchirure partielle du supra-épineux, - arthro-IRM de l'épaule droite du 7 novembre 2017 : importante bursite sous-acromio-deltoïdienne ; saillie osseuse sous-acromiale exerçant un conflit avec tendinose des fibres superficielles du supra-épineux. Déchirure partielle de la face articulaire et distale du tendon supra-épineux (arthro-IRM réalisée à la clinique [...]), - status post-infiltration cortisonique de la BSAD [ndlr. bourse sous-acromio-deltoïdienne] en août 2017 (Professeur [...] au [...]) : résultat spectaculaire avec une complète disparition des douleurs pendant 9 jours, - status infiltration cortisonique de la BSAD en novembre 2018 (Docteur [...], médecin en rééducation au [...]) : disparition des douleurs pendant 4 jours. Gonalgies bilatérales mécaniques chroniques, actuellement plus importante à gauche : - radiographies du genou droit du 27 juin 2016 (au [...]) : pas d'évidence des modifications dégénératives significatives. Discret épanchement articulaire. IRM genou gauche du 23 05.2019 : déchirure longitudinale horizontale de la corne postérieure et du corps du ménisque interne avec péri-méniscite et un kyste paraméniscal développé postérieurement ; discrets signes inflammatoires à la hauteur de la patte-d'oie. Pas d'épanchement articulaire significatif ». Par rapport du 14 août 2020, la Dre B. _____ a confirmé son rapport du 15 juin 2020 et transmis à l'OAI une copie du rapport de consultation consilium du 26 août 2019 du Dr Q. _____ aux termes duquel ce dernier

indiquait que l'assurée présentait une fibromyalgie, mais aucun problème chirurgical, si bien qu'elle serait adressée au service dévolu à la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques. Par rapport du 7 septembre 2020, le Dr T. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a renseigné l'OAI sur la prise en charge de l'assurée par la consultation de médecine physique et réhabilitation du [...] les 13 mars, 12 juin, 24 août, 23 novembre 2018 et 25 avril 2019 pour des douleurs cervico-brachiales droites et des genoux. Il a indiqué retenir les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail suivants sur la base des éléments à sa disposition et notamment les comptes-rendus d'imagerie, étant précisé qu'il n'était pas en mesure de se déterminer sur les limitations fonctionnelles de l'assurée, sa capacité de travail ou son potentiel de réadaptation :

« Tendinopathie du supra-épineux avec bursite acromio-deltoïdienne. Cervicalgies chroniques communes. Gonalgie gauche sur méniscopathie dégénérative ». Le 14 septembre 2021, l'OAI a donné à H. _____ SA le mandat d'établir une expertise médicale pluridisciplinaire qui comporte des examens en médecine interne générale, neurologie, psychiatrie et psychothérapie et rhumatologie. Le 27 septembre suivant, il a informé l'assurée du fait que l'expertise confiée à H. _____ SA comporterait un examen en médecine interne générale confié au Dr X. _____, médecin praticien, un examen en neurologie confié au Dr M. _____, spécialiste en neurologie, un examen en psychiatrie et psychothérapie confié au Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'un examen en rhumatologie confié au Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie. Le 28 janvier 2022, les Drs X. _____, M. _____, Z. _____ et D. _____ (ci-après conjointement : les experts), ont rendu leur rapport d'expertise pluridisciplinaire. A la suite de leur évaluation consensuelle et interdisciplinaire, ils ont retenu notamment ce qui suit : « [...] 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail Diagnostics avec impact sur la capacité de travail - Gonalgie gauche, peu intense, sur déchirure du ménisque interne, M23.3 - Douleur de l'épaule droite sur syndrome sous acromial et légère tendinose du supra épineux, M75.5 - Migraine partiellement soulagée par Aimovig avec une prévalence à 6 j / mois ces derniers 3 mois (Aimovig réintroduit le 01.06.2021 après une fenêtre thérapeutique), G43.9 Diagnostics sans impact sur la capacité de travail - Fibromyalgie avec cervicalgie commune, sans irradiation, sans signes neurologiques et persistance d'une très bonne mobilité et lombalgie commune, sans irradiation, sans signe neurologique et persistance d'une très bonne mobilité. La douleur de cheville rentre également dans le cadre de la fibromyalgie - Obésité, E66.00 - Hypertension artérielle, équilibrée sous Meto Zerok 75 mg / jour, I10 - Status après colique néphrétique droite le 19.09.2014 - Possible syndrome du canal carpien non investigué, G56.0 - Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique, F32.11 - Trouble anxieux sans précision, F41.9

4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles Limitations fonctionnelles d'origine rhumatologique : Eviter les positions à genoux et accroupies maintenues, éviter les montées et descentes d'escalier répétées, pas de travail en hauteur. Pas d'effort du membre supérieur droit au-delà de 800 d'abduction et d'antépulsion. Pas d'effort de soulèvement isolé du membre supérieur droit. Port de charge limité à 10 kg, des deux membres supérieurs, proche du corps. [...] 4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge Il s'agit d'une expertisée qui assure la quasi-totalité des gestes de la vie quotidienne avec l'aide de son mari et de ses filles. Elle s'occupe beaucoup de sa dernière fille, joue avec elle à des jeux de société et l'aide pour ses devoirs. Elle marche et fait du vélo d'appartement. Elle a le permis de conduire et peut se déplacer par les transports en commun. Elle est en contact régulier avec ses filles dans la journée et

avec sa famille, sa sœur et ses parents plusieurs fois par semaine. Elle retourne en Pologne annuellement. Et elle bénéficie de ressources amicales importantes puisqu'elle a de nombreuses amies polonaises et portugaises. Le retentissement de la fibromyalgie est faible. Cette expertisée est triste entre espoir et désespoir, elle ne sait pas où elle va, étant donné la persistance des douleurs en particulier de l'épaule et des maux de tête. Elle a peu confiance en ses décisions et jugements. Elle peut planifier et structurer les tâches, appliquer ses compétences. Elle peut s'assumer elle-même, et prendre soin des autres. Son contact est très bon, et elle peut travailler en groupe. L'activité spontanée est préservée. Sa persévérance est diminuée par une fatigue.

4.6. Contrôle de cohérence Il existe une discordance entre les constatations objectives cliniques et radiologiques. Les douleurs constatées cliniquement dépassent largement la localisation initiale du problème. En dehors de l'épaule droite et du genou gauche, l'examen clinique est normal pour l'âge et le traitement antalgique consommé ne correspond pas aux douleurs ressenties. La coopération est médiocre. En revanche, il y a cohérence pour la médecine interne, la neurologie et la psychiatrie. Il est toutefois fait état d'un isolement social par le Dre P. _____, qui n'a pas été retrouvé dans les 4 expertises. [...] 4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici CT [ndlr. capacité de travail] de 50 % depuis 2017 (date supposée, mais non précisée du début de recrudescence des migraines) jusqu'à septembre 2019. Mais, à partir [de] mai 2019, elle est de 0 % pour des raisons rhumatologiques et la constatation d'une atteinte du genou gauche et de l'épaule droite. 4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée CT de 50 % depuis 2017 (date supposée, mais non précisée du début de recrudescence des migraines) jusqu'à septembre 2019. Puis 80 % entre octobre 2019 (voir 7.1) et mars 2021. Puis 50 % entre avril et septembre 2021 (conséquence de la fenêtre d'Aimovig avec recrudescence des migraines). Et enfin, 80 % soit 100 % avec baisse de rendement de 20 % dès le 1^{er} octobre 2021 à confirmer par la suite avec le recul. [...] ». Les experts ont également indiqué ce qui suit dans le cadre du volet de neurologie de leur expertise pluridisciplinaire du 28 janvier 2022 : « [...]

E. 6

Diagnostics - Migraine partiellement soulagée par Aimovig avec une prévalence à 6j/mois ces derniers 3 mois (Aimovig réintroduit le 01.06.2021 après une fenêtre thérapeutique), G43.9 - Possible syndrome du canal carpien non investigué, G56.0. [...]

E. 8

Réponses aux questions du mandant Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici Si l'on se base sur la prévalence des migraines 6 j / mois, on peut établir une capacité de travail dans toute activité à 80 %, mais nous n'avons que peu de recul avec le traitement d'Aimovig, dont la reprise date du 20.06.2021. En effet, lors de la 1^{ère} introduction de l'Aimovig, la prévalence des migraines oscillait entre 6 et 10 j/mois. Capacité de travail 80 % (6 jours par mois) sans perte de rendement, sous réserve de l'évolution ces prochains mois. En détail : CT de 50 % depuis 2017 (date supposée, mais non précisée du début de recrudescence des migraines) et septembre 2019, 80 % entre octobre 2019 (voir 7.1) et mars 2021, 50 % entre avril et septembre 2021 (conséquence de la fenêtre d'Aimovig avec recrudescence des migraines) et 80 % dès le 1^{er} octobre 2021, à confirmer par la suite avec le recul. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré Idem. Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail Un traitement d'acupuncture pourrait être instauré à des fins préventives pour apporter une amélioration significative des migraines chez cette expertisée. Une électromyographie à la recherche d'un

syndrome du tunnel carpien pourrait être proposée, cependant sans influence à la capacité de travail. [...] ». Le 1^{er} mars 2022, l'assurée a répondu au questionnaire de l'OAI relatif à la détermination de son statut qu'elle travaillerait à 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé. D. Le 3 août 2022, l'OAI a invité l'assurée à un entretien d'évaluation fixé au 8 septembre 2022 aux fins d'examiner les possibilités de réadaptation de celle-ci. Le 22 février 2023, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge d'une mesure d'orientation professionnelle du 27 février au 31 mars 2023 auprès d'[...], au [...]. Le 28 mars 2023, au terme d'un entretien de fin de mesure, [...] et [...], respectivement monitrice d'atelier et conseillère professionnelle auprès d'[...], ont conclu ce qui suit : « [...] une activité professionnelle à ce jour, même adaptée, ne nous semble pas réaliste. En effet, son irrégularité au niveau des présences ainsi que son taux de rendement lorsqu'elle [ndlr. Y. _____] est là sont beaucoup trop faibles. Nous ne remettons pas en question sa motivation qui nous a semblée présente tout du long de cette mesure. Elle est toujours restée en lien avec sa responsable d'atelier pour l'informer de ses présences et absences. De plus, la responsable a dû passablement insister pour la renvoyer à la maison lorsqu'elle n'était pas en état de rester à l'atelier ». E. a) Par projet de décision du 15 juin 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'elle envisageait de rejeter sa demande de prestations de l'AI du 6 mars 2020 au motif que son degré d'invalidité au terme du délai d'attente était de 20 %, aucune mesure professionnelle ne permettant de réduire le préjudice économique au demeurant. b) aa) Par courrier du 15 août 2023, l'assurée, représentée par Me Maxime Darbellay, avocat à Lausanne, s'est opposée au projet de décision précité. Elle a conclu, avec suite de frais et dépens, à ce qu'il plaise à l'OAI de revoir sa position en ce sens, principalement, qu'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps lui soit reconnue et octroyée à compter du 1^{er} mars 2020 ainsi que toutes les autres prestations lui revenant de plein droit au sens de l'AI et, subsidiairement, que des investigations complémentaires soient effectuées concernant l'évaluation de son état de santé ainsi que de sa capacité de travail et de gain. A l'appui de ses objections, elle a produit un lot de pièces sous bordereau, dont en particulier les suivantes : - le rapport du 20 novembre 2022 de la Dre U. _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique ; - le protocole opératoire établi le 8 mars 2023 par la Dre F. _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique ; - les rapports des 16 mars, 17 et 20 juillet 2023 du Dr O. _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, et de la Dre F. _____ ; - le rapport du 26 juillet 2023 de la Dre P. _____. bb) Dans son rapport du 20 novembre 2022, la Dre U. _____ constatait notamment que l'assurée présentait une incontinence urinaire mixte avec des impériosités et des fuites pour des efforts minimes. Il existait une indication à la pose d'une bandelette sous-urétrale. cc) Au terme de la consultation d'urodynamique du 17 janvier 2023 des Drs O. _____ et F. _____, l'assurée avait confirmé souhaiter effectuer l'intervention chirurgicale consistant en la pose d'une bandelette sous-urétrale. dd) Cette intervention a été pratiquée le 7 février 2023 par la Dre F. _____. ee) Dans leur rapports de consultation consilium des 17 et 20 juillet 2023, les Drs O. _____ et F. _____ indiquaient que l'assurée avait été revue à leur consultation d'urodynamique les

E. 9

mai et 4 juillet 2023, date à laquelle elle avait déclaré voir une légère amélioration. ff) A teneur de son rapport du 26 juillet 2023, la Dre P. _____ retenait les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de dysthymie (F43.1). Elle constatait que l'assurée présentait des symptômes anxieux (sentiment permanent de nervosité, tension musculaire généralisée, souvent transpiration, palpitations et étourdissements) ainsi qu'une grande

fatigue, voire un épuisement psychique et physique, des difficultés de concentration et d'organisation pour tous les actes de la vie quotidienne, des troubles du sommeil ainsi que des douleurs musculaires chroniques, le tout concourant à un syndrome d'épuisement général. Elle observait en outre que l'assurée avait souffert d'affects dépressifs récurrents sur une période de dix ans. Elle contestait les constatations de H._____. SA s'agissant de la vie sociale et de la mobilité de l'assurée, soulignant que celle-ci limitait drastiquement ses déplacements car la marche lui était douloureuse en plus d'entraîner de l'anxiété et qu'elle n'était pas autonome dans ses tâches ménagères. Elle opposait en outre à la conclusion de H._____ SA quant à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique son diagnostic de dysthymie. Elle concluait à une incapacité totale de l'assurée à exercer une activité professionnelle dans une activité adaptée, étant précisé que celle-ci présentait les limitations suivantes : capacité à planifier et structurer les tâches qui lui sont confiées dépendante des ressources disponibles, capacité à s'adapter à un nouveau contexte diminuée, peu de capacité à mettre en œuvre des activités spontanées, capacité d'endurance et de résistance totalement limitée, capacité d'affirmation de soi réduite, mobilité et capacité de déplacement extrêmement restreintes. c) aa) Par courrier du 15 septembre 2023, l'assurée a confirmé les conclusions de sa contestation et transmis à l'OAI le rapport du 16 août 2023 du Dr V._____ et celui du 8 septembre 2023 de la Dre R._____. bb) Dans son rapport du 16 août 2023, le Dr V._____ constatait notamment que l'assurée continuait à souffrir depuis avril 2016 à tout le moins, période à partir de laquelle il était son médecin traitant, de plusieurs pathologies invalidantes – à savoir des douleurs chroniques dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique associé à des lésions dégénératives de l'épaule droite, une atteinte psychiatrique avec troubles anxio-dépressifs ainsi que des migraines sévères – et que sa situation médicale s'était aggravée, nonobstant de multiples prises en charges médicamenteuses et de physiothérapies. Il concluait à une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée. cc) A teneur de son rapport du 8 septembre 2023, la Dre R._____ constatait notamment que l'introduction d'un traitement antimigraineux préventif par l'Amovig avait apporté une amélioration de la symptomatologie si bien que l'assurée y avait recouru du 13 juillet 2019 au 13 juin 2020, puis à nouveau du 12 juin 2021 au 12 mai 2022, puis à nouveau à partir du 15 octobre 2022. Elle rappelait néanmoins qu'en raison de nombreuses comorbidités et notamment des douleurs chroniques dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique et d'un trouble anxieux généralisé, la prise en charge des céphalées chroniques était particulièrement difficile et son efficacité limitée et fluctuante dans le temps. Elle concluait que toutes ces comorbidités, et non seulement les céphalées, limitaient clairement la capacité de travail, même dans une activité adaptée. d) aa) Par courrier du 4 novembre 2023, le Dr V._____ a répondu aux questions de l'OAI du 12 octobre 2023 notamment comme suit : « [...] [Quel(s) diagnostic(s) retenez-vous actuellement impactant la capacité de travail ?] Syndrome douloureux chronique avec lésions dégénératives cervicale et de l'épaule D [ndlr. droite], gonalgies G [ndlr. gauches] sur méniscopathies, atteinte psychiatrique avec troubles anxiodépressifs, migraines sévères. L'intrication de ces pathologies chroniques, en plus de leurs effets propres, entraînent une fatigue importante, associée à des probables troubles de la concentration et des difficultés à gérer le stress. [...] [Quelle est la fréquence actuelle des céphalées/migraine ? Leur durée ?] A voir avec la Dre R._____, neurologue. [Quelle est l'évolution de la problématique urinaire (fréquence des mictions, des pertes, usage de protection...) ?] Pas d'information à ce sujet, hormis plusieurs épisodes d'infection urinaire. [...] [Nous avons confirmé l'inexigibilité de l'activité de référence de maman de jour (depuis mai 2019), mais validé

une capacité de travail partielle dans une activité physiquement adaptée plus légère, ce jusqu'à en tout cas début 2022. Depuis janvier 2022 y a-t-il une aggravation des atteintes reconnues (gonalgies, omalgies, migraine) ? Si oui, merci de la dater et de l'étayer.] Aggravation de l'asthénie depuis janvier 2022, globalement les douleurs chroniques restent les mêmes, avec des périodes d'exacerbations. [Y a-t-il postérieurement à janvier 2022 sur le plan purement somatique une nouvelle atteinte à la santé avec répercussion sur la capacité de travail ? Si oui, merci de la dater et de l'étayer.] Cf. ci-dessus. [Une amélioration de la capacité de travail dans une activité adaptée est-elle envisageable ? Si oui, sous quel délai ?] Actuellement cela ne semble pas envisageable ». bb) Invitée par l'OAI à se prononcer quant à la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée sur le plan urologique, la Dre F._____ lui a répondu par rapport du 7 novembre 2023 que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail en rapport avec la problématique urogynécologique. e) Par décision du 4 janvier 2024, l'OAI a rejeté la demande du 6 mars 2020 de l'assurée. A l'appui de sa décision, il a reproduit et, partant, confirmé la motivation de son projet de décision du 15 juin 2023. f) Par courrier du même jour à l'assurée, dont le contenu fait partie intégrante de sa décision précitée, l'OAI s'est en outre déterminé sur la contestation du 15 août 2023 de l'assurée ainsi que sur les documents médicaux produits à son appui. F. a) Le 6 février 2024, Y._____ a formé recours contre la décision du 4 janvier 2024 de l'OAI. Elle a conclu, principalement, à ce que cette décision soit réformée en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière de durée indéterminée, ainsi que de toutes autres prestations lui revenant de plein droit au sens de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), à compter du 4 septembre 2017 et, subsidiairement, à ce que cette décision soit annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de son recours, elle a produit un lot de pièces sous bordereau et requis, outre la production du dossier complet de l'intimé, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire (neurologique, psychiatrique, rhumatologique, médecine interne), subsidiairement d'un complément d'expertise eu égard aux rapports médicaux et d'observation professionnelle établis ultérieurement à l'expertise de H._____ SA, la mise en œuvre d'une enquête ménagère pour déterminer son degré d'invalidité de la part ménagère, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise destinée à déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée et sa capacité de gain sur le marché de travail actuel au regard de ses limitations fonctionnelles qui devraient alors être réexaminées. b) Le 25 avril 2024, l'intimé a déposé sa réponse au recours. Il a conclu à son rejet et au maintien de la décision litigieuse. c) aa) Le 29 mai 2024, la recourante a déposé de nouvelles déterminations. Elle a complété ses réquisitions de mesures d'instruction en ce sens qu'elle requérait également son audition devant la Cour de céans, celle de [...], monitrice du service professionnel d' [...], et celle de son époux. A l'appui de ces déterminations, elle a en outre produit les pièces suivantes : - le rapport du 13 mai 2024 de la Dre P._____ ; - le rapport du 15 mai 2024 de la Dre R._____ ; - le rapport du 16 mai 2024 du Dr V._____ ; - les formulaires relatifs aux traitements par injection d'Emgality établis par la pharmacie [...] SA ; - le rapport de stage en ateliers du 28 mars 2023 d' [...]. bb) A teneur de son rapport du 13 mai 2024, la Dre P._____ confirmait les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de dysthymie (F34.1) et exposait retrouver des critères majeurs pour un épisode dépressif (F32.11), à savoir un abaissement de l'humeur, une diminution du plaisir dans les loisirs et la vie du quotidien, une perte d'élan vital et de l'énergie, associées à une attitude pessimiste face à l'avenir avec une perte de confiance en ses capacités, une perturbation du sommeil

ainsi qu'une diminution de l'appétit. Elle confirmait également retenir les limitations fonctionnelles énumérées dans son rapport du 26 juillet 2023. Elle concluait à une incapacité de travail totale dans une activité adaptée. L'assurée lui avait au demeurant décrit des céphalées dont l'intensité ne lui permettait plus de regarder la télévision ou d'écouter de la musique. cc) Dans son rapport du 15 mai 2024, la Dre R. _____ exposait qu'une nouvelle tentative de modification du traitement de l'assurée avait été entreprise à la suite d'une consultation du 22 janvier 2024. L'assurée ne supportant néanmoins pas le nouveau traitement par Emgality, il devait être interrompu. L'évolution des céphalées restait dès lors défavorable. La Dre R. _____ confirmait considérer qu'un travail, même aménagé et à temps partiel, n'était pas possible, ajoutant qu'une amélioration inespérée de l'état de santé de l'assurée, qui pourrait le rendre envisageable, n'était pas réellement imaginable. dd) A teneur de son rapport du 16 mai 2024, le Dr V. _____ confirmait notamment que l'assurée présentait alors une exacerbation des migraines et des douleurs dans le contexte de la fibromyalgie et des troubles musculo-squelettiques chroniques. Il concluait que son état de santé ne lui permettait pas de travailler ; elle restait en incapacité de travail à 100 % et une amélioration de cette capacité lui semblait très peu probable. Il ajoutait que la complexité de la situation de santé de l'assurée était liée à l'intrication de plusieurs pathologies psychiatrique, neurologique et rhumatologique, dont les symptômes chroniques étaient parfois variables mais clairement insuffisamment contrôlés pour permettre une activité professionnelle, même adaptée. Cette polyopathie, prise globalement, était responsable de la situation de fatigue, d'incapacité et d'instabilité sur la durée. d) Le 3 juillet 2024, l'intimé a indiqué qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire lui paraissait nécessaire, dès lors qu'on ne pouvait exclure, au vu des nouvelles pièces produites par la recourante, que l'état de santé de celle-ci se soit aggravé depuis la reddition du rapport d'expertise du 28 janvier 2022 de H. _____ SA. Il a en outre produit l'avis médical du 27 juin 2024 de la Dre W. _____ du SMR, dont il ressort en substance que cette dernière admet une possible aggravation des migraines depuis lors, en tout cas depuis décembre 2023, laquelle pourrait avoir un impact sur l'état de santé psychique de la recourante. e) Le 20 août 2024, la recourante a maintenu, avec suite de frais et dépens, ses conclusions prises au pied de son recours du 6 février 2024. Elle a indiqué prendre acte du fait que l'intimé n'excluait désormais plus une aggravation de son état de santé et qu'il estimait nécessaire la mise en place d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Elle a exposé ne pas s'y opposer, ceci quand bien même elle était d'avis que l'aggravation de son état de santé ainsi que son incapacité de travail ne laissent pas de place au doute, dans la mesure où les différentes pièces produites avaient permis de démontrer et d'objectiver l'aggravation de son état de santé et justifient une incapacité de travail dans toute activité. 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). Les décisions des offices de l'assurance-invalidité 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 69 al. 1 let. a LAI) dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) et toutes autres prestations de cette assurance. 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 nouvelle demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment auquel la modification déterminante s'est produite. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 s'appliquent (ch. 9102 CIRAI [circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} janvier 2024]). b) En l'espèce, la modification déterminante s'est produite avant le 31 décembre 2021. Les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'à cette date sont donc applicables. C'est ainsi dans cette version qu'elles sont reproduites, citées et appliquées ci-après.

4. a) 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). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel est le cas, elle entre en matière et entreprend les investigations nécessaires pour déterminer si la modification de situation alléguée est effectivement survenue et dans quelle mesure elle a un impact sur l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3a *à contrario*). Cela revient à examiner le cas par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA. c) 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. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les arrêts cités). d) La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). e) Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, sans que des évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; Margit Moser-Szeless, art. 17 LPGA, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], *Commentaire romand – Loi sur la partie générale des assurances sociales*, Bâle 2018, n o 27 ad art. 17 LPGA). La procédure en révision est régie par l'art. 88 RAI dont l'al. 4 prévoit l'application par analogie des art. 66 et 69 à 76 RAI. A l'inverse, si aucune modification notable de l'état de fait n'a pu être établie selon la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité en conséquence ; la situation prévalant jusqu'alors est maintenue – le droit à la prestation reste inchangé – conformément au principe de la charge matérielle de la preuve (TF 9C_779/2015 du 4 mai 2016 consid. 5.5 *in fine* et les références citées ; Margit

Moser-Szeless, loc. cit. , n o 29 ad art. 17 LPGA). f) En l'occurrence, c'est à juste titre que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 6 mars 2020 de la recourante. 5. a) La personne assurée 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 (let. a), si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (let. c) (art. 28 al. 1 LAI). b) Est réputée incapacité de gain – notamment au sens de l'art. 28 al. 1 let. a LAI – toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée 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). Est réputée incapacité de travail – notamment au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI – toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée 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 la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée invalidité – notamment au sens de l'art. 28 al. 1 let. c LAI – l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (8 al. 1 LPGA). c) Le caractère invalidant des affections psychiques, des affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doit en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, il doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). d) Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que les médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent en outre un élément utile pour déterminer quelles activités peuvent encore être raisonnablement exigées 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). e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves ancré à l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a et l'arrêt cité). 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, 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). f) 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 ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à la personne assurée 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). 6. a) Selon la jurisprudence, le juge des assurances 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; 122 V 163 consid. 1d). b) Lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, un renvoi à l'assureur ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; 122 V 163 consid. 1d). Il 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). 7. a) En l'occurrence, après que l'intimé a déclaré, aux termes de l'écriture qu'il a adressé le 3 juillet 2024 à la Juge instructrice de la Cour de céans, qu'il estimait nécessaire la mise en place d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire dès lors qu'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la reddition du rapport d'expertise du 28 janvier 2022 ne pouvait être exclue, la recourante a maintenu les conclusions de son acte du 6 février 2024. Si elle ne s'opposait pas à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, elle persistait à soutenir que les différentes pièces produites avaient permis de démontrer et d'objectiver l'aggravation de son état de santé et de justifier une incapacité de travail dans toute activité. b) A l'instar de la recourante, la Cour de céans constate que les experts avaient précisé, en particulier dans le cadre du volet de neurologie de leur expertise pluridisciplinaire du 28 janvier 2022, que sa capacité de travail dans une activité adaptée au-delà du 1^{er} octobre 2021 dépendait de la prévalence des migraines, et souligné qu'ils avaient peu de recul pour juger des effets du traitement d'Aimovig, ce dernier ayant été repris le 20 juin 2021. Aussi les experts avaient-ils expressément réservé l'évolution de la symptomatologie migraineuse au cours des mois à venir et souligné que leur conclusion afférente à une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} octobre 2021 devrait être « confirm[ée] par la suite avec le recul » (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 28 janvier 2022, évaluation consensuelle et interdisciplinaire, ch. 4.8 ; *ibidem*, volet de neurologie, ch. 8). Or, comme l'admet l'intimé, l'examen des rapports du

8 septembre 2023 et 15 mai 2024 de la Dre R. _____, conjugué à celui du 16 mai 2024 du Dr V. _____, ne permet pas de conclure à la persistance de la prévalence des migraines à 6 j / mois, ni même à une stabilisation de l'amélioration du tableau migraineux des suites du traitement par Aimovig, dès lors que la Dre R. _____ expose, d'une part, que l'efficacité de la prise en charge des céphalées chroniques était limitée et fluctuante dans le temps en raison des nombreuses comorbidités de la recourante (cf. rapport du 8 septembre 2023 de la Dre R. _____) et, d'autre part, que le traitement médicamenteux de la recourante a été modifié à la suite d'une consultation du 22 janvier 2024 avec l'introduction d'un traitement par Emgality, non supporté par la recourante (cf. rapport du 16 mai 2024 de la Dre R. _____), tandis que le Dr V. _____ confirme une exacerbation des migraines (cf. rapport du 16 mai 2024 du Dr V. _____). En d'autres termes, la Cour de céans ne saurait retenir, sans autre et plus ample examen, que la recourante présente une capacité de travail dans une activité adaptée de 80 % dès le 1^{er} octobre 2021. Dès lors que la recourante a rendu vraisemblable une péjoration du tableau migraineux entre la reddition du rapport d'expertise de H. _____ SA et le prononcé de la décision dont est recours, à tout le moins en ce qui concerne les céphalées, la conclusion des experts de H. _____ SA quant à la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à compter du 1^{er} octobre 2021 mérite d'être précisée. On ne saurait néanmoins suivre la recourante lorsqu'elle soutient en substance que les différentes pièces produites permettraient à la Cour de céans de se prononcer sur son droit aux prestations de l'AI dès lors qu'elles suffiraient à objectiver l'aggravation de son état de santé et justifier une incapacité de travail totale dans toute activité. Ainsi, la Cour de céans ne peut en effet que constater que leur examen ne permet pas d'arrêter la date à partir de laquelle le tableau migraineux s'est péjoré ni a fortiori de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée entre le 1^{er} octobre 2021 et le 4 janvier 2024, et au-delà, à l'aune de cette péjoration, considérée non seulement pour elle-même, mais encore en tenant compte de la situation d'ensemble. On ne dispose ainsi d'aucun élément objectif et précis non seulement sur la fréquence des céphalées, leur intensité, leur durée, les facteurs qui les déclenchent, mais encore sur leurs éventuelles répercussions psychiques. En définitive, la Cour de céans considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés pour statuer sur les droits litigieux. Aussi l'instruction de la nouvelle demande du 6 mars 2020 de la recourante doit-elle être complétée. c) Compte tenu du caractère évolutif de la capacité de travail de la recourante en fonction du tableau migraineux qu'elle présentait et du commentaire exprès des experts tendant à la confirmation « par la suite avec le recul » de leur constat d'une capacité de travail dans une activité adaptée de la recourante de 80 %, soit 100 % avec baisse de rendement de 20 % dès le 1^{er} octobre 2021 (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 28 janvier 2022, évaluation consensuelle et interdisciplinaire, ch. 4.8), il eût appartenu à l'intimé de vérifier que les conclusions expertales valaient sur la durée et de procéder, conformément au principe inquisitoire régissant son activité, à des investigations complémentaires concernant cette problématique évolutive. A cela s'ajoute qu'on ne peut exclure, comme l'a admis la Dre W. _____ du SMR, que l'intensification des migraines ait pu péjorer l'état de santé psychique de la recourante, de sorte qu'un complément d'instruction s'impose également à cet égard. Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que l'instruction doit être complétée par la mise en œuvre par l'intimé de toute mesure d'instruction qu'il estimera utile à clarifier l'évolution dans le temps de la capacité de travail, du rendement et des limitations fonctionnelles de la recourante sur les plans neurologique et psychiatrique à tout le moins. d) Il s'impose partant d'annuler la

décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Une fois l'instruction complétée, il lui appartiendra de rendre une nouvelle décision sur la demande du 6 mars 2020 de la recourante. 8. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision du 4 janvier 2024 de l'intimé annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1 bis , première phrase, LAI). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis , deuxième phrase, LAI). En l'espèce, il convient de fixer les frais judiciaires à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, compte tenu de l'issue du litige. c) La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de la complexité de la cause et de l'ampleur du travail effectué, il convient d'arrêter cette indemnité à 3'500 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 la charge de l'intimé.

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