

VD_GERICHTE ZD23.037568 vom 14. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.037568

FR: VD_GERICHTE ZD23.037568 du 14 avril 2025

IT: VD_GERICHTE ZD23.037568 del 14 aprile 2025

Erwägungen

E. 22

mars 2022 est douteuse étant donné le caractère subjectif de la question posée. Elle soutient, en se référant au renvoi figurant dans le rapport du Dr F. _____ du 23 janvier 2023, présenter une incapacité de travail totale depuis 2019 au moins sur le plan psychique. Dans sa réponse du 26 octobre 2023, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, reprenant les arguments de sa décision. Dans ses déterminations du 20 novembre 2023, la recourante maintient les conclusions de son recours. 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

- 14 - recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier le droit à une rente. 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 1er 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 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. b) En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2023, elle fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 25 mars 2019 en raison d'une aggravation de son état de santé depuis octobre 2016. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt. 4. a) Lorsque, comme en l'espèce, la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut

- 15 - être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est

entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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). b) 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

- 16 - 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. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). d) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte –, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon

la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un

- 17 - premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 et la référence). e) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; voir également ATF 133 V 504 consid. 3.3; ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et ATF 125 V 146 consid. 5c/bb ; TF 9C_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.1 – 3.4 et TFA I 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 5.1.2). 5. a) En l'occurrence, l'office intimé a retenu que la recourante présentait un statut mixte de femme active à 50 % et de ménagère à 50 %. b) Il n'y a pas lieu de remettre en cause le raisonnement qui a conduit l'intimé à conclure, dans le cas particulier, à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. En effet, dans le rapport

- 18 - d'enquête économique sur le ménage effectuée le 11 juillet 2022, il est notamment écrit ce qui suit : "5.- Statut Sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée à ce jour ? oui. Sur le formulaire 531 bis complété le 01.04.2015, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 50 %. L'assurée a été considérée comme 50% active lors de la précédente instruction. Motivation du statut : l'assurée dit avoir toujours voulu travailler et que si elle le pouvait, elle travaillerait aujourd'hui à 100%. Elle explique qu'avant d'avoir ses enfants elle travaillait à 100%. Toutefois, depuis 2006 et au moment de la survenance de ses problèmes de santé, l'assurée travaillait à 50%, ce qu'elle confirme. Elle n'avait pas effectué de recherche pour augmenter son taux d'activité car elle devait gérer les enfants ainsi que son mari également atteint dans sa santé. Actuellement le couple vit sur la rente AI et l'API de l'époux ainsi que des PC. Les deux aînés vivent encore à la maison mais travaillent chacun durant leurs études afin d'acquérir une certaine autonomie financière, ce qui permet d'alléger les charges financières du couple. Quant au mari de l'assurée, il souffre d'une atteinte psychique et physique qui demande une présence quasi constante de l'assurée, elle n'aurait à ce titre, pas pu augmenter son taux d'activité car elle n'aurait pas pu l'assumer. Statut proposé par l'évaluatrice / évaluateur : en comparaison à la précédente évaluation ménagère du 04.02.2016, le statut reste inchangé. Sur la base des premières déclarations de l'assurée, les propos réitérés lors de l'entretien ainsi que des pièces portées au dossier, nous proposons le

statut de 50% active, et 50% ménagère.” 6. a) Lorsque, comme en l’espèce, la méthode mixte d’évaluation de l’invalidité est applicable, l’invalidité des assurés pour la part qu’ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l’art. 16 LPGA). A cet égard, il convient de distinguer la situation qui prévalait jusqu’au 31 décembre 2017 de celle qui a cours depuis le 1er janvier 2018. aa) Jusqu’au 31 décembre 2017, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir effectivement dans l’activité qu’elle effectuait à

- 19 - temps partiel avant la survenance de l’atteinte à la santé (revenu sans invalidité) était comparé au revenu qu’elle pouvait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d’invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l’évolution vraisemblable de la situation jusqu’au prononcé de la décision litigieuse – et non celui qu’elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain – était comparé au gain hypothétique qu’elle pouvait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap. Lorsque la personne assurée continuait à bénéficier d’une capacité résiduelle de travail dans l’activité lucrative qu’elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l’atteinte à la santé, elle ne subissait pas d’incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail était plus étendue ou égale au taux d’activité qu’elle exerçait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1 et les références). bb) Depuis le 1er janvier 2018, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir dans l’activité qu’elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l’atteinte à la santé (revenu sans invalidité) n’est plus déterminé sur la base du revenu effectivement réalisé, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (art. 27bis al. 3 let. a RAI dans sa teneur en vigueur jusqu’au 31 décembre 2021). b) L’invalidité des assurés pour la part qu’ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d’activité. L’application de cette méthode nécessite l’établissement d’une liste des activités – qui peuvent être assimilées à une activité lucrative – que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu’elle exercerait sans elle, qu’il y a lieu de comparer ensuite à l’ensemble des tâches que l’on peut encore raisonnablement exiger d’elle, malgré son invalidité, après d’éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l’administration procède à une enquête sur place et fixe l’ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération (ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références).

- 20 - 7. a) Pour fixer le degré d’invalidité, l’administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d’autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l’état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s’ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S’il existe

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes

- 21 - externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient 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_179/2022 du 24 août 2022 consid. 5.2 ; 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). 8. En l'occurrence, il y a lieu de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est péjoré de manière significative au point d'entraîner une incapacité de travail et de gain qui fonderait le droit à une rente d'invalidité entre la dernière décision du 21 juin 2016 et le dépôt de la nouvelle demande. a) Lors du dépôt de la première demande de prestations, l'examen bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) réalisé le 28 octobre 2015 au SMR par les Drs X. _____ et A. _____ avait notamment mis en évidence un tableau clinique caractérisé par des atteintes à la santé avec répercussion sur la capacité de travail de nature somatique (des rachialgies diffuses sur troubles statiques et dégénératifs du rachis et une fibromyalgie) et psychique (un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec syndrome somatique). L'office intimé avait retenu que pour des raisons essentiellement psychiatriques, la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles permettait à l'assurée de prétendre à un revenu au moins équivalent à celui qui était le sien en bonne santé, si bien qu'il n'existait aucun préjudice dans la part active. Les empêchements de 17 % dans la part ménagère de 50 % correspondaient à un degré d'invalidité de 8,5 % ne donnant pas droit à une rente.

- 22 - b) Lors du dépôt de la nouvelle demande du 25 mars 2019, la situation médicale sous l'angle somatique est restée plus ou moins stable en regard de celle qui existait lors de la décision de 2016. Sur le plan psychiatrique, la situation s'était améliorée depuis le mois de novembre 2018. L'OAI a dès lors retenu que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charge de plus de cinq kilos, alternance des positions assise/debout, pas de position agenouillée ou accroupie, pas d'activité nécessitant une sécurité augmentée telle que monter sur des échafaudages ou échelles, éviter les activités surchargeant le rachis, avoir accès en tout temps à des toilettes de proximité et éviter le contact permanent à un poste de réception en service clientèle). Cette décision se base sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du G. _____ du 1er

décembre 2021 et son complément du 22 mars 2022. De son côté, la recourante soutient que l'instruction de son dossier par l'intimé est lacunaire et erronée. c) Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) du 1er décembre 2021 et son complément du 22 mars 2022, les experts du G. _____ ont estimé que si la capacité de travail de la recourante était nulle dans son activité habituelle depuis octobre 2016, dans une activité adaptée elle était toutefois de 50 % puis entière dès le 1er novembre 2018, sous la réserve d'une capacité de travail nulle transitoire du 9 novembre 2022 au 5 avril 2023 à la suite de l'opération du canal lombaire étroit. aa) Sur le plan somatique, la recourante oppose à l'expertise précitée notamment le rapport du Dr S. _____ du 24 février 2023, qui conteste en particulier que l'expert rhumatologue ait mentionné dans les diagnostics sans effet sur la capacité de travail un syndrome lombovertébral avec dysbalance musculaire sur déconditionnement global. En effet selon lui, l'hypertonie de la musculature vertébrale qui contracte le muscle est à l'origine d'une réduction de la force et de l'endurance de la

- 23 - recourante dont le passage entre les positions assise et debout ne lui permet pas de se reposer. Il relève en outre les douleurs plantaires d'origine multifactorielle dont les experts n'ont pas, selon lui, suffisamment tenu compte. Enfin, le syndrome femoro-patellaire et l'obésité, qu'il considère comme morbide, devraient, selon lui, aussi être des composants de l'évaluation de la capacité de travail. Les critiques émises par le Dr S. _____ sur l'absence de prise en compte adéquate par les experts des problématiques relevées ci-avant constituent en réalité une appréciation distincte d'une même situation médicale. L'ensemble des diagnostics ainsi discutés figuraient déjà en tant qu'atteintes à la santé de la recourante prises en compte dans la décision de 2016, de même que les talalgies, l'hypertonie musculaire, les discrets troubles statiques des pieds avec discret hallux valgus bilatéral et l'obésité. S'agissant de l'incidence de l'hypertonie qui empêcherait les changements de positions assise et debout et contraindrait la recourante à devoir s'allonger plus que dix à quinze minutes pour pouvoir récupérer d'une heure d'activité, seul le Dr S. _____ en fait état dans son rapport du 24 février 2023. Ainsi, l'expert de la médecine interne a constaté que l'assurée avait pu rester assise pendant la majorité de l'entretien en changeant très fréquemment de positions et s'était levée spontanément de la chaise après plus d'une heure (expertise, p. 26). L'expert psychiatre a quant à lui indiqué que durant l'entretien qui avait duré une heure et quarante-cinq minutes, l'intéressée n'avait pas présenté de plainte algique, ni changé de position ni demandé de pause (expertise, p. 43). De son côté, l'expert rhumatologue a relevé qu'elle était restée pendant une heure assise lors de l'interrogatoire, sans avoir pu remarquer le moindre signe de gêne douloureuse au niveau rachidien ou au niveau des membres supérieurs ou inférieurs (expertise, p. 62). Dans son rapport du 5 avril 2023, le Dr A. _____ ayant opéré l'assurée le 9 novembre 2022 pour un canal lombaire étroit avec claudication neurologique a fait part d'une évolution favorable, avec une

- 24 - capacité totale retrouvée cinq mois depuis l'intervention dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles figurant dans le document intitulé « Proposition aménagement place de travail » du 15 mars 2022. Une capacité de travail nulle du 9 novembre 2022 au 5 avril 2023 en raison des suites de l'opération du canal lombaire étroit avec claudication neurologique le 9 novembre 2022 a été retenue par le SMR (avis du 26 juillet 2023). Cette incapacité de travail temporaire n'a toutefois aucune incidence sur l'invalidité de la recourante. A cet égard, les éléments de radiologie, notamment les rapports d'IRM attestant du canal lombaire étroit et de la sténose importante et qui ne figuraient pas

au dossier médical ont été pris en considération par les experts qui les ont intégrés dans leur appréciation consensuelle. Il n'y a au demeurant aucun motif de s'écarter de leurs conclusions qui avaient de surcroît été confirmées par le Dr E. _____ qui admet des suites de l'intervention favorable, la reprise par l'assurée d'une activité lucrative adaptée à son état de santé à plein temps. Cela étant, même si une aggravation passagère de l'état de santé de la recourante au niveau du rachis lombaire depuis 2014 a existé (cf. IRM lombaire du 18 mai 2020 du Dr V. _____), cette atteinte a été traitée avec succès, de sorte que la capacité de travail résiduelle retenue par les experts n'est pas critiquable. Concernant l'obésité, on constate qu'elle était de 32 IMC en 2016. Cette atteinte à la santé s'est quelque peu aggravée au jour de l'expertise en août – septembre 2021 à 40,15 IMC, puis à 43,6 IMC en février 2023 (cf. rapport du 23 février 2023 de la Dre C. _____). L'obésité s'est de toute évidence aggravée entre 2016 et 2023. Cependant, aucun des médecins traitants n'en tire de limitations fonctionnelles supplémentaires et la recourante elle-même ne s'en plaint pas. Dans la mesure où le Dr S. _____ ne prend pas position sur la répercussion de l'obésité sur la capacité de travail de la recourante, il n'y a aucun élément permettant d'en tenir compte.

- 25 - bb) Sur le plan psychiatrique, si le Dr F. _____ dans son rapport du 23 janvier 2023 s'inquiétait de l'état de santé global de sa patiente qui continuait à présenter un épuisement important, le psychiatre traitant n'a toutefois pas exposé les motifs médicaux qui lui permettaient de retenir une dégradation de l'état de santé psychique de la recourante, ni n'a motivé les raisons pour lesquelles il se distançait de l'avis des experts. Dans son rapport du 29 avril 2019, le Dr F. _____ évoque certains de ces motifs, à savoir que sa patiente présente une symptomatologie dépressive sévère avec thymie triste, une humeur labile, des pleurs, des pensées négatives, des ruminations, un état de fatigue de détresse et d'effondrement, des symptômes d'épuisement et des difficultés de concentration. Il reste toutefois que le rapport d'expertise du 1er décembre 2021 lui est postérieur, si bien que l'on doit considérer que les experts ont tenu compte de l'ensemble de ces éléments à l'occasion de leur propre évaluation du cas. Sur la base de ses propres constatations cliniques, l'expert psychiatre a indiqué ne pas partager les diagnostics d'épisode dépressif sévère, d'état de stress post-traumatique ou de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe posés par le psychiatre traitant, aux motifs que ces deux diagnostics ne pouvaient pas coexister, la modification durable de la personnalité étant une complication de l'état stress post-traumatique, le plus souvent, en l'absence de traitement médical. L'expert retenait qu'aucune stratégie thérapeutique n'avait été mise en place dans la situation de la recourante. L'expert a relevé que les critères de définition pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant n'étaient pas réunis, tout comme ceux jurisprudentiels de gravité d'une telle atteinte à la santé psychique, les troubles étant de gravité légère (expertise, volet psychiatrique, pp. 46 – 48). Ainsi, l'expert a exposé les motifs médicaux objectifs pour lesquels il se distançait de l'avis du psychiatre traitant de la recourante. cc) Les différents rapports établis par les médecins consultés au cours de la procédure ne permettent donc pas de faire douter du bien-

- 26 - fondé des conclusions des experts dont il n'y a pas lieu de s'écarter en l'espèce. Les constatations et conclusions des experts procèdent en effet d'une analyse complète et fouillée de l'ensemble des circonstances pertinentes du cas particulier, qui tient compte de l'influence effective et de l'importance des affections physiques et psychiques touchant la recourante dans sa santé. Dans leur complément du 22 mars 2022, les experts psychiatre et

rhumatologue du G. _____ ont mentionné que, du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée était de 50 % jusqu'au 31 octobre 2018 et de 100 % par la suite. A cet égard, la recourante ne convainc pas lorsqu'elle soutient que la réponse complémentaire des experts aurait été donnée à une question suggestive de l'OAI. Ce dernier a au contraire posé une question ouverte aux experts qui étaient libres d'y répondre en fonction de leurs propres constatations. Enfin, les rapports des médecins consultés par la recourante postérieurement à l'expertise auraient certes pu être transmis aux experts mandatés par l'OAI afin que ceux-ci se positionnent. L'examen de ces pièces médicales a néanmoins été effectué par le SMR dans ses avis successifs, de sorte que l'on peut admettre que ces rapports ont été pris en considération également. dd) Sur la base de l'expertise G. _____ et des avis successifs du SMR, l'état de santé de la recourante s'est amélioré du point de vue psychiatrique dès le 1er novembre 2018 puisqu'elle ne présentait plus dès cette date d'atteintes incapacitantes de nature psychique. La capacité de travail dès cette date était par conséquent entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. d) Au vu de la modification de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité intervenue au 1er janvier 2018, il convient de procéder à une double comparaison en distinguant la période allant jusqu'au 31 décembre 2017 de celle qui court dès le 1er novembre 2018.

- 27 - e) S'agissant du calcul du taux d'invalidité et en particulier des éléments économiques retenus, la recourante n'a soulevé aucun grief à cet égard, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des chiffres pris en compte par l'OAI. f) Pour la période jusqu'au 31 décembre 2017, le degré d'invalidité pour la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative, après comparaison du revenu sans invalidité (23'643 fr. 90) avec le revenu d'invalidité (27'290 fr. 57) est nul ($\{(23'643 \text{ fr. } 90 - 27'290 \text{ fr. } 57) / 23'643 \text{ fr. } 90\} \times 100$). Pour la période courant dès le 1er novembre 2018, le degré d'invalidité pour la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative est, après comparaison du revenu sans invalidité (49'051 fr. 71) avec le revenu d'invalidité (51'947 fr. 15), également nul ($\{(49'051 \text{ fr. } 71 - 51'947 \text{ fr. } 15) / 49'051 \text{ fr. } 71\} \times 100$). 9. a) En ce qui concerne la part que la recourante consacre à l'accomplissement de ses travaux habituels, lors de la précédente décision au fond, l'office intimé, se basant sur le rapport d'enquête économique sur le ménage du 4 février 2016, avait retenu des empêchements dans la part ménagère de 17 %. b) Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, il n'y a pas lieu de s'écarter du rapport d'enquête économique sur le ménage du 18 juillet 2022 concluant à un empêchement de 16.6 %, qui a pleine valeur probante (cf. ATF 128 V 93), ce que la recourante ne conteste pas au demeurant. 10. a) Ainsi, entre la première décision du 21 juin 2016 et le 31 décembre 2017, le taux d'invalidité global s'élève à 8,3 % ($[0 \times 0.5] + [16.6 \times 0.5]$), largement inférieur au seuil de 40 % pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

- 28 - b) Pour la période courant dès le 1er novembre 2018, le taux d'invalidité global s'élève à 8,3 % ($[0 \times 0.5] + [16.6 \times 0.5]$). Il est donc toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. 11. Depuis la précédente décision de refus de prestations du 21 juin 2016, le degré d'invalidité de la recourante de 8,3 % exclut toujours le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente. 12. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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