

VD_GERICHTE ZD24.047944 vom 14. Januar 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-01-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.047944

FR: VD_GERICHTE ZD24.047944 du 14 janvier 2026

IT: VD_GERICHTE ZD24.047944 del 14 gennaio 2026

Erwägungen

E. 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).

- 24 - 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.

E. 2

a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail. b) aa) 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. bb) En l'occurrence, le début du droit éventuel à une rente d'invalidité se situe un an après le début de l'incapacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle d'aide à domicile (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), mais au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de prestations du 27 février 2019 (cf. art. 29 al. 1 LAI). Le début du droit éventuel à la rente se situe ainsi le 1er août 2019 (cf. art. 29 al. 3 LAI), de sorte que c'est le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui est applicable pour la rente entière allouée du 1er septembre 2019 au 31 juillet 2021, de même que, le cas échéant, pour la demi-rente allouée du 1er août 2021 au 30 septembre 2022 (cf. TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

- 25 -

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou

d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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) La personne assurée a droit à une rente d'invalidité 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, 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 LAI). c) Afin d'évaluer le taux d'invalidité, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas atteinte dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). d) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas

- 26 - 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). 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). 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

asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal

- 27 - 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). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire ou d'une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire ou d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). e) aa) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques – telles le trouble somatoforme douloureux et la fibromyalgie – et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). bb) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Cela suppose que le diagnostic soit justifié au regard d'un système de classification des maladies reconnu (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ;

- 28 - 130 V 396 consid. 5.3 et 6) et que ses éléments spécifiques soient réunis et documentés. L'expert est tenu de décrire au moins brièvement quels éléments du diagnostic sont présents chez l'assuré, de même que de donner des indications quant à l'intensité selon laquelle ceux-ci se manifestent concrètement (TF 9C_725/2018 du 6 mars 2019 consid. 5.3.1 ; voir Nicolas Reding, Les atteintes non objectivables, notion, reconnaissance et indemnisation en droit des assurances sociales, thèse, Berne 2024, nos 415 et 426). cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la

personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré

- 29 - de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). dd) On précisera enfin que pour le Tribunal fédéral, rien ne s'oppose en principe à ce que la Mini CIF-APP – qui est un outil permettant de mesurer et de quantifier les limitations d'activités et de participation liées aux troubles psychiques – soit employée lors de l'évaluation de la capacité de travail d'un assuré souffrant d'un trouble psychiatrique (TF 8C_398/2014 du 28 octobre 2014 consid. 4.3.2). Il s'agit d'un outil complémentaire qui peut permettre d'assurer un minimum d'uniformité et de comparabilité dans l'évaluation des conséquences de telles affections (TF 9C_157/2019 du 28 octobre 2019 consid. 4.3) et qui s'intègre à l'examen de la capacité de travail sur la base des exigences découlant de l'ATF 141 V 281 (Gabriela Riemer-Kafka, Expertises en médecine des assurances : guide médico-juridique interdisciplinaire, 3e édition, Berne 2018, p. 164 ss). Les informations recueillies par le biais de la Mini CIF-APP quant à l'existence ou non de limitations dans les treize aptitudes de l'outil

- 30 - d'évaluation s'incorporent de la sorte à l'analyse des différents indicateurs. Tel est surtout le cas pour le complexe du « contexte social » et celui de la « personnalité », ainsi que dans l'examen de l'indicateur de la « limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie » (Nicolas Reding, Les atteintes non objectivables. Notion, reconnaissance et indemnisation en droit des assurances sociales, thèse, Lausanne 2024, no 702 et les références). f) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). g) Conformément à

l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

h) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

- 31 - vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

E. 4

En l'occurrence, il y a lieu, dans un premier temps, d'examiner la valeur probante des pièces médicales du dossier, en particulier du rapport d'expertise du 4 janvier 2024 du J. _____ sur lequel s'est notamment fondé l'OAI pour rendre la décision litigieuse. La recourante critique les conclusions des experts relative à l'évaluation de sa capacité de travail et oppose l'appréciation de ses médecins traitants (psychiatres et médecins somaticiens).

a) Au plan psychiatrique, l'expert DF. _____ a retenu la présence d'un épisode dépressif léger à moyen (F32.1). Il n'a pas diagnostiqué de trouble spécifique de la personnalité de type F60 selon la Classification internationale des maladies. S'agissant de la capacité de travail de l'intéressée, il a indiqué qu'elle était de 100 % depuis toujours dans son activité habituelle d'aide-soignante, comme dans une activité adaptée, précisant qu'il n'y avait pas besoin de recourir à une activité professionnelle adaptée et qu'il n'y avait ni limitations fonctionnelles ni diminution de rendement, l'évolution étant celle d'un épisode dépressif léger dont le pronostic était excellent. D'emblée, il convient de relever que les conclusions de l'expert DF. _____ sont peu convaincantes et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'expert psychiatre a lui-même indiqué que les résultats de son examen, qui l'amenaient à diagnostiquer un épisode dépressif léger à moyen, étaient faiblement valides et compréhensibles chez une assurée qui avait mentionné à plusieurs reprises ne pas comprendre ses questions.

- 32 - L'expert a ajouté que la compréhension linguistique de l'assurée était mauvaise ; il ressort même de l'expertise qu'il s'est interrogé quant à la nécessité de la présence d'un interprète (p. 41 de l'expertise). L'expert a encore noté que l'assurée avait répondu à de nombreuses questions par "ça veut dire quoi?" (cf. pp. 34, 35, 40, 41 de l'expertise), en particulier durant la discussion qui avait pour but de réaliser l'anamnèse psychiatrique systématique (pp. 34 et 35 de l'expertise). Or, un tel entretien avec la personne examinée constitue une base importante pour poser un diagnostic psychiatrique, de sorte que l'on doit s'attendre à ce que l'expert et la personne examinées se soient bien compris, ce qui est fortement douteux en l'espèce. Dans de telles circonstances, il appartenait à l'expert de

convoquer l'assurée pour un nouvel entretien en présence d'un interprète. A cela s'ajoute que l'expert DF. _____ n'a pas expliqué pourquoi il s'écartait des diagnostics posés par les psychiatres traitants de l'assurée avec lesquels il n'a au demeurant pas pris contact. Or, ceux-ci ont posé des diagnostics différents de l'expert psychiatre et ont retenu des limitations fonctionnelles au plan psychiatrique, qui suggèrent une atteinte à la santé plus sévère que celle retenue par l'expert. Ainsi, on rappellera que dans leurs rapports successifs à l'OAI, les psychiatres traitants de l'assurée du CHUV ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31 ; rapport du 24 septembre 2019 de la Dre K. _____ et de la psychologue G. _____). A l'appui de ce dernier diagnostic, la Dre K. _____ et la psychologue G. _____ ont exposé qu'après plusieurs mois de suivi, elles avaient observé chez l'assurée des tendances à l'impulsivité et une difficulté dans la gestion des émotions avec des risques de passage à l'acte auto-agressifs impulsifs. Ces spécialistes ont posé des limitations fonctionnelles en lien avec les diagnostics retenus, à savoir : des difficultés de sommeil et de la fatigue diurne pouvant influencer la capacité de l'assurée à s'investir dans une activité et causer des difficultés pour le maintien d'horaires ; un risque de fatigabilité accrue et de diminution de rendement ; une labilité de l'humeur pouvant influencer la collaboration de l'assurée avec ses collègues et les bénéficiaires des soins et une

- 33 - impulsivité importante pouvant déborder dans le cadre relationnel ainsi qu'avec les figures d'autorité ; une hypersensibilité au stress pouvant la conduire à des passages à l'acte auto-agressif, également en lien avec l'impulsivité et les difficultés à gérer la frustration ; des capacités de concentration et d'organisation limitées en lien avec les difficultés de sommeil et une capacité d'adaptation limitée en raison du trouble de la personnalité. La Dre K. _____ et la psychologue G. _____ ne se sont pas prononcées de manière inconditionnelle sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ces limitations, relevant seulement qu'après stabilisation clinique, une capacité de travail de 100 % pouvait être espérée, si le cadre de travail était bienveillant et hypostimulant. Par la suite, le Dr M. _____ et la psychologue G. _____ ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, en voie de rémission (F32.1) et celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31 ; voir les rapports des 27 juillet 2020 et 28 mai 2021 du Dr M. _____ et de la psychologue G. _____). Il ressort de ces deux derniers rapports, que s'il y avait une amélioration thymique par rapport à la situation antérieure, la thymie de l'assurée restait fluctuante avec certains jours une anhédonie, une asthénie et une perte de dynamisme, et d'autres jours où elle pouvait se mobiliser. Le Dr M. _____ et la psychologue G. _____ ont expliqué que ces variations de l'humeur entraînent dans le contexte du trouble de la personnalité émotionnellement labile. Il faut encore relever que dans leur rapport du 27 juillet 2020, ces spécialistes ont indiqué que l'assurée présentait des idées suicidaires, actives, scénarisées et fluctuantes et ont relevé plusieurs passages à l'acte impulsifs avec ingestion de médicaments, sans conséquences graves. Le Dr M. _____ et la psychologue G. _____ ne se sont pas non plus prononcés de manière inconditionnelle sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, indiquant seulement que dans une telle activité, comme celle de dame de compagnie sans soins ni gestion des médicaments, une reprise progressive d'activité jusqu'à 50 - 100 %, selon l'évolution, était possible. L'expert DF. _____ n'a pas expliqué pourquoi les éléments ainsi mis en évidence par les psychiatres traitants du CHUV au plan diagnostic et des limitations fonctionnelles étaient dénués de pertinence. Il n'a pas plus tenté d'expliquer pour quels motifs

- 34 - les diagnostics posés par la suite par le Dr CG. _____ et le psychologue CK. _____ dans leurs rapports des 26 février et 11 avril 2023, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2) et une personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30), ne pouvaient pas être retenus. Or, ces derniers spécialistes ont décrit la présence, chez l'assurée, d'un tableau dépressif récurrent avec des crises de nerf, des passages à l'acte auto-agressifs, une perte totale de motivation et de repères, des douleurs diffuses dans tout le corps, un état général morose, des problèmes d'estime de soi et de concentration, un état de santé physique et psychique fragile avec des angoisses, des troubles du sommeil et du comportement (rapport du 26 février 2023), ainsi que des idées suicidaires, une perte de confiance en soi et des ruminations envahissantes avec troubles du sommeil et de l'alimentation (rapport du 11 avril 2023). On relèvera en particulier que l'expert DF. _____ a mentionné dans l'expertise que l'assurée avait été « hospitalisée en milieux psychiatriques au décours d'une surcharge médicamenteuse volontaire », mais n'a pas plus questionné l'assurée à ce sujet, ni exposé en quoi ce passage à l'acte et les idées suicidaires attestées par les psychiatres traitants étaient sans pertinence pour sa propre évaluation diagnostique et en particulier n'étaient pas signe d'une atteinte d'une certaine gravité, à tout le moins temporairement. L'expert DF. _____ n'a pas plus pris position, sur l'ensemble des éléments anamnestiques ressortant du rapport du Dr CG. _____ et du psychologue CK. _____, selon lesquels l'assurée présentait une fragilité et une dépression en lien avec son parcours de vie, ayant vécu une tentative d'agression sexuelle durant l'enfance qui l'avait traumatisée et ayant été victime de violences conjugales avec son premier et son second mari, à quoi s'ajoutait un conflit de travail qui l'avait fragilisée (rapport du 11 avril 2023). L'expert a en effet uniquement relevé que l'assurée avait rapporté « un milieu d'origine ponctué de traumatismes de l'anamnèse infanto-juvénile » et qu'elle avait « cependant correctement fonctionné jusqu'aux faits en cause aujourd'hui ». S'agissant de l'évolution de la capacité de travail de l'assurée au plan psychiatrique depuis le dépôt de sa demande de prestations le 27

- 35 - février 2019, l'expert DF. _____ a indiqué qu'elle était « de 100 % depuis toujours » (expertise p. 52, cf. aussi p. 53). Vu ce qui précède, force est de constater qu'une telle appréciation n'est pas fondée sur une anamnèse complète et une discussion étayée des éléments diagnostiques ressortant du dossier de l'assurée. Or, dans le questionnaire de l'OAI relatif à la structure de l'expertise (pièce 111 du dossier), il est expressément requis que l'expert se prononce par rapport aux évaluations antérieures, y compris celles ayant abouti à des conclusions différentes et qu'il y ait une discussion sur les diagnostics différentiels (p. 4 du questionnaire, point 6.3). En l'occurrence, l'appréciation de l'expert DF. _____ apparaît essentiellement fondée sur ses constatations au moment de son examen clinique, ce qui la rend incomplète et ne permet pas de lui accorder une valeur probante suffisante, d'autant plus que comme déjà mentionné plus haut, l'expert a relevé que les résultats de son examen clinique étaient faiblement valides et compréhensibles en raison des difficultés, pour l'assurée, de comprendre ses questions. On relèvera encore que l'expert s'est fondé sur la Mini CIF-APP pour évaluer les ressources et la capacité de travail de l'intéressée. Si l'utilisation de cet outil est en soi conforme à la jurisprudence fédérale (cf. ci-dessus consid. 3 e/dd), l'analyse à laquelle a procédé l'expert DF. _____ en l'occurrence est très succincte et peu circonstanciée, ne permettant dès lors pas de se faire une représentation concrète des capacités de la recourante. Enfin, il faut relever que postérieurement à l'expertise, l'assurée a été adressée par les Etablissements Hospitaliers du Z*** au centre de psychiatrie du Z***, pour une évaluation psychiatrique en raison d'une intoxication

médicamenteuse par DK. _____ le 31 décembre 2024. Il ressort par ailleurs d'un rapport du 3 juin 2025, des Drs DL. _____ et DM. _____, médecins auprès du Département de psychiatrie du CHUV (secteur Z***), que l'intéressée a été hospitalisée dans ce service du 17 avril au 24 avril 2025 pour mise à l'abri en raison d'idées suicidaires. Les médecins susnommés ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Ces éléments tendent

- 36 - aussi à démontrer que l'atteinte à la santé psychiatrique que présente l'assurée depuis 2019 est fluctuante et d'une certaine gravité, ce qui va à l'encontre des conclusions du Dr DF. _____. b) Concernant l'état de santé de la recourante au plan physique, l'expert DC. _____ a posé les diagnostics de status post lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5-S5-S1, de gonarthrose bilatérale débutante fémoro-tibiale interne et de conflit sous-acromial sur tendinopathie de l'épaule gauche persistante. Il a encore signalé un status post névrome du pied gauche non retrouvé. Pour poser ces diagnostics, l'expert s'est fondé sur le dossier de l'assurée au moment de la réalisation de l'expertise, dont il a résumé les pièces (pp. 6 ss du rapport d'expertise). Il a réalisé un examen clinique de l'assurée, dont il a précisément décrit les résultats (pp. 24 à 28), puis les a évalués sous l'angle de la capacité de travail de l'intéressée (pp. 29 et 32-33). A cet égard, il a retenu des limitations fonctionnelles qui apparaissent cohérentes avec les atteintes à la santé physiques que présente l'assurée à ses genoux, à son épaule gauche et au dos. Pour rappel, ces limitations fonctionnelles sont les suivantes (p. 32 du rapport d'expertise) : éviter de surcharger le rachis lombaire en évitant les mouvements de flexion-extension et de torsion ; éviter de porter des charges de plus de 5 kg avec les deux membres supérieurs ; éviter de travailler les bras au-dessus de l'horizontal du membre supérieur gauche ; éviter de monter et descendre des échelles ou des échafaudages ; éviter les positions agenouillées. L'expert DC. _____ a retenu que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'aide-soignante était de 0 % depuis 2016, cette dernière activité n'étant plus adaptée en raison de ses limitations fonctionnelles, ce qui est convaincant. Cette évaluation est d'ailleurs partagée par la Dre B. _____ laquelle a indiqué dans son rapport du 17 juillet 2019 que cette activité n'était plus raisonnablement exigible de la part de l'assurée. L'expert DC. _____ a par ailleurs estimé que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sus-décrites, le temps de présence maximal de l'assurée au travail était de sept heures par jour (soit un taux d'activité de 80%), avec une limitation de performance de 20 % pour un tel temps de présence, en raison de l'atteinte dégénérative multiple persistante,

- 37 - notamment de l'épaule et des deux genoux. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le Dr DC. _____ a évalué la capacité de travail à 80 % depuis toujours, en dehors des poussées congestives arthrosiques des genoux qui justifiaient un arrêt de travail d'une à trois semaines, et des douleurs à l'épaule qui pouvaient justifier des arrêts de travail variable d'un à trois mois. L'évaluation résumée ci-dessus à laquelle a procédé le Dr DC. _____ apparaît claire et bien motivée, vu les pièces dont il disposait au moment de la réalisation de l'expertise. Toutefois, l'analyse de la situation au plan physique réalisée par l'OAI n'est pas complète. En effet, de nouvelles IRM ont été effectuées et versées au dossier de la recourante avant que l'OAI ne rende sa décision du 24 septembre 2024, dont il fallait tenir compte dans le cadre de l'évaluation médicale (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1). En effet, à la lecture des rapports d'IRM concernés (IRM de l'épaule gauche du 20 novembre 2023 ; IRM des deux genoux du 20

décembre 2023 ; IRM du rachis cervical du 4 juillet 2024 et IRM du 8 juillet 2024 du rachis lombo- sacré), il apparaît vraisemblable que l'état de santé de l'assurée se soit aggravé au point d'influencer sa capacité de travail dans une activité adaptée et ce, avant la reddition de la décision litigieuse. Il y a lieu de relever en particulier que l'IRM du rachis cervical du 4 juillet 2024 met en évidence des atteintes au niveau de la colonne cervicale qui n'avaient pas été documentées auparavant. c) Vu ce qui précède, la Cour de céans considère que les faits médicaux ne sont pas établis au degré de la vraisemblance prépondérante, faute pour l'expertise bi-disciplinaire du 4 janvier 2024 de remplir les critères permettant de lui accorder valeur probante.

E. 5

a) Le tribunal cantonal 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

- 38 - complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié 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 ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'autorité intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Les atteintes à la santé et leurs effets sur la capacité de travail de la recourante n'ont pas été élucidés à satisfaction de droit, ce qui ne pouvait pas échapper à l'OAI, au vu notamment des difficultés de compréhension de l'intéressée lors de la réalisation du volet psychiatrique de l'expertise, lesquelles ont été relevées à plusieurs reprises par l'expert psychiatre lui-même. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'OAI, dès lors qu'il lui incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa). Un complément d'instruction avec une nouvelle expertise comprenant des volets psychiatrique et rhumatologique ainsi qu'une évaluation globale de la capacité de travail de la recourante depuis à tout le moins le dépôt de sa demande de prestation, est nécessaire. Toute latitude est laissée à l'OAI pour déterminer si, concernant le volet rhumatologique, il y a lieu de requérir un complément d'expertise au Dr DC. _____ et de lui soumettre à cet effet les IRM versées au dossier postérieurement à l'expertise du 4 janvier 2024 (cf. ci-dessus consid. 4b), ou de mandater un nouveau spécialiste en rhumatologie.

E. 6

a) Vu ce qui précède, le recours est admis, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. b) Les frais judiciaires, par 600 francs, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et art. 61 let. fbis LPGa).

- 39 - c) La recourante, qui est représentée par une avocate et qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) vu l'importance du litige, et de mettre à la charge de l'OAI.