

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Piguet, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourante, représentée par Me Sara Giardina, avocate à Nyon,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1 et 3 et 16 LPGA ; art. 28 al. 1 et 28a LAI ; art. 27bis et 69 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], est entrée en Suisse en [...]. Mariée et mère de famille, elle n'a exercé aucune activité lucrative depuis lors, excepté un travail de quelques heures pour le compte de la société de nettoyage [...] en 2007.

Le 15 mai 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état de lombalgies chroniques après une nucléorthèse en 1994 et une cure de hernie discale L4-L5 en 1997.

Après avoir recueilli des rapports des médecins traitants de l'assurée, à savoir les Drs [...], spécialiste en médecine interne générale, et [...], spécialiste en rhumatologie, l'OAI a diligenté une expertise rhumatologique et psychiatrique. Le mandat a été confié au centre d'expertises G._____, où les Drs [...] et [...], spécialistes en rhumatologie, ainsi que la Dre [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont examiné cliniquement l'assurée le 14 janvier 2010. Au titre de diagnostic influençant la capacité de travail, les experts précités ont retenu, dans leur rapport daté du 12 avril 2010, un syndrome lombovertébral modéré à sévère sur status après hémi-laminectomie droite L4-L5 pour hernie discale avec atteinte radiculaire sensitive résiduelle (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé] M.96.2 et M.47.2). Ils ont en outre mis en évidence plusieurs diagnostics non incapacitants, dont une dysthymie (CIM-10 F34.1) présente depuis 2008 et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0) présente depuis 1997. A l'inverse des médecins traitants de l'assurée, l'expert psychiatre a exclu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'état dépressif. Les experts ont en définitive conclu à une capacité de travail de 100 % dans une activité légère semi-sédentaire.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée par l'OAI le 25 octobre 2010. Le rapport corrélatif a pris en compte un statut mixte, en ce sens que l'assurée aurait exercé une activité lucrative à 80 % dès 2007 environ, si son état de santé le lui avait permis. Elle aurait ainsi consacré le 20 % restant à l'accomplissement des tâches ménagères, dans le cadre desquelles elle rencontrait un empêchement de 2,2 %.

Après avoir déterminé un degré d'invalidité de 12 % dans la sphère lucrative, l'OAI a retenu un taux d'invalidité global de 12,44 % et rendu un projet de décision de refus de rente et de mesures professionnelles le 20 décembre 2010. En dépit des objections de l'assurée, l'OAI a établi une décision en ce sens le 21 février 2011, laquelle est entrée en force, faute de recours de l'assurée.

B. Le 19 juin 2014, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI. Elle s'est prévaluée à cette occasion d'un rapport du 30 juin 2014 du Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel relatait une aggravation de l'état de santé de sa patiente tant du point de vue somatique que psychique, précisait que la situation s'était péjorée « sur le plan des douleurs » et soulignait l'apparition d'un « état dépressif sévère » sous suite d'incapacité totale de travail.

Considérant que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable une aggravation de son état depuis sa première demande de prestations, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette seconde demande par décision du 6 octobre 2014, avant d'annuler cette dernière à la suite de la production de nouveaux documents médicaux. L'instruction de la demande de révision de l'assurée a ainsi été entamée sur le fond, l'OAI ayant sollicité des rapports auprès des médecins traitants, en particulier auprès des Drs [...], spécialiste en neurologie, et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que du service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____.

A réception de ces documents, sur avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'OAI a diligenté un

examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée le 15 septembre 2015. Cet examen a été réalisé au SMR par les Drs W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport de ces médecins, rédigé le 24 septembre 2015, a fait état des diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombo-pseudosciatalgies droites chroniques dans le cadre d'une arthrose sévère des articulations postérieures prédominant en L3-L4 et L4-L5, d'une discarthrose sévère en L4-L5 et d'un *failed back surgery syndrom* (échec d'une intervention chirurgicale au niveau lombaire ; CIM-10 M54.5) ainsi que des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'arthrose du genou gauche (CIM-10 M17.1), de dysthymie d'intensité légère (CIM-10 F34.1) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, d'intensité légère (CIM-10 F68.0). Les spécialistes du SMR ont par ailleurs conclu à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée - soit légère et sédentaire - tout en considérant que l'assurée pouvait accomplir ses tâches ménagères à hauteur de 80 %.

Fondé sur cette appréciation du SMR, l'OAI a informé l'assurée, par projet de décision du 15 décembre 2015, qu'il comptait lui nier le droit à une rente d'invalidité. Ce projet a été confirmé par décision du 20 juin 2016, après que les griefs soulevés par l'assurée au stade de la procédure d'audition aient été écartés.

C. L'assurée, représentée par Me Sara Giardina, a déféré la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 25 août 2016. Elle a conclu à son annulation sous suite du renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, soulignant les importantes divergences entre les avis médicaux versés au dossier et la péjoration de son état de santé depuis la décision du 21 février 2011. Etaient annexés à son écriture des rapports rédigés en 2016 par ses médecins traitants, notamment au sein de plusieurs services du Centre hospitalier C.____ et de la Policlinique [...], faisant pour certains état d'un syndrome douloureux persistant et d'une fibromyalgie. En réplique, le 7 novembre 2016, l'assurée a persisté dans

les termes de son mémoire de recours et a produit un nouveau rapport établi le 27 septembre 2016 par le Dr B._____, spécialiste en neurochirurgie.

Le 20 mars 2017, l'assurée a subi une opération du dos ayant été réalisée par le Dr B._____.

Par arrêt du 19 septembre 2017 (cause AI 205/16 - 261/2017), la Cour de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction, précisant que l'expertise pluridisciplinaire à mettre en œuvre devait en particulier confirmer ou infirmer le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie et compter - à tout le moins - des volets psychiatrique, rhumatologique et orthopédique.

D. A la suite de l'arrêt du 19 septembre 2017 précité, l'OAI a confié au centre d'expertises M._____ une expertise pluridisciplinaire, comportant des examens de médecine interne générale, de chirurgie orthopédique et traumatologique, de psychiatrie et psychothérapie et de rhumatologie. Ces derniers ont été assurés respectivement par les Drs [...], spécialiste en médecine interne générale, P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport du 3 septembre 2018, les experts ont estimé que les diagnostics retenus de lombalgies postopératoires avec persistance de sciatalgies bilatérales dans le cadre d'une arthrose sévère des articulations postérieures prédominant en L3-L4 et L4-L5, de discarthrose sévère en L4-L5 et de *failed back surgery syndrom* (échec des interventions sur le rachis) justifiaient une incapacité de travail de 40 %. La capacité de travail était ainsi de 60 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, notamment du point de vue rhumatologique, ceci dès trois mois après l'opération de mars 2017. Les experts ont en outre mis en évidence les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'obésité de stade I, de dysthymie (CIM-10 F34.1), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0), de cervicalgies, de gonarthrose bilatérale débutante

aggravée par l'obésité et de tendinite de l'épaule droite. Ils ont pour le surplus relevé ce qui suit :

« 4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Du point de vue orthopédique et rhumatologique, les limitations fonctionnelles sont les suivantes : nécessité d'alterner les positions assise et debout, déambulations limitées - surtout dans les escaliers - compte-tenu (sic) des lombalgies. Idéalement, possibilité d'avoir quelques minutes de pause en cas de douleurs. Pas de port avec le bras droit de façon répétée en hauteur, pas de port de charge supérieure à 2 kg du côté droit compte tenu des douleurs de l'épaule, et de 5 kg du côté gauche compte-tenu des lombalgies ; En position assise, mouvements des épaules libres au-dessus de 90° d'abduction. Position à genoux ou accroupie possible.

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Il n'y a pas de signes cliniques parlant en faveur d'un trouble de la personnalité, mais des traits histrioniques faisant partie du tableau de la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

L'expertisée, malgré le fait qu'elle a été peu scolarisée, présente des ressources et des mécanismes adaptatifs dont elle a fait preuve tout au long de son existence. Signalons aussi que, malgré le fait qu'elle ne parle pas le français, nous ne pouvons pas parler d'une mauvaise intégration. Elle n'a jamais travaillé en Suisse, mais est très bien entourée par sa famille, a des amis et dit se sentir bien en Suisse.

4.6. Contrôle de cohérence

L'expert orthopédique signale une limitation fonctionnelle globale du niveau d'activité dans tous les domaines de la vie, chez une personne ayant une très faible activité globale. Ces pertes de fonctionnalité décrites par l'expertisée sont cohérentes et plausibles au vu des constatations cliniques. Les résultats de l'examen confirment cette limitation, avec une atrophie des muscles

paravertébraux mise en évidence sur l'IRM [imagerie par résonance magnétique]. L'expert rhumatologue décrit une expertisée qui souffre du rachis lombaire après une nucléo-orthèse et une chirurgie réalisée maintenant il y a 15 ans et dont l'état ne s'est jamais amélioré malgré les nombreux traitements, comportant infiltrations classiques, prise en charge en centre de la douleur et chirurgie. L'expert rhumatologue constate une majoration certaine des symptômes, qui dépassent largement les constatations objectives ; néanmoins, l'expertisée a été opérée à trois reprises et les limitations fonctionnelles sont justifiées. Du point de vue psychiatrique, il existe également des incohérences et des divergences importantes entre le discours de l'expertisée qui, tout en disant être très malade et triste, a souri à plusieurs reprises pendant l'entretien, elle a également blagué avec l'interprète, ce qui exclut un état dépressif important en tout cas.

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

L'ensemble des experts retiennent une capacité de travail de 60%, tout en relevant que l'expertisée n'a jamais travaillé.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

En respectant les limitations fonctionnelles, notamment rhumatologiques, l'expertisée est capable de travailler à 60%.

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Bien qu'il existe des lombalgies postopératoires, la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (recherche de réparation économique) domine le tableau clinique, sans les signes cliniques d'un trouble somatoforme, selon les critères de la CIM-10. »

L'assurée a une nouvelle fois été opérée au dos par le Dr B. _____ le 19 juin 2018.

Dans un avis du 27 septembre 2018, le Dr R._____, médecin au SMR, a validé les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du centre d'expertises M._____, jugeant ces dernières « justes et convaincantes ».

Le 31 janvier 2019, l'OAI a diligenté une nouvelle enquête économique sur le ménage, qui a confirmé le statut de l'assurée défini lors de la précédente enquête de 2010, à savoir une part de 80 % en tant qu'active et de 20 % comme ménagère.

Par projet de décision du 5 avril 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Il a à cet égard considéré qu'elle présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée jusqu'au 30 juin 2017, celle-ci se réduisant à 60 % dès le 1^{er} juillet 2017.

L'assurée, sous la plume de sa conseil, a fait part à l'OAI, dans un courrier du 8 août 2019, de son objection par rapport au statut mixte arrêté dans le projet de décision précité, exposant que ses quatre enfants étaient désormais tous adultes et que la situation financière de son couple était précaire, de sorte qu'elle travaillerait aujourd'hui à taux plein si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Au demeurant, elle a manifesté son étonnement quant au fait qu'une aggravation de sa capacité de travail ait été retenue quelques mois après l'opération de mars 2017, alors que les experts avaient souligné que cette dernière n'avait pas eu les effets escomptés. Il n'y avait, selon elle, aucune logique à considérer qu'elle était pleinement capable de travailler durant sa convalescence. Au contraire, elle était déjà inapte au travail avant l'opération, qui n'avait exercé aucune influence sur son état de santé.

Le 17 septembre 2019, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale au bassin, qui a été effectuée par le Dr B._____.

Le 27 novembre 2019, l'assurée a produit un rapport établi le 24 août 2019 par sa psychiatre traitante, la Dre T._____, par lequel cette

dernière a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (CIM-10 F32.2), de probable trouble de la personnalité à trait mixte anxieuse et dépendante (passif ; CIM-10 F61), de trouble douloureux persistant (CIM-10 F45.4), de trouble du sommeil (CIM-10 G47) et de syndrome de dépendance à de multiples substances avec utilisation continue (CIM-10 F19.25) et a constaté que la capacité de travail de sa patient était nulle depuis le 25 mars 2013, date du début des consultations.

Dans un avis du 6 janvier 2020, la Dre J._____, médecin au SMR, a exposé qu'à la lecture de l'expertise de septembre 2018, on ne comprenait pas les raisons ayant conduit à une aggravation en juillet 2017 de la capacité de travail, alors que l'opération de mars 2017 avait été annoncée comme n'ayant pas modifié l'état clinique. L'assurée avait par ailleurs bénéficié d'une nouvelle intervention depuis. Cette médecin a dès lors proposé, d'une part, d'adresser au Dr B._____ une demande de rapport médical, afin d'estimer l'évolution de la clinique sur le plan neurochirurgical depuis l'opération de juin 2018 et, d'autre part, d'interroger les experts du centre d'expertises M._____ (en particulier les experts rhumatologue et orthopédiste) sur l'évolution de la capacité de travail depuis l'examen de septembre 2015 auprès du SMR et sur les raisons de la baisse de cette dernière à 60 % dès le mois de juillet 2017.

Répondant à la demande de complément d'expertise de l'OAI, la directrice médicale du centre d'expertises M._____ a expliqué, dans un courrier du 17 janvier 2020, ce qui suit :

« Votre assurée a été examinée au centre d'expertises M._____ en mars 2018, il y a donc presque 2 ans. Vous comprendrez que ce délai ne nous permette pas de vous répondre autrement qu'en lisant notre rapport – comme vous l'avez fait – et le vôtre. Le bon sens nous conduit à relever que l'indication à une IRM en septembre 2017 repose certainement sur une aggravation préalable, fixée à juillet 2017, aggravation justifiant la *nouvelle intervention neurochirurgicale* du 19.06.2018, réalisée dans l'intervalle entre nos examens cliniques et la date d'envoi de notre rapport. »

Par avis du 14 juillet 2020, la Dre J. _____ du SMR a indiqué que la situation de l'assurée s'était modifiée sur le plan somatique depuis l'avis final du 27 septembre 2018 du Dr R. _____, qui avait mené au projet de décision du 5 avril 2019. De plus, vu le délai écoulé depuis la dernière expertise, il convenait aussi de statuer sur le volet psychiatrique, cela quand bien même il n'était pas fait état d'une aggravation étayée sur ce plan. Cette médecin a ainsi suggéré de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

Le 11 août 2020, l'OAI a fait savoir à la représentante de l'assurée qu'il allait procéder à une expertise bidisciplinaire et lui a transmis le dossier de la cause. Puis, par communication du 4 décembre 2020, il l'a informée qu'il mettait finalement en place une expertise pluridisciplinaire, comportant des volets rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne générale. Les noms des experts et leur spécialité respective lui ont enfin été transmis le 3 février 2021.

L'assurée a été examinée les 23 et 31 mars 2021 par les Drs F. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, Y. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], médecin praticien, experts auprès du centre d'expertises Q. _____. Dans leur rapport du 7 juin 2021, ces derniers ont noté les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail suivants :

« [...] Diagnosics d'éléments pertinents avant une incidence sur la capacité de travail

1. Syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathie dégénérative et sur syndrome de dysbalance musculaire avec :
 - Status après laminectomie L4-L5 en 1997 et nucléorthèse en 1994
 - Status après décompression microchirurgicale L3-L4 et L4-L5 canalaire et foraminale avec extension de décompression par foraminotomie proximale L5-S1 le 20.03.2017

- Status après révision, adhésiolyse et complément de décompression en L4-L5 et L5-S1, discectomie bilatérale L3-L4 et stabilisation intersomatique L3-L4 par cage et greffe osseuse. Stabilisation postéro-latérale L3-L4, L4-L5 et L5-S1 par vis pédiculaire, barre longitudinale, greffe osseuse le 19.06.2018
 - Status après arthrodèse de l'articulation sacro-iliaque droite par système mini-invasif de type I-Fuse le 17.09.2019
 - Failed back surgery syndrom
2. Tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite avec déchirure distale des deux tiers antérieurs du tendon sus-épineux, tendinopathie du long chef bicapital et déchirure par désinsertion distale du tiers supérieur du sous-scapulaire (IRM du 07.06.2018)

[...] Diagnosics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. F34.8 Autres troubles de l'humeur persistants
2. F68.0 majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques
3. Cervicalgies sur discopathie avec uncarthrose dégénérative
4. Arthrose tricompartimentale bilatérale débutante
5. Fibromyalgie
6. Hypertension artérielle traitée
7. Insuffisance cardiaque chronique traitée
8. Hypercholestérolémie sévère
9. Tabagisme actif
10. Insuffisance veineuse membres inférieurs stade 1
11. Obésité avec IMC de 35.5 kg/m² associée à un déconditionnement physique
12. Emphysème pulmonaire débutant
13. Status post gastrite HP négatif en 2007. Gastrite à helicobacter pylori traité en 2001.
14. Dolichosigmoïde et dolicho-côlon. Cardia béant avec œsophagite de reflux de grade 2
15. Myomectomie par laparoscopie le 05.02.2003
16. Carence en folate. Carence en vitamine D. Leucocytose

17. Sinusite aigüe frontale droite (DD migraines)

Les experts ont en revanche écarté les diagnostics de trouble dépressif ou anxieux et de trouble douloureux somatoforme persistant. Ils ont en substance expliqué qu'ils n'avaient pas mis en évidence de contexte d'un quelconque conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble. Ils ont au demeurant estimé que l'assurée disposait de ressources internes lui ayant permis d'élever ses quatre enfants et de faire face aux exigences de la vie malgré les problèmes de santé de son époux. Elle jouissait aussi de ressources externes au travers de sa famille, qui se montrait aidante et soutenante et avec qui elle entretenait d'excellentes relations. Sur les plans psychiatrique et rhumatologique, il existait des divergences entre les plaintes et symptômes décrits par l'assurée et le comportement de cette dernière lors de l'examen clinique. Les experts ont enfin attesté que du point de vue psychiatrique et de la médecine interne, la capacité de travail dans l'activité habituelle avait constamment été pleine, sans limitation fonctionnelle. Sur le plan rhumatologique, elle était de 80 % dans l'activité de femme au foyer, mais avait également toujours été entière dans une activité adaptée, sauf de manière transitoire, durant trois mois, après les interventions réalisées en 2017, 2018 et 2019, périodes durant lesquelles elle avait été nulle. L'assurée était ainsi capable d'effectuer un travail en alternant les positions assises et debout, en limitant le port de charge jusqu'à 2 kg pour le membre supérieur droit et à 5 kg pour le membre supérieur gauche. Elle devait toutefois éviter toutes les activités qui demandaient une sécurité augmentée sur des échelles, des échafaudages et des activités en terrain inégal, une posture forcée non ergonomique surchargeant le rachis ou une position du membre supérieur droit en-dessus de l'horizontale.

Par avis du 5 juillet 2021, la Dre J. _____ du SMR a conclu que l'expertise pluridisciplinaire du centre d'expertises Q. _____ répondait globalement aux critères de qualité requis. Depuis la première demande en 2009, la situation médicale n'avait pas vraiment évolué. Après l'expertise de 2015, la capacité de travail de l'assurée était restée de 80 %

comme femme au foyer et s'élevait à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelle retenues par les experts, moyennant des incapacités de travail brèves (trois mois) à la suite de chaque intervention chirurgicale en 2017, 2018 et 2019.

L'assurée, par l'intermédiaire de sa conseil, s'est déterminée le 15 novembre 2021 sur le résultat de l'expertise du centre d'expertises Q._____, faisant notamment valoir que les experts ne s'étaient pas référés aux critères d'appréciation établis par la jurisprudence au moment de juger le diagnostic de fibromyalgie comme non incapacitant. Elle a donc invité l'OAI à mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire conforme aux réquisitions de l'arrêt du 19 septembre 2017 de la Cour de céans (cause AI 205/16 - 261/2017). Cette autorité lui a alors imparti un délai pour poser des questions complémentaires aux experts. Ainsi, par courrier du 17 décembre 2021, l'assurée a requis de ces derniers qu'ils expliquent pourquoi ils avaient retenu une fibromyalgie majeure, mais considéré que cette atteinte n'entraînait aucune répercussion sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Elle a en outre souhaité savoir sur quelle base ils tenaient son environnement psychosocial pour intact, compte tenu du fait qu'elle ne sortait presque plus et que son état de santé était difficile à vivre pour ses enfants et son mari, qui devaient assumer les tâches ménagères et l'aider pour son hygiène.

Par rapport d'expertise complémentaire du 8 mars 2022, les experts du centre d'expertises Q._____ ont répondu à la première question de l'assurée de la manière suivante :

« Sur le plan **rhumatologique**, la personne assurée présente une fibromyalgie majeure avec un score de Wolfe à 27/31 et les 3 signes de Waddell positifs en faveur d'une origine non-structurale des douleurs qu'elle présente. Le score de Waddell, cliniquement significatif quand 3 points au moins sont positifs, est considéré comme indicatif de l'amplification des symptômes ou du comportement douloureux.

Cela explique la non-réponse et la persistance des douleurs ressenties malgré un traitement antalgique et les infiltrations bien conduit comme cela a été le cas dans les différents séjours hospitaliers. »

S'agissant de la seconde question, ils ont fait part de la réponse suivante :

« Sur le plan **psychiatrique**, il a été noté de nombreuses divergences entre les plaintes de la personne assurée et les constatations objectives de l'examen clinique (divergences soulignées également dans l'expertise de 2018). Ainsi, en l'absence d'informations objectives, l'expert se base sur les limitations fonctionnelles et l'examen clinique ne permet pas de retrouver de limitations fonctionnelles significatives sur le plan psychiatrique. »

Par décision du 7 avril 2022, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Se fondant sur un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 % ainsi que sur une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 %, il a conclu que l'intéressée présentait un taux d'invalidité de 6,44 % jusqu'au 30 juin 2017. Celui-ci montait à 25,44 % entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2017, dès lors que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée se réduisait dès cette première date à 60 %. Le taux d'invalidité était enfin de 36,6 % depuis le 1^{er} janvier 2018, date de l'entrée en vigueur de la nouvelle méthode mixte d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères (cf. art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Par courrier du même jour, l'OAI a répondu aux objections formulées par l'assurée dans son courrier du 8 août 2019 à l'encontre de son projet de décision du 5 avril 2019. A cette occasion, il lui a finalement admis un statut d'active à 100 %, de sorte qu'il résultait de la comparaison des revenus dorénavant un degré d'invalidité de 5 %, compte tenu d'un abattement du même taux et d'une pleine capacité de

travail (ayant été attestée par l'expertise du centre d'expertises Q._____).

E. Le 24 mai 2022, H._____, représentée par sa mandataire, a recouru contre la décision de l'intimé du 7 avril 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'un droit à une rente entière, respectivement à une rente correspondant à un taux d'invalidité de 64 %, lui soit reconnu dès le 1^{er} juillet 2014, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour un nouveau calcul de la rente et plus subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, respectivement au renvoi de la cause à cette autorité pour instruction complémentaire. En substance, elle a souligné, dans un premier grief, que les experts du centre d'expertises Q._____ n'étaient pas suffisamment les raisons pour lesquelles ils considéraient que les diagnostics retenus de fibromyalgie, qu'ils avaient qualifiée de majeure, et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0) n'entraînaient aucune répercussion sur sa capacité de travail. Ils auraient à ce titre dû expliquer pour quels motifs ils excluaient la possibilité qu'elle ressente effectivement les douleurs et pourquoi ces dernières ne seraient pas invalidantes. Il en découlait ainsi que l'approche des experts était biaisée et que leur analyse n'avait pas été opérée en conformité des critères d'appréciation applicables aux troubles somatoformes douloureux et aux atteintes analogues. La recourante s'est à cet égard référée au volet orthopédique du rapport d'expertise du 3 septembre 2018 du centre d'expertises M._____, qui signalait notamment une limitation fonctionnelle globale de son niveau d'activité dans tous les domaines de la vie et que ces pertes de fonctionnalités qu'elle avait décrites étaient cohérentes et plausibles au vu des constatations cliniques, les résultats de l'examen confirmant cette limitation, avec une atrophie des muscles paravertébraux mise en évidence par IRM. Elle a par ailleurs ajouté que les nombreux traitements prescrits pour tenter d'atténuer les douleurs (Tramal et Dafalgan) n'avaient pas amélioré sa situation. De plus, elle n'exagérait pas ses douleurs dans le dessein de se rendre intéressante. Elle les ressentait au contraire de manière effective, à tel point qu'elle limitait ses mouvements

et que ses muscles s'étaient atrophiés. Les avis de ces médecins traitants sur ces points ne pouvaient être relégués au second plan, sans explication étayée. Dans un deuxième grief, la recourante a argué que l'intimé aurait dû lui reconnaître une incapacité de travail d'au moins 40 % en lien avec ses limitations sur le plan somatique avant son opération de mars 2017. L'expert orthopédique du centre d'expertises M._____, le Dr P._____, avait en effet estimé que sa capacité de travail était de 60 % trois mois après celle-ci. Partant, soit cette intervention lui avait été bénéfique, auquel cas sa capacité de travail était moindre avant mars 2017, soit elle n'avait pas eu d'effet, de sorte que sa capacité de travail était la même en deçà de cette date. Dans un troisième et dernier moyen, la recourante a enfin estimé que l'intimé aurait dû admettre un abattement de 15 % en lieu et place de 5 %, relevant qu'en 2010, c'est ce taux qui avait été jugé comme adéquat pour le traitement de sa première demande de prestations. Elle a ainsi exposé que compte tenu d'une part active à 100 %, d'un abattement de 15 %, d'une incapacité de travail minimale de 40 % dans une activité adaptée retenue par l'expert orthopédique, son degré d'invalidité s'élevait à 64 %.

Par réponse du 9 août 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision querellée. Il a à cet effet expliqué qu'il avait finalement retenu - au travers de son courrier du 7 avril 2022, qui faisait partie intégrante de sa décision - une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, comme cela ressortait des conclusions de l'expertise du centre d'expertises Q._____, rappelant que l'avis du Dr P._____ avait été écarté, tout comme l'ensemble de l'expertise du centre d'expertises M._____ d'ailleurs. Il s'ensuivait que le degré d'invalidité était de 5 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Un abattement de 15 % n'aurait au demeurant pas d'influence sur ce droit.

Le 12 septembre 2022, la recourante, sous la plume de sa conseil, a déposé une réplique, par laquelle elle a fait valoir que l'expertise du centre d'expertises Q._____ ne comportait pas de volet orthopédique, ce qui signifiait que l'appréciation du Dr P._____ du centre

d'expertises M._____ n'avait pas été remise en doute. Or, ce médecin avait relevé que sa capacité de travail ne pouvait « raisonnablement pas être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ou des thérapies vu les multiples thérapies réalisées jusqu'ici ». Elle a en outre soutenu que, d'une part, l'art. 27bis RAI aurait dû être appliqué pour toutes les périodes considérées dans la décision litigieuse et, d'autre part, une appréciation complète de la capacité fonctionnelle aurait dû être effectuée – laquelle n'avait pas eu lieu dans le cas d'espèce –, dans la mesure où la méthode de l'abattement avait été supprimée par le nouveau système de rentes linéaires applicable depuis le 1^{er} janvier 2022. Enfin, elle a requis une nouvelle fois la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Par duplique du 6 octobre 2022, l'intimé a répondu que toutes les atteintes à la santé de la recourante, qu'elles soient somatiques ou psychiques, avaient été prises en compte par les experts du centre d'expertises Q._____, celles mentionnées par le Dr P._____ ayant également été retenues par l'expert rhumatologue et analysées. Le nouvel art. 27bis RAI ne trouvait de surcroît pas application, dès lors que l'assurée était finalement considérée comme pleinement active.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD

[loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 19 juin 2014. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'intimé était en droit de nier une péjoration de l'état de santé de l'assurée depuis la décision de refus de rente du 21 février 2011.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, la recourante a déposé sa nouvelle demande de prestations le 19 juin 2014, si bien que le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité pourrait prendre naissance au plus tôt le 1^{er} décembre 2014 (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). L'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors au cas d'espèce et les arguments quant au nouveau système de rentes linéaire et au défaut d'appréciation complète de la capacité fonctionnelle que la recourante a formulés dans sa réplique du 12 septembre 2022 sont sans objet.

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) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui 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]).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels

(méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

d) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 et 3 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du

point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

e) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281

consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les symptômes décrits et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont

directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

5. 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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre 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 bienfondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF

9C_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) 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 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).

e) Selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (*second opinion*) sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas ; l'assuré ne dispose d'ailleurs pas non plus d'une telle possibilité. Si l'assureur n'est donc pas autorisé à remettre en question le bien-fondé d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, il est néanmoins tenu d'examiner si et dans quelle mesure il convient de compléter l'instruction, afin que l'état de fait déterminant pour la solution du litige soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1 et les références citées).

6. En l'espèce, il appartient en premier lieu de prendre acte du fait que dans son courrier du 7 avril 2022 faisant partie intégrante de la décision attaquée, l'intimé a, compte tenu des explications avancées par la recourante dans ses observations du 8 août 2019, de la situation financière de son ménage et de ses déclarations, estimé que son statut était en réalité celui d'active à 100 %, et non pas d'active à 80 % et de ménagère à 20 %. Aussi, la recourante ne conteste pas cette appréciation,

qu'elle a du reste soutenue dans lesdites observations. En tant qu'il convient de la considérer comme active à 100 %, les griefs qu'elle a soulevés en réplique en lien avec l'application de l'art. 27^{bis} RAI sont donc sans portée, puisque cette disposition concerne les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel.

7. a) Dans le cadre de son arrêt de renvoi du 19 septembre 2017, la Cour de céans a constaté que, sur la base des pièces médicales au dossier, l'état de santé de la recourante à la date de la décision émise le 20 juin 2016 apparaissait a priori superposable à celui ayant fondé la décision initiale de refus de prestations du 21 février 2011. Cependant, étant donné les pièces produites par l'assurée dans la procédure, plusieurs questions diagnostiques se posaient, en particulier celle de savoir si elle était atteinte d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie. C'est dans ce contexte qu'une première expertise a été confiée au centre d'expertises M._____. Toutefois, l'OAI a estimé que les experts de ce centre n'avaient pas été en mesure de le renseigner, faute notamment de description de l'évolution de l'état de santé de la recourante et de l'évolution de la capacité de travail depuis l'expertise de 2015. Par ailleurs, une nouvelle intervention neurochirurgicale avait été effectuée depuis l'expertise du centre d'expertises M._____, si bien que l'intimé a estimé qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise, laquelle a été attribuée au centre d'expertises Q._____, et sur la base de laquelle il a finalement retenu que la recourante présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % depuis toujours dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Du point de vue somatique, la recourante soutient qu'une incapacité de travail de 40 % aurait dû lui être attestée en se fondant sur le volet orthopédique de l'expertise du centre d'expertises M._____.

Ce moyen est bien fondé. En effet, l'intimé, lorsqu'il a mis en œuvre une nouvelle expertise auprès du centre d'expertises Q._____, a en réalité sollicité une « *second opinion* » - prohibée - sur des faits déjà établis par l'expertise du centre d'expertises M._____ de 2018 (cf. *supra*

consid. 5e). A cela s'ajoute qu'il était tenu, conformément à l'arrêt de renvoi du 19 septembre 2017 de la Cour de céans, d'intégrer un volet orthopédique à l'expertise à mettre en œuvre, volet que l'expertise du centre d'expertises Q._____ ne comporte toutefois pas. La seule existence d'une nouvelle opération en juin 2018 ne justifiait pour le reste pas la réalisation d'une nouvelle expertise, pas plus que le seul écoulement du temps. Notons encore que les spécialistes du centre d'expertises M._____ avaient jugé que les deux interventions neurochirurgicales ayant eu lieu depuis les résultats de l'expertise de 2018 n'avaient pas modifié la situation de manière significative.

Dès lors, il convient de se référer à l'expertise du centre d'expertises M._____ pour évaluer la capacité de travail de la recourante. Aussi, celle-là doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, en particulier en ce qui concerne ses volets rhumatologique et orthopédique. Les Drs P._____ et S._____ ont en effet mené un examen clinique complet sur la personne de l'assurée, comportant des examens de son rachis, de son bassin et de ses membres supérieurs et inférieurs. Ils ont pris en compte ses plaintes, qui ont surtout consisté en l'expression de douleurs lombaires et cervicales. L'expertise a en outre été établie en pleine connaissance du dossier, ces deux spécialistes s'étant notamment rapportés aux divers résultats d'imagerie ainsi qu'aux rapports des différents médecins qui ont ausculté l'assurée au cours des ans. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont de surcroît claires et les conclusions relatives aux diagnostics et à la capacité de travail bien motivées. A cet égard, la directrice du centre d'expertises M._____, sur demande subséquente de l'intimé, a expliqué les raisons qui ont conduit les experts à attester une capacité de travail de 60 % trois mois après l'opération de mars 2017. L'expert psychiatre s'est au demeurant prononcé sur la question de la présence d'un trouble somatoforme douloureux, tel que cela avait été demandé par la Cour de céans dans son arrêt du 19 septembre 2017. Au final, les conclusions de cette expertise pluridisciplinaire ont été jugées justes et convaincantes pour le Dr R._____ du SMR. Dans ces conditions, les constatations de l'expert rhumatologue du centre d'expertises

Q._____, qui a procédé à nouvelle appréciation d'une situation étant demeurée inchangée, ne peuvent pas être reprises.

c) Les mêmes constats prévalent au plan psychiatrique. A cet égard, l'expertise du centre d'expertises M._____ est également probante et peut être suivie, contrairement à celle du centre d'expertises Q._____, qui constitue une « *second opinion* ». Au demeurant, depuis qu'a été rendu l'expertise du centre d'expertises M._____, en septembre 2018, seul un rapport au plan psychiatrique a été versé au dossier, à savoir le rapport du 24 août 2019 de la Dre T._____. La psychiatre traitant n'y fait toutefois état d'aucun élément nouveau, et répète que sa patiente présente une capacité de travail nulle depuis le 25 mars 2013, date du début des consultations.

Or dans le cadre des différentes expertises, la recourante a fait l'objet de nombreux examens psychiatriques. Ainsi, que cela soit sur la base de l'ancienne jurisprudence en matière de troubles somatoformes, que sur la base de celle prévalant désormais, tous les experts spécialistes de ce domaine de la médecine se sont entendus sur le fait qu'elle ne présente aucune atteinte invalidante à ce niveau.

De plus, si les nouvelles pièces produites lors de la procédure de recours à l'encontre de la décision rendue le 20 juin 2016 par l'intimé ont justifié que la cause lui soit renvoyée pour complément d'instruction, c'est également en raison du fait que la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et aux atteintes analogues commandait à compter de juin 2015 d'évaluer la capacité de travail des assurés sur la base du catalogue d'indicateurs développé à l'ATF 141 V 281. Ce n'est ainsi pas une carence du volet psychiatrique de l'expertise du centre d'expertises M._____ qui a conduit à la réalisation de la nouvelle expertise confiée au centre d'expertises Q._____. L'expertise du centre d'expertises M._____ intègre au demeurant valablement l'examen des indicateurs. Sur le plan diagnostique, le Dr Z._____ a bien expliqué qu'il retenait les mêmes diagnostics - de dysthymie et de majoration des symptômes - que ceux retenus dans le cadre des

expertises réalisées en 2010 et 2015. Il ne retenait toutefois pas le diagnostic de trouble somatoforme posé par la psychiatre de l'expertisée, car elle ne présentait pas de détresse psychique majeure, ni de conflits émotionnels conséquents, alors que ces critères étaient retenus par la CIM-10 pour parler d'un trouble somatoforme. Sous l'angle de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, le Dr Z._____ a noté des divergences importantes entre les dires de l'expertisée qui, tout en disant être très malade et triste, avait souri à plusieurs reprises durant l'entretien et blagué avec l'interprète. Pour le Dr Z._____, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique qui empêcheraient la recourante de travailler. Malgré le fait qu'elle avait été peu scolarisée, elle présentait une intelligence et des ressources psychologiques dont elle avait fait preuve tout au long de son existence.

Aucun élément ne permet d'écarter ces constats.

d) En conséquence, il convient de reconnaître à la recourante - sur la base de l'expertise du centre d'expertises M._____ et en désaccord avec la position de l'intimé - une capacité de gain de 60 % depuis le 1^{er} juillet 2017 dans son activité habituelle et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique.

8. Au vu de ce qui précède, il sied de calculer le degré d'invalidité de la recourante, dans le dessein de savoir si elle peut prétendre à une rente.

b) aa) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son

activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction

pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

c) En l'espèce, il convient de se référer, tant pour fixer le revenu sans invalidité que celui avec invalidité, aux données statistiques de l'ESS, plus précisément aux salaires auxquels pouvaient prétendre les femmes dans des activités manuelles simples en 2016, indexés à 2017. Ainsi, considérant une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures en 2017 dans ce secteur d'activités (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01), le revenu sans invalidité s'élève à 54'799 fr. 45. Le revenu avec invalidité se monte, quant à lui, à 31'235 fr. 69, compte tenu d'un abattement de 5 % et d'une capacité de travail réduite de 60 %.

La comparaison du revenu d'invalidité de 31'235 fr. 69 au revenu sans invalidité de 54'799 fr. 45 aboutit à un degré d'invalidité de 43 %, lequel ouvre le droit à un quart de rente à la recourante dès le 1^{er} juillet 2017.

d) La recourante conteste encore, dans un dernier grief, l'abattement de 5 % retenu sur son revenu avec invalidité, estimant qu'il devrait se monter à 15 %. Or, dans le cas présent, un abattement supérieur à 5 % ne se justifie pas, compte tenu du fait que ses quelques limitations fonctionnelles retenues ont déjà été prises en considération pour fixer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Une réduction au titre du handicap dépend par ailleurs de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en principe en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C_716/2021 du 12 octobre 2022 consid. 6 ; TF 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1), ce qui n'est ici pas le cas.

10. Le dossier est pour le reste complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n’y a donc pas lieu de compléter l’instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d’une expertise judiciaire pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d’instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

11. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 7 avril 2022 par l’intimé réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d’invalidité dès le 1^{er} juillet 2017.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l’octroi ou le refus de prestations de l’assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l’issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d’arrêter cette indemnité à 2000 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 la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 7 avril 2022 par l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que

H._____ a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2017.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H._____ une indemnité de 2000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Sara Giardina (pour H._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :