

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 août 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mme Durussel, juge, et M. Gutman, assesseur
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1, 16 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

En fait :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans titre de formation professionnelle, a travaillé en qualité de collaboratrice de vente pour le compte de [...] SA.

Le 27 janvier 2011, elle a été victime d'un accident, qui a entraîné une fracture du scaphoïde tarsien du pied gauche. Le cas a été pris en charge par [...] SA, alors son assureur-accident, jusqu'au 31 mars 2012 pour les frais de guérison, respectivement au 30 juin 2012 pour le versement des indemnités journalières.

Le 28 octobre 2011, 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'Office AI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction, l'Office AI a recueilli plusieurs documents médicaux, dont :

- un rapport du 6 février 2012 du Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui faisait état des diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fracture du scaphoïde tarsien gauche, de retard de consolidation et de maladie de Südeck (algoneurodystrophie, algodystrophie, syndrome douloureux régional complexe [SDRC]) ;
- un rapport d'expertise bi-disciplinaire orthopédique et psychiatrique du 13 avril 2012 du Centre d'expertises B. _____, commandité par l'assureur-accident, dont il ressortait qu'en l'absence de signe trophique ou de manifestation radiologique, l'algodystrophie devait être considérée en décours, que la fracture du scaphoïde tarsien était consolidée et qu'à l'examen clinique, il existait uniquement une discrète limitation de l'extension de la cheville gauche et des lombalgies qualifiées de simples. Aucune pathologie psychiatrique ne pouvait au demeurant être retenue.

Par projet de décision du 4 octobre 2012, l'Office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui verser une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} avril et le 30 juin 2012.

Le 23 octobre 2012, l'assurée, sous la plume de Me [...], a fait part de ses observations envers ce projet de décision. Elle a par la suite produit divers rapports de ses médecins traitants, dont un établi le 4 décembre 2012 par le Dr F._____, spécialiste en rhumatologie, qui a confirmé la présence d'une pathologie inflammatoire rhumatismale axiale, dans la mesure où les résultats d'imagerie étaient compatibles avec des séquelles d'un rhumatisme inflammatoire axial de type spondylarthropathie.

Dans un avis du 13 mars 2013, le Dr N._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a exclu le diagnostic de spondylarthropathie, au motif que les critères d'Amor n'étaient pas remplis. Il a par ailleurs estimé que les observations ressortant des autres rapports médicaux produits par l'assurée ne remettaient pas en cause l'appréciation à la base du projet de décision du 4 octobre 2012.

Par décision du 11 avril 2013, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 4 octobre 2012 et octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1^{er} avril au 30 juin 2012.

B. Le 6 juin 2013, l'assurée, toujours représentée par Me [...], a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'une rente lui soit allouée au-delà du 30 juin 2012, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a notamment produit un rapport du 19 février 2013 du Dr F._____, qui posait les diagnostics de spondylarthropathie axiale probable, de syndrome radiculaire irritatif L3 droit dans le cadre de troubles dégénératifs du rachis et hernie discale

paramédiane droite L2-L3, de status après fracture naviculaire gauche en janvier 2011 avec Südeck secondaire et de migraine sans aura.

Par la suite, l'assurée a versé au dossier un nouveau rapport établi le 23 septembre 2013 par le Dr F._____, par lequel ce dernier s'exprimait sur l'utilisation des critères de classification en matière de spondylarthropathie axiale et périphérique pour ensuite retenir, notamment sur la base d'une IRM (imagerie à résonance magnétique), que sa patiente présentait une spondylarthropathie axiale et périphérique probable et hautement vraisemblable, avec des limitations importantes dues à des atteintes polyarticulaires, entraînant une incapacité de travail totale. Elle a également produit un rapport du 4 décembre 2013 du Dr T._____, qui exposait que, sauf erreur de sa part, le Dr F._____ avait orienté son diagnostic vers celui d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative.

Par rapport du 25 septembre 2014, la Dre P._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a signalé que l'assurée souffrait d'une dysphonie marquée apparue en janvier 2014 au décours d'une rhino-pharyngite. La gêne fonctionnelle s'améliorait toutefois lentement grâce à la thérapie logopédique mise en place. L'assurée avait par ailleurs bénéficié d'un traitement antimycotique pour une mycose fruste.

Le 6 novembre 2014, la Juge instructrice, estimant nécessaire la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, a mandaté le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, pour la réaliser. Il est dans l'essentiel ressorti de son rapport du 11 décembre 2014 que les diagnostics de spondylarthropathie et de polyarthrite rhumatoïde devaient être écartés. Le Dr C._____ retenait finalement les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail de fibromyalgie, d'état anxieux et probablement dépressif, de fatigue chronique et de lombocruralgie droite, de même que le diagnostic, sans conséquence sur la capacité de travail, d'ancienne fracture du scaphoïde tarsien gauche, sans séquelle fonctionnelle. La capacité de travail était de 80 % tant dans l'activité de vendeuse que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à

savoir une activité à l'intérieur, autorisant l'alternance des positions debout et assise, sans port de charge dépassant 5 kg et sans travail répétitif.

Par courrier du 17 décembre 2014, l'assurée a exposé à l'Office AI que sa psychiatre traitante, la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, possédait de nouveaux éléments importants à lui communiquer. Le 12 janvier 2015, cette autorité lui a répondu qu'elle interprétait cette missive comme une nouvelle demande de prestations.

Le 16 janvier 2015, l'assurée a produit un rapport du 31 décembre 2014 du Dr F._____, par lequel ce dernier déclarait que l'expertise du Dr C._____ était biaisée par un *a priori* négatif, dès lors que cet expert avait écarté un rhumatisme inflammatoire du fait qu'elle souffrait d'une fibromyalgie, partant ainsi du principe que ces deux diagnostics étaient mutuellement exclusifs, raisonnement qui était contraire à la littérature scientifique en la matière. Tous les éléments anamnestiques, cliniques ou paracliniques qui ne parlaient pas en faveur de son hypothèse avaient de surcroît été systématiquement omis ou interprétés dans un sens unique. Par conséquent, les diagnostics retenus dans cette expertise ne pouvaient être validés médicalement et scientifiquement, si bien que les conclusions qui en étaient tirées sur la capacité de travail, les répercussions fonctionnelles ou une future stabilisation étaient nulles. Se fondant sur ce rapport, l'assurée a requis la mise en œuvre d'une seconde expertise. Elle a également transmis un rapport établi le 6 janvier 2015 par la Dre G._____, qui indiquait avoir été consultée à deux reprises en novembre 2012 pour un état anxio-dépressif, dont le suivi psychiatrique et médicamenteux avait été interrompu un mois plus tard. A la faveur de la seconde consultation, elle avait observé une dépression majeure et un trouble anxieux, avec la relation de quelques épisodes d'attaque de panique. Elle retenait en conséquence les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et de trouble panique, actuellement totalement incapacitants.

Dans un avis du 3 mars 2015, le SMR, par la voix du Dr N._____, a estimé que le Dr F._____ n'avait apporté aucun nouvel élément qui permettait de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr C._____. La mise en œuvre d'une seconde expertise rhumatologique n'était donc pas nécessaire.

Les 3 juillet et 12 novembre 2015, l'assurée a remis deux rapports rédigés les 25 juin et 25 septembre 2015 par le Dr F._____, qui remettaient en cause les conclusions de l'expertise du Dr C._____ et envisageaient la possibilité qu'elle ait présenté des signes compatibles avec une pathologie de type hyperlaxité ligamentaire, nonobstant l'absence des critères de Beighton *stricto sensu*.

Le 10 juin 2016, la Juge instructrice a informé les parties qu'elle comptait mettre en œuvre une sur-expertise rhumatologique. Cette dernière a été confiée au Dr E._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 30 novembre 2017, cet expert a posé, en relation avec l'état de santé de l'assurée jusqu'en avril 2013, les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, d'état anxieux avec probable dépression, de fatigue chronique, de lombocruralgie droite et, sans influence sur la capacité de travail, de status post-fracture de l'os scaphoïde tarsien gauche en 2011 consolidé, et à la date des examens experts, soit entre octobre et novembre 2016, ceux, incapacitants, d'état anxieux avec probable touche dépressive, de cervico-brachialgie gauche avec discrète diminution de la force de préhension du membre supérieur gauche d'origine irritative cervicale probable et de pieds creux des deux côtés. Il a rétrospectivement exclu le diagnostic de fibromyalgie. Il a aussi écarté une atteinte rhumatologique de même que le diagnostic d'algoneurodystrophie et un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée. Selon l'expert, la capacité de travail était de 75 % dans l'activité habituelle. Il en était de même depuis la date de l'expertise dans une activité adaptée, soit une activité n'exigeant pas de porter de charges de plus de 15 kg, de soulever des poids au-dessus du thorax et de la limite de la ceinture scapulaire,

d'effectuer de manière répétitive de longs trajets sur sol plat ou en terrain irrégulier ainsi que de monter et de descendre fréquemment des escaliers.

Le 9 avril 2018, l'assurée a produit un rapport du 20 janvier 2018 de la Dre G._____, qui a mis en évidence le diagnostic - déjà évoqué - de trouble dépressif récurrent majeur et celui d'état de stress post-traumatique en rémission partielle avec des symptômes dépressifs persistants. Cette psychiatre a estimé nulle la capacité de travail dès novembre 2014 et jusqu'à début 2016 au moins. L'état de santé de sa patiente s'était ensuite amélioré, sans qu'il lui soit possible d'apprécier sa capacité de travail. L'assurée a également versé au dossier un rapport du 26 février 2018 du Dr F._____, par lequel ce dernier a remis en doute l'expertise du Dr E._____, reprochant à son confrère d'avoir négligé tous les éléments anamnestiques, cliniques et radiologiques qui étayaient le diagnostic de rhumatisme inflammatoire chronique.

Donnant suite à une réquisition de la Juge instructrice, l'assurée a produit, le 11 janvier 2019, un rapport d'IRM du rachis complet et des sacro-iliaques du 26 juin 2013 et un rapport d'IRM des mains en prieur du 28 juin 2013. Le premier concluait à des discopathies dégénératives avec répercussion postérieure avec inflammation zygapophysaire postérieure au niveau du segment disco vertébral L4-L5, à des lésions séquellaires du versant iliaque des pieds des articulations sacro-iliaques des deux côtés et à l'absence de lésion inflammatoire spécifique rachidienne parlant en faveur d'une spondylarthrite inflammatoire. Le second constatait l'absence de ténosynovite et mentionnait une petite synovite bilatérale radio-ulnaire distale, médio-carpienne et radio-carpienne, associée à une petite synovite métacarpo-phalangienne (MCP) 3 droite, une érosion osseuse inflammatoire de la corne dorsale du lunatum gauche, précisant que l'ensemble de ces éléments étaient compatibles avec une maladie inflammatoire de type spondylarthropathie avec atteinte périphérique.

Le 8 avril 2019, l'assurée a produit un rapport du 27 mars 2019 du Dr F._____, qui soutenait que les IRM précitées apportaient la

preuve que sa patiente souffrait d'un rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie.

Les 19 et 26 février 2020, l'assurée a subi un bilan neuropsychologique auprès de l'Institution O._____. Selon le rapport du 5 mars 2020 établi à la suite de celui-ci, cet examen avait révélé un trouble neuropsychologique léger à moyen, marqué au premier plan par une symptomatologie attentionnelle modérée à sévère et très probablement accentuée par des signes significatifs de la lignée anxiodépressive et éventuellement la médication.

Par arrêt du 23 septembre 2020 (référence AI 157/13 - 362/2020), la Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée. Elle a d'une part nié la présence d'une atteinte psychique antérieure au 11 avril 2013, date de la décision de l'Office AI. Elle a d'autre part considéré que, sur le plan physique, la fracture du scaphoïde tarsien gauche causée par l'accident du 27 janvier 2011, suivie d'une possible maladie de Südeck, n'était plus incapacitante dès le 15 mars 2012. Elle a au demeurant écarté les diagnostics de spondylarthropathie, de polyarthrite rhumatoïde, de fibromyalgie et de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée. Elle a en revanche admis l'existence d'une atteinte au rachis lombaire, qui était à l'origine d'une incapacité de travail de 25 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée dès 2012. La comparaison des revenus à partir de cette date conduisait toutefois à un degré d'invalidité inférieur à 40 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

C. Le 15 décembre 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office AI. Elle a fait état d'une aggravation de son état de santé sous la forme d'une épilepsie avec troubles de la concentration. A l'appui de cette demande, elle a produit un rapport du 18 décembre 2019 de la Dre X._____, spécialiste en neurologie.

Dans un avis médical du 14 janvier 2021, le Dr D._____, médecin au SMR, a estimé qu'une modification plausible de l'état de santé

de l'assurée pouvait être retenue par rapport à la précédente décision. Il a à cet égard rappelé que la seconde demande datait du 17 décembre 2014 déjà.

Par rapport du 28 janvier 2021 à l'Office AI, la Dre X._____ a mis en avant les diagnostics d'épilepsie de type idiopathique à début tardif depuis 2019, de spondylarthrite ankylosante et d'asthme. Elle a évalué la capacité de travail dans une activité adaptée entre 20 % et 40 % en raison de l'épilepsie et de la fatigue qui en découlait.

Par rapport du 22 mars 2021, la Dre G._____ a informé l'Office AI qu'elle suivait à nouveau l'assurée depuis le 18 novembre 2020 à la fréquence d'une consultation par mois. Sa patiente présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis novembre 2020 (CIM-10 F33.1), avec un premier épisode sévère diagnostiqué en novembre 2014 qui avait persisté jusqu'en début 2016 et un épisode dépressif en janvier 2019. L'état de stress post-traumatique était en revanche en rémission. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis novembre 2014. Dans une activité adaptée, elle se montait à 40 % dès 2016 en raison des limitations fonctionnelles en lien avec le trouble de l'attention et de la concentration, la difficulté à maintenir un rythme veille-sommeil et la fatigabilité.

Sur requête de l'Office AI, la Dre G._____ a complété, le 1^{er} mai 2021, son précédent rapport, expliquant que les symptômes psychiatriques objectifs observés chez l'assurée, à savoir les troubles de l'attention et de la concentration, la perturbation chronique du sommeil avec des cauchemars, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie, un isolement social, la fatigabilité et l'anxiété face à l'avenir, avaient perduré au-delà de 2016, si bien que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle encore depuis cette date.

Par rapport du 23 août 2021 à l'Office AI, le Dr K._____, spécialiste en pneumologie, a spécifié que l'assurée présentait de l'asthme dans un contexte de rhinite pollinique saisonnière. Cette

pathologie n'impactait cependant pas durablement sa capacité de travail, mais était à l'origine de limitations fonctionnelles contre-indiquant l'exposition aux phanères de chien et au froid.

Dans un avis médical du 14 septembre 2021, le SMR, par la voix du Dr D._____, a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès novembre 2014 ainsi qu'à une capacité de travail nulle dans une activité adaptée entre novembre 2014 et janvier 2016, puis de 40 % à compter de cette dernière date. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

Rhumatologiques : alternance des positions assises et debout, pas de position statique prolongée, pas de port de charges supérieurs à 5kg, travaux plutôt en intérieur, pas d'activité physique lourde, pas de soulèvement de charge au-dessus du thorax et de la limite de la ceinture scapulaire, pas de trajet à pieds longs répétitifs, ni sur terrain instable, éviter montée et descente d'escaliers répétitives, pas d'échelles ou échafaudages // **Neurologiques** : fatigabilité, pas de conduites automobile professionnelle, pas d'utilisation de machines dangereuses, pas d'emploi isolé, pas d'emploi en milieu aquatique ou en hauteur, pas d'exposition au flash lumineux // **Pneumologiques** : pas d'exposition aux phanères de chien, pas d'exposition au froid // **Psychiatriques** : troubles de l'attention, trouble de la concentration, perturbation chronique du sommeil avec des cauchemars, fatigue et fatigabilité, tendance à l'isolement social, anxiété face à l'avenir.

Le 9 novembre 2021, l'assurée a indiqué à l'Office AI que son état de santé s'était aggravé en octobre 2021 en lien avec sa spondylarthrite.

Par décisions du 23 février 2022 confirmant un projet de décision du 10 novembre 2021, l'Office AI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière pour la période du 1^{er} novembre 2015 au 31 mars 2016, puis le droit à trois quarts de rente à compter du 1^{er} avril 2016.

D. a) Par acte du 25 mars 2022, M._____, dorénavant représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre ces décisions, concluant principalement à leur réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit octroyée au-delà du 31 mars 2016 et, subsidiairement, à leur annulation

et au renvoi de la cause pour complément d’instruction. Elle reprochait en substance à l’Office AI de ne pas être parvenu à établir l’existence d’une amélioration de son état de santé en 2016 et d’avoir ignoré les aggravations de ce dernier intervenues en 2020 et en 2021.

b) Par réponse du 9 juin 2022, l’Office AI a conclu au rejet du recours. Il y a annexé un avis médical du 7 juin 2022 du SMR.

c) Par réplique du 30 novembre 2022, M. _____ a maintenu ses conclusions, considérant que les divers rapports du SMR n’emportaient pas valeur probante. Elle a pour le surplus produit un rapport du 31 octobre 2022 du Dr F. _____ et requis la réalisation d’une expertise judiciaire pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et neurologique.

d) Par duplique du 13 décembre 2022, l’Office AI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Il y a joint un avis médical du 8 décembre 2022 du SMR.

e) Par écriture du 7 mars 2023, M. _____ a maintenu ses conclusions et a versé au dossier un rapport du 16 février 2023 du Dr F. _____.

f) Le 21 mars 2023, l’Office AI a transmis à la Cour de céans un avis médical du 14 mars 2023 du SMR.

g) Par écriture du 17 avril 2023, M. _____ a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA 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 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 une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si elle peut prétendre à une rente entière au-delà du 31 mars 2016.

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.

Dans le cas présent, l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité pour la période au-delà du 31 mars 2016, lui accordant un trois quarts de rente. La date de la naissance du droit à la rente étant antérieure au 1^{er} janvier 2022, il convient dès lors d'appliquer l'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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.

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). 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 à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à

la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

c) 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).

d) 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).

4. a) En l'espèce, la recourante a souffert, à la suite de son accident du 27 janvier 2011, d'une fracture du scaphoïde tarsien gauche, suivie d'une possible maladie de Südeck (algoneurodystrophie). Si cette atteinte a dans un premier temps entraîné une incapacité de travail totale, elle était réputée consolidée à la date de l'examen clinique auprès du Centre d'expertises B._____, à savoir le 15 mars 2012. La recourante a par ailleurs présenté une cervicobrachialgie, comme l'a attesté le Dr E._____. De l'avis de cet expert, la capacité de travail était réduite à 75 % dès 2012 dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire. Les Drs C._____ et E._____ ont en revanche exclu les diagnostics de spondylarthropathie et de polyarthrite rhumatoïde. Le diagnostic de fibromyalgie a lui aussi été éliminé par ce second expert, dès lors qu'aucun psychiatre appelé à se prononcer dans cette cause ne l'avait évoqué. Il en a été de même du diagnostic d'hypermobilité articulaire sur la base des critères de Brighton et du score de Beighton. Enfin, sur le plan psychiatrique, la Cour de céans, dans son arrêt du 23 septembre 2020, a jugé que la recourante ne

présentait pas d'atteinte incapacitante antérieure au 11 avril 2013, date de la première décision de l'Office AI, se distançant au passage du diagnostic d'état de stress post-traumatique posé par la Dre G._____ dans son rapport du 20 janvier 2018.

b) Le 17 décembre 2014, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'intimé. Elle s'est à ce titre fondée spécifiquement sur le rapport du 6 janvier 2015 de la Dre G._____, qui, après une consultation s'étant tenue en novembre 2014, avait mis en évidence les diagnostics - incapacitants - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et de trouble panique, et sur le rapport du 25 septembre 2014 de la Dre P._____ faisant état de dysphonie marquée depuis janvier 2014 en amélioration. Elle s'est par la suite appuyée sur le rapport du 20 janvier 2018 de la Dre G._____, qui a certifié une capacité de travail nulle entre novembre 2014 et au moins le début de l'année 2016 en raison d'un trouble dépressif récurrent majeur et d'un d'état de stress post-traumatique, une certaine amélioration ayant ensuite été constatée sans qu'elle puisse être traduite en termes de capacité de travail, et sur le rapport du 18 décembre 2019 de la Dre X._____, qui a diagnostiqué une épilepsie idiopathique généralisée. La recourante a encore produit les deux rapports des 31 octobre 2022 et 16 février 2023 du Dr F._____, au travers duquel ce dernier a signalé qu'elle souffrait d'un rhumatisme inflammatoire séronégatif, avec un diagnostic qui restait ouvert entre une polyarthrite rhumatoïde séronégative et une spondylarthropathie séronégative, ainsi que de troubles dégénératifs du rachis avec, entre autres, un épisode de cervicobrachialgie C7 droite sévère en mars 2022 et un épisode d'atteinte radiculaire irritative L3 droite sur hernie discale paramédiane L2 droite en 2014.

c) Dans le cadre de l'instruction de cette seconde demande, l'intimé a recueilli divers rapports auprès des médecins traitants de la recourante, dont le rapport du 28 janvier 2021 de la Dre X._____, le rapport du 5 mars 2020 de l'Institution O._____, le rapport du 22 mars 2021 de la Dre G._____ et le rapport du 23 août 2021 du Dr K._____.

Sur la base de ces nouvelles pièces ainsi que sur celles transmises par la recourante et celles déjà présentes au dossier, il a reconnu une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique entre novembre 2014 et janvier 2016, puis de 40 % dès cette dernière date, justifiant de la sorte l'octroi d'une rente entière d'invalidité, puis de trois quarts de rente.

d) Il convient en conséquence d'examiner, au regard de ces différents éléments médicaux, si c'est à raison que l'intimé a constaté une aggravation de la situation de l'assurée à partir du mois de novembre 2014.

aa) Du point de vue rhumatologique, la péjoration dont se prévaut la recourante ne peut pas être retenue. En effet, le diagnostic de spondylarthropathie a été exclu par les experts C._____ et E._____, faute de la présence chez l'assurée de l'antigène HLA-B27, facteur génétique prédominant dans le cadre de ce type de pathologie, d'images radiologiques en faveur d'une atteinte des sacro-iliaques ou du rachis lombaire ou cervical, de réaction inflammatoire notable qui aurait dû apparaître sur l'IRM des articulations sacro-iliaques et de la réalisation des critères d'Amor et de l'Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). Le Dr C._____ a en outre écarté le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, dans la mesure notamment où, d'une part, personne n'avait décrit d'épanchement articulaire ni ponctionné une quelconque articulation à la recherche de liquide synovial et, d'autre part, l'examen clinique n'avait montré aucun élément en faveur d'une synovite des articulations des mains, des poignets, des genoux ou des avant-pieds, malgré l'existence de fortes douleurs et d'une baisse considérable de la force de préhension des mains en particulier. S'agissant des troubles dégénératifs du rachis – comme l'a à juste titre indiqué le Dr D._____ du SMR dans son avis du 8 décembre 2022 –, l'atteinte radiculaire irritative L3 droite de 2014 a été observée cette même année par le Dr C._____, qui a relevé une lombocruralgie droite. Appelé à se prononcer sur ce diagnostic à l'occasion de la seconde expertise, le Dr E._____ a toutefois considéré que les signes de cette atteinte n'apparaissaient plus en novembre 2016 sur les résultats d'imagerie. Quant à la cervicobrachialgie,

cet expert la mentionnait en 2016, précisant néanmoins que la capacité résiduelle de travail était de 75 %. Aussi, les deux rapports établis les 31 octobre 2022 et 16 février 2023 par le Dr F._____ ne sont pas susceptibles de mettre en doute les conclusions motivées des deux experts, dont les rapports respectifs des 11 décembre 2014 et 30 novembre 2017 doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le rhumatologue traitant s'est contenté de reprendre les observations et déductions déjà exposées dans ses précédents avis, sans fournir d'éléments objectifs expliquant une aggravation de l'état de santé de sa patiente. Font à cet égard singulièrement défaut de nouvelles imageries laissant entrevoir l'apparition de signes inflammatoire ou une progression des atteintes dégénératives, des examens de laboratoire ou des résultats de recherche de syndrome inflammatoire biologique.

bb) Sur le plan neurologique, la Dre X._____ a spécifié, dans son rapport du 28 janvier 2021, que la recourante souffrait depuis 2019 d'épilepsie de type idiopathique à début tardif. Sa capacité de travail dans une activité adaptée s'élevait entre 20 % et 40 % en raison de cette atteinte et de la fatigue. Ainsi, rien au dossier ne permet de discuter de l'exactitude des conclusions de cette spécialiste. La recourante n'a d'ailleurs formulé aucun grief à leur égard.

cc) Au niveau oto-rhino-laryngologique, la recourante a fait l'objet d'un suivi spécialisé par la Dre P._____ en raison d'une dysphonie apparu en 2014 au décours d'une rhino-pharyngite. Ainsi, il ne ressort ni des rapports élaborés par cette spécialiste ni d'une autre pièce au dossier que cette atteinte ait causé une incapacité de travail. L'assurée n'a au demeurant plus consulté la Dre P._____ depuis 2016.

dd) Sous l'angle pneumologique, le Dr K._____ a diagnostiqué de l'asthme dans un contexte de rhinite pollinique saisonnière. Il a précisé que cette pathologie n'exerçait aucune influence durable sur la capacité de travail de la recourante. Elle était cependant à l'origine de limitations fonctionnelles contre-indiquant l'exposition aux phanères de chien et au froid. Les conclusions de ce spécialiste - qui ont

été prises en compte par l'intimé pour fixer les limitations fonctionnelles - n'ayant pas été remises en cause par la recourante ni par d'autres éléments au dossier, il convient de leur accorder une pleine valeur probante.

ee) Enfin, au plan psychiatrique, la Dre G._____ a expliqué, dans ses rapports des 20 janvier 2018 et 22 mars 2021, que la recourante avait présenté un trouble dépressif récurrent avec un épisode sévère entre novembre 2014 et le début de l'année 2016. Cet épisode avait provoqué une incapacité de travail de 100 % durant cette période. A compter de 2016, le trouble dépressif était en rémission, avec une fluctuation de sa gravité entre un degré léger et un degré moyen. La capacité de travail résiduelle est alors montée à 40 % dès cette date dans une activité adaptée, qui tenait compte des limitations fonctionnelles en lien avec le trouble de l'attention et de la concentration, la difficulté à maintenir un rythme veille-sommeil et la fatigabilité. Les psychologues de l'Institution O._____ ont de surcroît signalé, dans leur rapport du 5 mars 2020, un trouble neuropsychologique léger à moyen. Leur examen avait mis en exergue un déficit attentionnel modéré à sévère et une dysfonction exécutive modérée, qui étaient de nature à interférer avec la gestion du quotidien et la reprise d'une activité professionnelle. Cette dernière devait de cette façon intervenir à taux réduit et avec l'aménagement de pauses. Aussi, la recourante n'apporte aucun élément propre à remettre en question les constats et conclusions de la Dre G._____ et des psychologues de l'Institution O._____. Il en est de même concernant les autres pièces au dossier, si bien qu'il n'existe aucun motif de s'en écarter.

e) Sur le vu de ce qui précède, il ne se justifie donc pas de se défaire de l'analyse de l'intimé selon laquelle la recourante a connu, au mois de novembre 2014, une aggravation de son état de santé, qui a conduit à une incapacité totale de travailler du 1^{er} novembre 2014 au 31 décembre 2015, puis à une capacité résiduelle de travail de 40 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à partir du 1^{er} janvier 2016.

f) Il n'y a de surcroît pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante portant sur la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et neurologique, étant donné que celle-ci apparaît superflue compte tenu des circonstances.

g) Pour le reste, ainsi que l'a mentionné l'intimé dans sa fiche du 12 octobre 2021 portant sur le calcul du salaire exigible, rien ne permet de conclure que les limitations fonctionnelles – énumérées dans l'avis du SMR du 14 septembre 2021 et la motivation des décisions du 23 février 2022 – entraveraient la recourante dans la mise en valeur de sa capacité résiduelle de travail dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, en tant qu'ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ou dans le conditionnement ou comme aide-administrative (réception, scannage et autres). Le marché du travail équilibré offre d'ailleurs un nombre suffisant d'emplois dans ce secteur d'activités.

5. a) Dans la mesure où une incapacité de travail de 40 % dans une activité adaptée a été attestée dès le 1^{er} janvier 2016, il appartient encore de vérifier si la recourante est effectivement en droit de prétendre au versement de trois quarts de rente à partir du 1^{er} avril 2016 (soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail [cf. art. 88a al. 1 RAI]), ce en procédant à une comparaison des revenus.

b) S'agissant du revenu sans invalidité, il convient de se référer au dernier revenu réalisé par la recourante auprès de son ancien employeur – tel qu'indiqué par ce dernier dans son rapport du 15 décembre 2011 à l'intimé – indexé à 2016, soit 57'833 fr. 34. Le revenu avec invalidité, quant à lui, doit être calculé à l'aune de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), l'assurée n'ayant pas repris d'activité lucrative (cf. ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1). Ainsi, selon les données pour l'année 2016, le salaire auquel pouvaient prétendre les femmes dans des activités manuelles simples était de

4'363 fr. pour une semaine de travail de 40 heures, à savoir 52'353 fr. par an. Compte tenu d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures cette année-là 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) et d'une capacité résiduelle de travail de 40 %, le revenu d'invalidé annuel se monte à 21'832 fr. 45.

c) Ainsi, la comparaison d'un revenu d'invalidé de 21'832 fr. 45 à un revenu sans invalidité de 57'833 fr. 34 aboutit à un degré d'invalidité - arrondi - de 62 %, lequel ouvre bel et bien le droit à un trois quarts de rente.

6. a) La recourante requiert la prise en charge par l'office intimé des frais d'établissement des rapports établis les 31 octobre 2022 et 16 février 2023 par le Prof. F._____.

b) L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_687/2015 du 10 novembre 2015 consid. 5.2 ; ATF 115 V 62 consid. 5c).

c) En l'occurrence, les rapports du Prof. F._____ n'ont, comme le démontre la motivation du présent arrêt, pas apporté de constatations déterminantes pour infirmer la position de l'office intimé. Dès lors que les rapports du Prof. F._____ n'étaient pas indispensables à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'office intimé.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et les décisions rendues le 23 février 2022 par l'intimé confirmées.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La partie recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 12 mai 2022 du Juge instructeur. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Jean-Michel Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office.

Me Duc a produit une liste des opérations le 30 mai 2023 faisant état de 16 heures et 5 minutes consacrées à la présente procédure. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse en effet ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, Me Duc a indiqué avoir dédié, le 30 novembre 2022, 3 heures à l'examen du dossier de la cause. Or il avait déjà procédé à un tel examen le 25 mars 2022 au moment de rédiger le recours. Certes, le dossier a été mis à jour dans l'intervalle. Il n'a toutefois été complété que d'une centaine de pages, si bien que consacrer une demi-heure à l'analyse des nouvelles pièces aurait été largement suffisant. Par conséquent, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 13 heures 35, auxquelles s'applique le tarif horaire de 180 fr. ainsi qu'un forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours. Le montant de l'indemnité de Me Duc est, partant, arrêté à

2'764 fr. 95, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Les décisions rendues le 23 février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office de M._____, est arrêtée à 2'764 fr. 95 (deux mille sept cent soixante-quatre francs et nonante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour M. _____),
- 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 :