

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 janvier 2023

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard
Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suédoise née en 1965, nurse de formation, arrivée en Suisse en 1992, ayant en particulier œuvré comme aide-soignante puis auxiliaire polyvalente dans les soins à domicile, mariée et mère de deux enfants, a déposé le 18 août 2003 une demande de prestations de l'assurance-invalidité essentiellement motivée par un diabète.

Dans ce contexte, il est ressorti que l'assurée présentait un diabète sucré insulino-dépendant (type 1) et une rétinopathie diabétique depuis 1996, avec status post hémorragie vitréenne bilatérale (rapport du 23 septembre 2003 du Dr S._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie ; rapport du 29 septembre 2003 du Dr O._____, spécialiste en ophtalmologie).

Par rapport du 21 octobre 2004, la Dre J._____, spécialiste en médecine interne et endocrinologie-diabétologie, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a conclu à l'absence d'affection susceptible d'impacter la capacité de travail, celle-ci étant estimée entre 90 et 100 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée.

Par décision du 5 novembre 2004 confirmé sur opposition le 20 juillet 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations de l'assurée faute d'atteinte à la santé invalidante.

Saisi d'un recours de l'intéressée à l'encontre de la décision précitée, le Tribunal cantonal des assurances (depuis le 1^{er} janvier 2009 : la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) a mis en œuvre une expertise judiciaire auprès des Drs K._____, spécialiste en rhumatologie, V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X._____, spécialiste en ophtalmologie. Dans leur rapport du 26 février 2007, les experts ont conclu à une pathologie dégénérative de l'épaule droite et à

une rétinopathie diabétique proliférative, la capacité de travail étant réduite dans l'activité habituelle compte tenu de l'atteinte orthopédique, mais totale dans une activité adaptée pour autant que celle-ci ne soit pas essentiellement visuelle. Sur la base de cette expertise, la juridiction cantonale a, par jugement du 15 avril 2008 (AI 18/05 - 270/08), fixé le taux d'invalidité à 23,14 % et partiellement admis le recours de l'assurée, renvoyant le dossier à l'OAI pour examen du droit à des mesures de reclassement dans une nouvelle profession et confirmant pour le surplus la décision entreprise s'agissant du refus de rente d'invalidité.

Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a mis en œuvre une mesure d'orientation professionnelle dont il est ressorti que l'assurée projetait d'ouvrir un magasin de bonbons suédois et sollicitait à ce titre l'octroi d'une aide en capital. Le dossier a toutefois été clôturé le 28 octobre 2009, faute pour l'intéressée d'avoir transmis l'ensemble des justificatifs requis.

Par décision du 15 janvier 2010 confirmant un projet du 30 octobre précédent, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Constatant la fin du mandat de réadaptation et procédant ainsi à un calcul théorique de la perte de gain sur la base du revenu d'invalidité que l'intéressée aurait pu percevoir à l'issue d'un reclassement, l'office a retenu que le taux d'invalidité s'élevait à 3,02 % et était donc inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente.

B. En date du 1^{er} juin 2012, D._____ a déposé une nouvelle demande de prestations motivée par son diabète, ses problèmes d'épaule, ses troubles oculaires, une chute sur la cheville en 2010, ainsi qu'un stress émotionnel et une surcharge psychologique majeure en lien avec des problèmes rencontrés par son époux.

Par rapport du 16 juillet 2012, les Drs F._____ et H._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant à la Policlinique [...], ont mentionné des douleurs chroniques de la cheville gauche et une arthrose de l'articulation de Chopart, secondairement à une entorse grave

de cette même cheville le 4 juin 2010. Quant à la capacité de travail, elle était considérée comme nulle depuis le 4 juin 2010, étant précisé qu'une reprise de l'ancienne activité ne paraissait pas envisageable compte tenu de l'atteinte à la cheville gauche et que l'exercice d'une activité adaptée semblait difficilement exigible au vu du contexte global. Il était de surcroît relevé que l'intéressée travaillait actuellement comme maraîchère indépendante à raison de deux à trois fois par semaine, en compagnie de son mari lui-même connu pour des troubles bipolaires et nécessitant une surveillance constante.

Par rapport du 12 octobre 2012, le Dr O. _____ a indiqué qu'il n'y avait aucune incapacité de travail liée à la rétinopathie diabétique, actuellement calme.

Par rapport du 10 novembre 2012, le Dr T. _____, médecin praticien, a exposé avoir suivi l'assurée du 1^{er} novembre 2011 au 10 octobre 2012 pour une entorse de la cheville gauche. Il a précisé ne pas avoir prescrit d'arrêt de travail et a décrit des limitations au niveau de la montée/descente d'escaliers avec des poids, un travail sédentaire étant en revanche adéquat.

Dans un rapport du 20 novembre 2012, les Drs F. _____ et H. _____ ont pour l'essentiel confirmé leur appréciation.

Dans un rapport du 26 décembre 2012, le Dr L. _____, médecin adjoint au Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier DD. _____), a en particulier précisé que la situation était stable du point de vue métabolique. Il a ajouté que l'intéressée souffrait de douleurs chroniques au niveau de la cheville, qu'elle devait de surcroît s'occuper de son mari bipolaire et de ses deux enfants et que, dans ces conditions, la reprise d'une activité professionnelle semblait difficile et était susceptible d'entraîner une dégradation de la prise en charge des maladies chroniques.

Par rapport du 5 mars 2013, le Prof. P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé un diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1) depuis environ 2007. Il a expliqué que la patiente - qui présentait d'indiscutables ressources psychiques et intellectuelles - réussissait relativement bien à affronter ses difficultés et à gérer l'accompagnement de son mari et sa charge familiale, mais que toute surcharge risquait de la confronter à ses limites psychiques et physiques et de la précipiter dans une décompensation anxiodépressive. Le Prof. P._____ a également souligné que la capacité de travail sur le plan psychique était hypothéquée par le trouble anxieux mais aussi, principalement, par la surcharge psychique constante que constituaient le soutien et l'accompagnement du mari et l'éducation des enfants. Ces facteurs contribuaient à une diminution de la capacité de travail de 50 %, sans préjuger de l'aspect somatique. Le Prof. P._____ a ajouté que les limitations devaient d'abord être mises en relation avec les difficultés somatiques de l'assurée mais qu'elles étaient indiscutablement majorées lors d'exacerbations anxieuses ou lors de troubles de l'adaptation consécutifs à l'évolution de la situation familiale.

D'un entretien du 30 août 2013 entre l'assurée et une collaboratrice de l'OAI, il est notamment ressorti que l'intéressée avait vendu des bonbons suédois sur les marchés à partir de 2009, puis qu'elle avait interrompu cette activité en mars 2011 pour faire de la brocante sur les marchés deux fois par semaine.

Par retour de courrier non daté indexé par l'OAI le 15 mai 2014, le Dr T._____ a indiqué que la patiente continuait à présenter des douleurs à la cheville gauche et que, dans une activité sédentaire sans contrainte sur la cheville, le taux d'activité serait de 100 %.

Aux termes d'un rapport du 3 juin 2014, le Dr EE._____, du SMR, a retenu qu'en raison des suites de l'entorse de la cheville gauche avec arthrose de l'articulation de Chopart, l'assurée n'était plus en mesure d'effectuer son activité habituelle de maraîchère mais conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles (« éviter montée et descente d'escaliers, travail sédentaire recommandé ») depuis le mois de novembre 2012.

Par décision du 22 juin 2015 confirmant un projet du 5 novembre 2014, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2012 au 31 janvier 2013. L'office a considéré que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale à la suite d'une grave entorse de la cheville gauche le 4 juin 2010, qu'elle pouvait prétendre à une rente entière d'invalidité six mois après le dépôt de sa demande, soit dès le 1^{er} décembre 2012, mais que compte tenu de la récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1^{er} novembre 2012 donnant lieu à un taux d'invalidité de 2,97 %, le droit à la rente devait être supprimé au 31 janvier 2013, soit après trois mois d'amélioration.

C. Le 29 juin 2015, l'assurée a interpellé l'OAI en vue d'un complément d'instruction de son dossier. A cet égard, elle a notamment produit un rapport du radiologue B._____ du 5 juin 2015 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombo-sacrée, concluant à une discopathie dégénérative L4-L5 mais surtout L5-S1 (où elle était protrusive sans compression importante des racines S1), ainsi qu'à un petit rétrolisthésis de L5 sur arthrose postérieure débutante et inflammation réactionnelle du plateau sacré. Elle a également transmis un arrêt de travail à compter du 1^{er} juin 2015 établi le 11 juin 2015 par le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale ; cet arrêt sera régulièrement prolongé par la suite.

Par rapport du 26 janvier 2016, le Dr G._____ a repris les atteintes mises en évidence à l'IRM du 5 juin 2015 et a mentionné de surcroît un trouble dépressif réactionnel. Il a rappelé que l'intéressée était en arrêt de travail depuis le 1^{er} juin 2015 et a ajouté que, compte tenu du tableau général, il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Par envoi du 26 février 2016, le Dr N._____, spécialiste en neurochirurgie, a transmis différents documents médicaux à l'OAI, dont un rapport établi par ses soins le 3 septembre 2015, signalant un diagnostic de lombalgies dans un contexte de discopathies L4-L5 et L5-S1, n'observant aucun déficit sensitivo-moteur, relevant que les lombalgies s'étaient nettement amendées au cours des dernières semaines et mettant en place un traitement conservateur.

Par avis du 21 mars 2016, la Dre C._____ du SMR a estimé que les conclusions du rapport final du 3 juin 2014 demeuraient valables.

Par décision du 13 juin 2016 confirmant un projet du 5 avril 2016, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à un reclassement et à une rente d'invalidité, considérant que la capacité de travail de l'intéressée était toujours de 100 % dans une activité adaptée, comme retenu précédemment.

D. En date du 20 avril 2017, l'assurée a écrit à l'OAI pour solliciter la reprise de son dossier. A cette occasion, elle a notamment transmis un rapport établi le 13 février 2017 par le Dr FF._____, radiologue, confirmant l'existence d'une hernie discale postéro-latérale droite avec conflit au niveau de la racine S1 droite.

Par formulaire complété le 22 mai 2017 et transmis sous pli recommandé le 12 juin suivant, l'intéressée a formellement déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Dans ce contexte, ont notamment été produits :

- un rapport du 27 février 2017 du Dr N._____, évoquant une très discrète augmentation de la problématique lombaire par rapport au comparatif datant de deux ans auparavant ;

- un rapport du 30 mai 2017 du Dr G._____, signalant une nette aggravation de la symptomatologie douloureuse lombaire avec

irradiation au membre inférieur droit dans un contexte de hernie discale postéro-latérale droite avec conflit sur la racine S1 ;

- un rapport du 9 juin 2017 du Prof. P._____, exposant que depuis quelques mois, la recrudescence des troubles algiques et la précarité de la situation de l'assurée étaient allées de pair avec une résurgence des crises anxieuses, les paroxysmes anxieux survenant de manière beaucoup plus rapprochée et soutenue que lors du précédent compte-rendu et témoignant ainsi d'une aggravation manifeste de l'état psychique.

Aux termes d'un rapport du 18 août 2017, le Dr G._____ a rappelé le diagnostic incapacitant précédemment posé au niveau lombaire et a par ailleurs signalé un trouble anxiodépressif et des douleurs du pied gauche sur troubles dégénératifs au niveau de la ligne de Chopart, avec une probable coalition fibreuse calcanéo-naviculaire et sur lésion péronéenne à la suite d'une distorsion sur un mécanisme de traction et remaniements dégénératifs. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et a pour le surplus renvoyé à un avis neurochirurgical s'agissant des limitations fonctionnelles et de l'aptitude à exercer une activité adaptée.

Dans un compte-rendu du 18 août 2017, le Dr N._____ a expliqué avoir vu l'assurée à deux reprises en février 2017, dans un contexte de récurrence de lombalgies, et avoir mis en place un traitement conservateur.

Dans un rapport du 29 décembre 2017, le Prof. P._____ a notamment retenu, à titre de diagnostic incapacitant, une anxiété généralisée (F41.1) depuis 2007 environ. Il a précisé que le tableau semblait s'être stabilisé au cours des derniers mois mais que l'assurée demeurait néanmoins vulnérable, les troubles psychiques risquant toujours d'être réactivés lors de périodes plus conflictuelles avec l'époux ou de difficultés contextuelles. Le Prof. P._____ a par ailleurs noté que dans l'activité d'aide-soignante, la diminution de la capacité de travail sur

le plan psychique se situait entre 30 et 40 %, avec des limitations principalement liées à la problématique physique. Il a ajouté que sur le plan psychique, les crises anxieuses ne constituaient pas une invalidité suffisante s'opposant à l'amélioration de la capacité de travail, pour autant qu'une activité compatible avec l'état de santé physique et la situation familiale soit trouvée.

Par rapport du 2 juillet 2019, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état de lombosciatalgies à droite et a relevé que si l'activité habituelle dans le domaine de la brocante devenait difficile à cause du port de charges, la capacité de travail était en revanche entière dans une activité adaptée (hors charge). En annexe figuraient :

- un rapport de ce même médecin du 28 mai 2019, concluant à une lombosciatalgie chronique non déficitaire d'un point de vue neurologique, sur discopathie modérée L4-L5 et sévère L5-S1 en aggravation ;

- un rapport d'imagerie EOS du rachis du 24 juin 2019 du Dr GG._____, radiologue, évoquant un raccourcissement de 4 mm à la limite du significatif du membre inférieur gauche, une très discrète scoliotique lombaire à concavité gauche et une hypercyphose dorsale et hyperlordose lombaire ;

- rapport du 26 juin 2019 du Dr M._____, spécialiste en neurochirurgie, ne retenant pas d'indication chirurgicale sur la base des résultats de l'examen d'imagerie susdit.

Sur l'avis de son service médical, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès des Drs HH._____, spécialiste en rhumatologie, et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'assuré a conséquemment été examinée par l'expert Z._____ le 3 juin 2019 puis par l'expert HH._____ le 19 juin 2019, avant un entretien bidisciplinaire entre les experts le 17 août 2019.

Dans son rapport du 21 août 2019, l'expert Z. _____ s'est déterminé comme suit :

"6. Diagnostics

Nous n'avons pas pu retenir le diagnostic d'anxiété généralisée décrit par son psychiatre, car au moment de l'entretien ainsi que dans l'anamnèse nous n'avons pas trouvé de signes cliniques. Par contre, il existe un trouble mixte anxieux et dépressif qui est plutôt léger et secondaire aux douleurs, ainsi qu'à la situation sociale de l'expertisée.

Pas de trouble d'addiction.

7. Évaluation médicale et médico-assurantielle

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

[...]

Nous n'avons pas retenu de trouble de la personnalité ni de maladie psychiatrique chez une personne ayant des mécanismes adaptatifs qu'elle a mis en exergue tout au long de son existence.

7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

L'expertisée est suivie par un psychiatre depuis 2006 de manière irrégulière et sans prise de médicament psychotrope.

Du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune contre-indication à ce que l'expertisée effectue une mesure de réadaptation professionnelle.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

L'expertisée se plaint notamment de ses douleurs et de sa situation sociale. Elle a peu de plaintes du point de vue psychiatrique.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Nous constatons que Madame D. _____ présente des ressources psychologiques. Ainsi, elle est capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, elle est capable d'initiatives et

d'activités spontanées. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation et établir des contacts avec des tiers. Elle est apte à vivre en groupe et à lier d'étroites relations, à prendre soin d'elle-même et à subvenir à ses propres besoins. Elle dispose de mobilité et peut se déplacer. Sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause notamment de la douleur alléguée.

Nous n'avons donc retenu aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique.

8. Réponses aux questions du mandant

8.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Du point de vue psychiatrique, l'expertisée a toujours été capable de travailler à 100%.

8.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée

Voir réponse à la question précédente.

[...]"

Dans un rapport distinct mais lui aussi daté du 21 août 2019, l'expert HH. _____ a formulé les conclusions suivantes :

"6 DIAGNOSTICS

6. 1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail

- Lombopygialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
 - discopathie avec hernie discale L5-S1 non conflictuelle
 - probable insuffisance de la musculature profonde
- Douleurs de la cheville G sur arthropathie dégénérative modeste.

[...]

7 EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de la personne assurée, synthèse (personnalité, ressources, soutien reçu, difficultés rencontrées dans l'environnement social)

[...]

Le status de ce jour met en évidence un syndrome lombovebral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, à insérer dans le contexte d'un probable déconditionnement de la musculature profonde avec possible instabilité de la charnière lombo-sacrée

profonde [...] et de minimes douleurs à la palpation infra-malléolaire externe de la cheville G. [...]

Du point de vue paraclinique, le bilan radiographique met en évidence une hernie discale L5-S1 cependant sans signe de souffrance radiculaire. Par rapport à 2017, l'imagerie de mai 2019 mettait en évidence une diminution du refoulement de la racine S1 D. Il n'y a pas de syndrome facettaire, Au niveau de la cheville, les troubles dégénératifs sont mineurs, compatibles avec l'évolution due à son âge et un status post-entorse cependant peu significatif. Les lésions restent peu significatives. L'ultrasonographie ne met pas évidence de signe inflammatoire, il n'y a pas de collection liquidienne intra-articulaire ou péricapsulaire. A noter qu'il n'y a pas de signe de non organicité ou de douleurs péri et polyinsertionnelles pouvant faire évoquer une diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

[...]

7.2 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation etc., discussion des chances de guérison.

[...]

e. Evolution vraisemblable de la maladie

Actuellement, l'hernie discale ne s'est pas péjorée par rapport à 2017 voire même améliorée, il n'y a pas de souffrance disco-radiculaire. L'impotence fonctionnelle réside essentiellement probablement sur une instabilité de la charnière lombo-sacrée.

L'évolution vraisemblable de la maladie est difficile à prédire. Cependant, en fonction de la prise en charge physiothérapeutique de stabilisation et en regard de l'imagerie entre 2017 et 2019 qui ne s'est pas péjorée, tout porte à croire que la situation devrait être stabilisée voire améliorée.

[...]

7.3 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité

a. Cohérence et plausibilité :

Du point de vue rhumatologique les résultats de l'examen sont valides et compréhensibles mais ne permettent pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout de l'impotence fonctionnelle que la personne assurée décrit tant dans ses activités de la vie quotidienne que professionnelle. En effet on note une certaine discordance entre ses activités de la vie quotidienne qu'elle effectue de manière quasi-autonome, sa conduite de véhicule, le fait de pouvoir se déplacer et promener son chien et les allégations d'impotence fonctionnelle et d'incapacité allégués par la personne assurée.

[...]

8 REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT

8.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

a. Combien d'heures de présence la personne assurée peut-elle assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

Un nombre d'heures équivalent au pourcentage décrit au point 8.1.c.

b. Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ?

Dans son activité professionnelle antérieure du point de vue rhumatologique, la personne assurée ne devrait pas présenter de diminution de performance de plus de 10% au vu du probable déconditionnement de la musculature profonde rachidienne basse.

c. Evaluation du pourcentage de la capacité de travail par rapport à un emploi de 100%

Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique, concernant son activité antérieure d'aide[-]soignante à 0% et comme commerçante sur des marchés à 60% (vu qu'elle devait porter des cartons en porte-à-faux de manière répétitive).

A noter que l'impotence fonctionnelle est essentiellement motivée par le problème rachidien. Actuellement, à partir de janvier 2013, il n'y a pas d'impotence fonctionnelle à faire valoir pour le pied G.

d. Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps, pronostic ?

Normalement du point de vue somatique, la capacité de travail devrait bien évoluer. Cependant, il est opportun que la personne assurée puisse bénéficier d'une médication prise de manière plus régulière, d'un port d'une ceinture lombaire de stabilisation et d'effectuer des exercices de stabilisation.

Son âge, la maîtrise du français, la capacité à s'être adaptée à plusieurs corps de métier, son entourage et la bonne insertion socio-familiale constituent des facteurs de bon pronostic.

La longue inactivité professionnelle, l'impossibilité à se projeter dans un avenir professionnel quelconque et la cristallisation de la situation médicale constituent des facteurs de mauvais pronostic.

8.2 Capacité de travail correspondant aux aptitudes de l'assuré

a. Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de la personne assurée ?

Les caractéristiques sont une activité respectant

- les ports de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10kg

- les déplacements en terrain accidentés
- les positions debout immobiles de plus de 1 heure.

b. Quel serait le temps de présence maximale possible dans cette activité ?

Le temps en heure et jour est en relation avec le taux de capacité décrit au point 8.2.3.

c. Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ?

Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précitées, du point de vue rhumatologique, la personne assurée ne devrait pas présenter de diminution de plus de 10% et ce au vu de sa longue inactivité professionnelle et de son déconditionnement de la musculature profonde rachidienne basse.

d. Evaluation du pourcentage de la capacité de travail par rapport à un emploi de 100% dans une activité adaptée.

Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que son exigibilité du point de vue purement rhumatologique dans une activité respectant les limitations fonctionnelles prédécrites est estimée à 90%.

e. Comment cette capacité de travail-t-elle évolué au fil du temps ?

Il est difficile de répondre à cette question, vu que la personne assurée n'a plus travaillé de longue date.

Normalement du point de vue somatique, la capacité de travail devrait bien évoluer.

[...]

8.4 Questions spécifiques de l'Office AI se rapportant au cas précis.

a. Les troubles fonctionnels sont-ils plausibles du point de vue médical ?

Les troubles fonctionnels sont plausibles du point de vue médical, cependant le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie et de son impotence fonctionnelle[.]"

Quant à l'appréciation consensuelle des experts Z._____ et HH._____, intégrée au rapport précité de l'expert rhumatologue, elle avait la teneur suivante :

"[...]

2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail :

Les diagnostics d'éléments pertinents ayant incidence sur la capacité de travail sont bien décrits au point 6.1 et 6.2.

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

Les diagnostics d'éléments ayant incidence sur la capacité de travail sont bien décrits au point 6.1 et 6.2.

4. Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Se référer à l'expertise psychiatrique.

5. Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Environnement social : l'environnement social est bien étayé : la personne assurée est soutenue par son entourage familial pour effectuer ses activités de la vie quotidienne et ménagère lourde ainsi qu'en cas de douleur.

La personne assurée présente de bonnes ressources mais n'arrive pas à se projeter dans un avenir professionnel quelconque.

6. Contrôle de cohérence

L'évaluation du contrôle de cohérence est bien décrite au point 7.3.

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

Du point de vue bidisciplinaire : après discussion avec le psychiatre binôme précité, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité d'aide soignante à 0% et comme commerçante sur des marchés à 60% (vu qu'elle devait porter des cartons en porte-à-faux de manière répétitive) avec diminution de rendement de 10% et ce, en raison du déconditionnement musculaire profond et de la longue inactivité professionnelle et ce, depuis juin 2015.

La personne assurée ne présente pas d'atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique, cette personne assurée est capable de travailler à 100% (cf. expertise du psychiatre binôme précité).

8. Capacité de travail dans une activité adaptée

Du point de vue bidisciplinaire : après discussion avec le psychiatre binôme précité, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité adaptée est estimée à 90%, avec diminution de rendement de 10% et ce, en raison du déconditionnement de la musculature profonde de la charnière lombo-sacrée et de la longue inactivité professionnelle et ce, depuis septembre 2015 soit 3 mois après le 1^{er} épisode de lombalgies.

La personne assurée ne présente pas d'atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique, cette personne assurée

est capable de travailler à 100% (cf. expertise du psychiatre binôme précité)."

Par avis médical du 28 août 2019 se référant à l'expertise bidisciplinaire précitée, le Dr Il. _____, du SMR, a retenu que du fait de ses troubles rhumatologiques, l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans l'activité d'aide-soignante depuis le mois de septembre 2005 mais qu'elle conservait une pleine capacité de travail - avec une baisse de rendement de 10 % depuis 2015 - dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (soit une activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulation de charges de plus de 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, sans usage de machine percutante et/ou vibrante, activité en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables).

Par envoi électronique du 5 septembre 2019, l'assurée a notamment transmis à l'OAI un rapport d'IRM du pied gauche non signé, daté du 29 août 2019, concluant à une excroissance osseuse provenant de la tubérosité calcanéenne antérieure, associée à une infiltration œdémateuse du plan adipeux sous-cutané adjacent à cette dernière, et à une discrète infiltration réactionnelle des tendons extenseurs à son contact ; à cela s'ajoutait un remaniement dégénératif de part et d'autre de l'interligne de Chopart.

En date du 18 février 2020, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'intéressée disposait d'une capacité de travail de 90 % dès le mois de septembre 2015 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur cette base, l'OAI a procédé à l'évaluation de la perte de gain, se fondant sur des données statistiques pour arrêter le revenu sans invalidité à 54'008 fr. 17

et le revenu avec invalidité à 46'176 fr. 99. Il en résultait un taux d'invalidité de 14,50 % inférieur au seuil de 40 % donnant droit à une rente d'invalidité. Le droit à des mesures professionnelles n'était pas non plus ouvert, en l'absence d'un manque à gagner durable de 20 % au moins.

Aux termes d'un courrier électronique du 18 mars 2020, l'assurée a contesté le projet précité. Elle a notamment transmis un rapport du Dr G._____ du 9 mars 2020 évoquant en particulier un syndrome douloureux invalidant en phase d'exacerbation et une douleur importante au niveau de l'épaule gauche sur tendinopathie de la coiffe mise en évidence par une IRM du 28 février 2020.

Le 30 avril 2020, l'intéressée a encore produit notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 24 avril 2020 rédigé par le Dr Y._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, exposant que la patiente présentait un diabète de type 1 de longue évolution avec un risque de complication majeur en l'absence de maintien d'un équilibre glycémique optimal, équilibre que l'intéressée parvenait à maintenir au prix d'efforts sans relâche entraînant nécessairement des interférences avec toute activité professionnelle. Le Dr Y._____ estimait en particulier qu'une activité sédentaire sans exigence physique particulière chez une patiente présentant un syndrome douloureux chronique complexe lié, entre autres, à des troubles dégénératifs du rachis constituait un facteur de risque à la fois d'amplification du syndrome douloureux mais aussi de déséquilibre accru du diabète. A cela s'ajoutait que la réaction de stress était amplifiée par l'anxiété, alors même que la gestion efficace du stress était une composante incontournable de la bonne gestion du diabète au quotidien. Une activité professionnelle compatible avec de telles exigences n'était donc ni sédentaire, ni possible à un taux de 90 % ;

- un rapport du 29 avril 2020 du Prof. P._____, soulignant notamment que l'intrication des troubles psychiques de l'assurée avec ses

multiples pathologies somatiques et ses difficultés familiales ne pouvait que venir amplifier les limitations fonctionnelles décrites par les médecins internistes et diabétologues et que, dans un tel contexte, la reconnaissance d'une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée depuis le mois de septembre 2015 apparaissait peu compatible avec la réalité clinique de la patiente.

Par avis médical du 11 septembre 2020, les Drs C. _____ et A. _____, du SMR, ont retenu que l'évaluation faite par l'expert psychiatre devait être préférée à l'appréciation divergente émise par le Prof. P. _____, que l'exercice d'une activité physique adaptée favorisant l'équilibre glycémique et ayant un effet modulateur sur la douleur - tel qu'évoqué par le Dr Y. _____ - ne relevait pas d'une nécessité médicale mais pouvait être facilement contourné par une organisation personnelle adéquate et que, par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise étaient compatibles avec l'atteinte de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche décrite par le Dr G. _____.

Par décision du 3 novembre 2020, l'OAI a confirmé son projet du 18 février précédent, dont il a repris la motivation. Par lettre d'accompagnement du même jour, l'office a de surcroît repris les éléments mis en exergue dans l'avis SMR du 11 septembre 2020.

E. Agissant par l'entremise de son conseil, D. _____ a recouru le 4 décembre 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2018, avec intérêt à 5 % l'an dès le 1^{er} juin 2020, assortie de rentes complémentaires pour ses deux enfants ; subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants. A titre de mesures d'instruction, elle a requis l'audition du Prof. P. _____ et du Dr Y. _____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En substance, la recourante a reproché à l'OAI d'avoir procédé à une instruction lacunaire, l'avis SMR du 11 septembre 2020 écartant sans motivation la position des médecins

traitants et l'IRM de février 2020 n'ayant pas été demandée. Elle a de surcroît fait valoir que l'expertise psychiatrique du Dr Z._____ n'était pas probante, les éléments exposés dans le rapport du 29 avril 2020 du Prof. P._____ n'ayant notamment pas été pris en compte. L'intéressée a également remis en question la valeur probante de l'expertise rhumatologique du Dr HH._____, soulignant la nécessité d'une évaluation globale des limitations fonctionnelles. Enfin, elle a argué que l'atteinte sur le plan diabétologique n'avait pas été considérée. Cela étant, la recourante a fait valoir que les éléments au dossier ne permettaient pas de lui reconnaître une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée. A tout le moins, une expertise judiciaire pluridisciplinaire s'imposait en vue de déterminer les atteintes physiques et psychiques et leur impact sur la capacité de travail. A l'appui de ses dires, la recourante a notamment produit un rapport établi le 3 décembre 2020 par le Dr Y._____ faisant notamment état d'un diabète « *toujours fortement déséquilibré* » et évaluant à 50 % la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dans sa réponse du 19 février 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours et des mesures d'instruction proposées. L'OAI s'est en particulier référé à un avis médical SMR du Dr A._____ du 12 février 2021 retenant que les éléments mis en exergue au stade du recours ne remettaient pas en cause l'appréciation des experts Z._____ et HH._____.

Par réplique du 18 juin 2021, la recourante a persisté dans ses précédents motifs et conclusions. Elle a en outre joint divers documents, dont :

- un rapport d'IRM lombaire du 8 décembre 2020, aux termes duquel la Dre JJ._____, radiologue, concluait à une légère régression de volume de la hernie discale de L5-S1 et à l'absence de conflit disco-radicaire, mais observait en revanche une majoration d'un œdème discarthrosique L5-S avec apparition de multiples petites plages

œdémateuses en regard des enthèses, suspectes de lésions de Romanus, ainsi qu'un kyste juxta-articulaire intracanalair en L5-S1 gauche ;

- un rapport du 26 mars 2021 du Dr CC._____, médecin associé au Service de neurochirurgie - Policlinique du Centre hospitalier DD._____, mentionnant un syndrome rachidien limitant une activité soutenue telle qu'une position debout prolongée ou même assise et évoquant la possibilité d'une arthrodèse ;

- un rapport du 15 juin 2021 du Prof. P._____, relevant que l'expert Z._____ n'avait pas analysé la fragilité psychique et la vulnérabilité croissante de la patiente face aux situations de stress, liées notamment à la situation de son époux, pas plus qu'il n'avait réalisé d'examen diachronique de la pathologie anxiodépressive dont souffrait l'intéressée ;

- un rapport du 16 juin 2021 du Dr BB._____, chef de clinique au Centre d'antalgie du Centre hospitalier DD._____, exposant que les lombalgies étaient très probablement secondaires à une arthrose facettaire et que des infiltrations allaient être mises en œuvre, sous forme de bloc des branches médiales des rameaux dorsolombaires ;

- un certificat médical établi le 18 juin 2021 par le Dr G._____, soulignant que l'assurée présentait un syndrome douloureux chronique, que la situation ne s'améliorait pas et qu'il en résultait des consultations multiples auprès du corps médical, ainsi que des séances de physiothérapie régulières.

Dupliquant le 5 juillet 2021, l'intimé a maintenu sa position. L'OAI a en particulier renvoyé à un avis médical SMR des Drs A._____ et KK._____ du 30 juin 2021, estimant que les éléments médicaux apportés n'apportaient aucun changement de position de la part dudit service. S'agissant du rapport d'IRM lombaire du 8 décembre 2020, les médecins du SMR observaient plus particulièrement ce qui suit :

"Cette nouvelle imagerie lombaire montre surtout une diminution de la hernie discale L5-S1, une poussée inflammatoire d'une discarthrose L5-S1 connue et la présence d'un kyste intracanalair L5-S1 gauche mais sans rétrécissement du canal lombaire et sans compression notée. [...]"

Par écriture du 22 octobre 2021, la recourante a transmis un rapport rédigé le 18 octobre 2021 par les Drs BB._____ et U._____, médecin associé au Centre d'antalgie du Centre hospitalier DD._____, expliquant que les blocs tests sous radioscopie des branches médiales des rameaux dorsolombaires n'avaient pas permis d'améliorer les symptômes, ce qui parlait contre des douleurs d'origine facettaire.

Se déterminant le 15 novembre 2021, l'OAI a confirmé son positionnement.

En date du 20 janvier 2022, la recourante a produit un rapport d'IRM lombaire établi le 12 janvier 2022 par le Dr AA._____, radiologue, concluant à des discopathies des deux derniers niveaux lombaires (plus marquées en L5-S1, où l'on notait un débord disco-ostéophytaire hémicirconférentiel postérieur en conflit avec la racine L5 gauche et potentiellement en conflit avec la racine L5 droite), à des remaniements mixtes graisseux et inflammatoires en miroir des hémicorps inférieur de L5 et supérieur de S1, ainsi qu'à une arthrose facettaire des deux derniers niveaux lombaires avec discrets remaniements inflammatoires.

Prenant position le 14 février 2022, l'intimé s'est référé à un avis médical SMR du 7 février 2022 aux termes duquel le Dr A._____ retenait une aggravation de la discopathie L5-S1 postérieure à la période concernée. Cela étant, il était donc loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande.

Par acte du 25 avril 2022, la recourante a fait valoir que rien ne permettait de connaître le moment auquel était survenue l'aggravation constatée à l'IRM du 12 janvier 2022 et qu'il y avait en conséquence lieu d'investiguer cette question afin de déterminer si cette aggravation

précédait la décision litigieuse. Pour le reste, elle s'est référée aux documents suivants :

- un rapport du 3 mars 2022 du Dr Y._____, relevant que les problèmes liés à un diabète toujours fortement déséquilibré persistaient, qu'ils reflétaient le renforcement mutuel entre labilité du diabète, effet amplificateur de la labilité par le stress (psychologique et lié au syndrome douloureux chronique) et trouble anxieux de la patiente, et qu'il s'ensuivait un risque élevé d'aggravation future des complications établies du diabète, de développement de nouvelles complications et de décompensation hyperglycémique aiguë ou complication hypoglycémique sévère. Pour le Dr Y._____, seule était envisageable une reprise de travail à 50 % au plus dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, permettant d'assurer les conditions nécessaires au maintien de la sécurité dans la gestion du diabète ;

- un compte-rendu établi le 4 mars 2022 par le Prof. P._____, expliquant que l'expert Z._____ avait écarté le diagnostic d'anxiété généralisée sans procéder à une discussion des diagnostics différentiels, que l'expert s'était du reste prononcé à l'issue d'un unique entretien ayant duré une heure et trente minutes et qu'il n'avait en outre pas pris en considération un courrier adressé en août 2019 détaillant la situation, pas plus qu'il n'avait accepté un échange de vive voix. A cela s'ajoutait que la recourante avait été présentée par l'expert Z._____ de manière subjective et que, de surcroît, l'expert psychiatre avait utilisé la « *mini CIF TAPP* » de manière inadéquate ;

- un certificat médical du Dr G._____ du 5 mars 2022, soulignant que l'intéressée souffrait de douleurs invalidantes à la cheville et au pied gauches ainsi qu'au niveau lombaire, et que l'évolution actuelle était marquée par une aggravation de la symptomatologie douloureuse avec un handicap majeur.

Par acte du 9 mai 2022, l'intimé a confirmé sa position. En annexe, figurait un avis médical SMR du 4 mai précédent aux termes

duquel le Dr A._____ maintenait l'appréciation jusqu'alors effectuée par ce service. S'agissant en particulier du risque de complication du diabète évoqué par le Dr Y._____ en lien avec le stress et le trouble anxieux, le médecin du SMR relevait qu'il ne s'agissait que d'une suspicion et renvoyait pour le surplus à l'appréciation de l'expert Z._____ reconnaissant à la recourante des ressources permettant de gérer le stress et l'anxiété. Concernant les troubles dorsaux, le Dr A._____ exposait que l'aggravation ne résultait pas de l'IRM effectuée en décembre 2020 mais uniquement de l'examen effectué en janvier 2022, de sorte qu'elle était postérieure à la décision entreprise rendue en novembre 2020.

Par envoi du 13 juin 2022, la recourante a versé en cause les pièces suivantes :

- un rapport du 22 avril 2022 du Dr E._____, relevant qu'il lui était difficile de savoir s'il y avait eu une aggravation de la symptomatologie depuis sa dernière évaluation, contemporaine de celle de l'expertise rhumatologique, que la patiente apparaissait tout du moins congruente dans ses plaintes, que pour le reste il existait un syndrome lombo-vertébral assez marqué et des signes objectifs d'irritation radiculaire S1 à droite et que la comparaison des IRM au dossier montrait que la discopathie L5-S1 - déjà très avancée en 2019 et capable d'expliquer d'importants symptômes d'insuffisance segmentaire - s'était clairement aggravée, rendant plausible également l'aggravation des symptômes et des troubles fonctionnels ;

- un rapport du 23 mai 2022 du Dr U._____ et de la Dre I._____, cheffe de clinique au Centre d'antalgie du Centre hospitalier DD._____, confirmant que l'IRM effectuée le 12 janvier 2022 montrait une aggravation de la discopathie L5-S1, avec protrusion discale circonférentielle et conflit disco-radiculaire L5 gauche et potentiellement L5 droite.

Se déterminant le 7 juillet 2022, l'intimé a persisté à proposer le rejet du recours. Il s'est essentiellement référé à un avis médical SMR du 23 juin 2022 du Dr A._____ estimant que les pièces produites par la recourante n'apportaient pas d'élément nouveau. S'agissant plus particulièrement du rapport du Dr E._____ du 22 avril 2022, le Dr A._____ soulignait qu'il comprenait une composante subjective écartée par les experts Z._____ et HH._____ et que, du reste, les éléments au dossier montraient que l'aggravation objective de l'atteinte lombaire était postérieure à la décision du 3 novembre 2020.

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 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. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité, des suites de la nouvelle demande de prestations déposée au printemps 2017.

3. Diverses modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022, dans le cadre du projet de révision « *développement continu de l'AI* » (modification du 19 juin 2020 de la loi

fédérale sur l'assurance-invalidité [RO 2021 705] ; modification du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité [RO 2021 706]). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable en l'espèce compte tenu de la date de la décision litigieuse, rendue le 3 novembre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière

à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. Pour pouvoir 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

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 assécurologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations formellement déposée le 12 juin 2017 par la recourante. Se fondant essentiellement sur l'expertise bidisciplinaire

réalisée par les Drs Z._____ et HH._____, l'OAI a retenu que la recourante présentait une capacité résiduelle de travail de 90 % dans une activité adaptée depuis le mois de septembre 2015, ce que l'intéressée a contesté en se prévalant de l'avis de ses médecins traitants.

b) Sur le plan psychiatrique, l'expert Z._____ a retenu un trouble mixte anxieux et dépressif plutôt léger et secondaire aux douleurs, ainsi qu'à la situation sociale de la recourante. Constatant l'existence de ressources chez l'assurée et l'absence de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique, l'expert a estimé que la capacité de travail avait toujours été entière sous l'angle psychique.

A titre liminaire, il y a lieu d'écarter les critiques d'ordre formel émises par le Prof. P._____ à l'encontre de cette expertise. D'une part, on peine à voir en quoi l'expert Z._____ aurait fait preuve de subjectivité en relatant que la recourante avait demandé au début de l'expertise si elle pouvait parquer sa voiture en zone blanche (cf. rapport du Prof. P._____ du 4 mars 2022 p. 2 ; cf. rapport d'expertise psychiatrique du 21 août 2019 p. 12). A cet égard, il y a lieu de rappeler que l'expert a ainsi uniquement détaillé, sous la rubrique « *indications fournies spontanément par l'assurée dans le cadre d'un entretien ouvert* », les propos librement tenus la recourante. En tout état de cause, le fait que de tels propos n'apparaissent pas particulièrement significatifs dans le cadre d'une expertise psychiatrique ne suffit pas encore à imputer un manque d'impartialité à l'expert mandaté. D'autre part, contrairement à ce que laisse sous-entendre le Prof. P._____ (cf. rapport du 4 mars 2022 p. 2), il y a lieu de rappeler que la durée de l'examen effectué par l'expert n'est pas en soi un critère pour mesurer la valeur probante du rapport subséquent (TF 9C_160/2021 du 23 juin 2021 consid. 5.2 et les références citées).

Sur le plan diagnostique, en revanche, on ne peut que relever - avec le Prof. P._____ (cf. rapport du 4 mars 2022 p. 1) - que l'expert Z._____ a réfuté toute anxiété généralisée en se contentant de renvoyer laconiquement à l'absence de signe clinique lors de l'entretien et dans

l'anamnèse, puis qu'il a conclu à un trouble mixte anxieux et dépressif sans apporter de réelle motivation s'agissant des éléments l'ayant amené à retenir une telle atteinte (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 21 août 2019 p. 18). On peut de surcroît regretter que l'OAI n'ait pas invité l'expert psychiatre à se positionner quant à la présence d'un éventuel aspect psychosomatique sous la forme d'un syndrome douloureux chronique, tel que mentionné par les Drs G._____ et Y._____ au cours de la procédure d'audition (cf. rapports des 9 mars et 24 avril 2020) et réitéré dans le cadre de la présente procédure judiciaire (cf. rapports des 18 juin 2021 et 3 mars 2022). Cela étant, en l'absence d'une discussion objective et dûment étayée autour des diagnostics entrant ou non en ligne de compte, la position défendue par l'expert Z._____ n'apparaît donc pas convaincante sous cet angle déjà.

L'évaluation effectuée par l'expert psychiatre n'est pas davantage satisfaisante sous l'angle de la grille d'indicateurs définie à l'ATF 141 V 281. A cet égard, on peine à trouver une réelle analyse des éléments à prendre en considération. Notamment, les manifestations concrètes de l'atteinte à la santé ne sont guère développées, l'interaction avec les pathologies concomitantes - en particulier quant à la relation entre l'anxiété, le stress et la gestion du diabète (cf. rapports du Prof. P._____ des 29 avril 2020 et 4 mars 2022 ; cf. également rapports du Dr Y._____ des 24 avril 2020, 3 décembre 2020 et 3 mars 2022 et consid. 6b/bb infra) - n'est pas explicitée et l'analyse de la cohérence des troubles est réduite à une simple assertion sur la nature des plaintes (davantage liées aux douleurs et à la situation sociale qu'à l'aspect psychique [cf. rapport d'expertise psychiatrique du 21 août 2019 p. 19]) sans aucun raisonnement quant aux conséquences d'un tel postulat. A cela s'ajoute que, globalement, les réponses apportées par l'expert tiennent pour l'essentiel à des affirmations catégoriques, sans renvoi aux éléments concrets du dossier (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 21 août 2019 p. 18 ss). Tel est plus particulièrement le cas de l'évaluation des ressources psychologiques, qui se résume à la reprise des différents items issus du canevas posé par la « *Mini-ICF-Rating für psychische Störungen* » ou Mini CIF-APP (cf. ibid. p. 19 s.), sans aucun développement se

rapportant au cas concret. L'expertise du Dr Z._____ ne permet pas davantage de déterminer si les difficultés familiales de l'assurée, en particulier quant à la situation de son époux (telle que décrite notamment par le Prof. P._____ déjà le 5 mars 2013 puis dans ses rapports subséquents des 9 juin 2017, 29 décembre 2017, 29 avril 2020, 15 juin 2021 et 4 mars 2022), relèvent de facteurs psychosociaux extrinsèques à l'assurance-invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a) ou s'il s'agit plutôt d'éléments contextuels contribuant à expliquer le développement d'une pathologie psychiatrique autonome (dans ce sens, voir TF 9C_907/2008 du 5 mai 2009 consid. 4.2) et son éventuelle aggravation dans le cadre de la nouvelle demande déposée en 2017. Compte tenu de telles carences, l'appréciation de l'expert Z._____ s'avère d'autant moins satisfaisante.

Pour ces différentes raisons, il apparaît que l'expertise psychiatrique du Dr Z._____, insuffisamment motivée, ne peut être tenue pour convaincante. On ne saurait, dès lors, confirmer l'entière capacité de travail mise en avant par l'expert psychiatre.

b) Il est par ailleurs constant que la recourante présente diverses atteintes à la santé d'ordre somatique.

aa) Sur le plan rhumatologique, l'expert HH._____ a retenu les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de lombopygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sur discopathie avec hernie discale L5-S1 non conflictuelle et probable insuffisance de la musculature profonde, ainsi que de douleurs de la cheville gauche sur arthropathie dégénérative modeste. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité d'aide-soignante et de 60 % dans l'activité de commerçante sur les marchés, avec une diminution de rendement de 10 % au vu du probable déconditionnement de la musculature profonde rachidienne basse. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (sans ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg, sans déplacements en terrains accidentés et sans positions debout immobiles de plus d'une heure), la capacité de travail était évaluée à 90 % depuis le

mois de septembre 2015, avec une diminution de rendement de 10 % au vu de la longue inactivité professionnelle et du déconditionnement de la musculature profonde rachidienne basse (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 21 août 2019 p. 16 ss).

Cette appréciation n'est pas valablement remise en question par les pièces médicales recueillies jusqu'à la date déterminante de la décision du 3 novembre 2020, qui définit le cadre temporel de l'examen du juge (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 et les références citées). On constate à cet égard qu'outre des certificats d'arrêt de travail dépourvus de motivation, le Dr G._____ a essentiellement décrit une situation connue de l'expert HH._____ et n'a pour le surplus pas fourni d'appréciation étayée quant à l'exigibilité d'une activité adaptée (cf. rapports des 18 août 2017 et 9 mars 2020). Si ce médecin a de surcroît évoqué des douleurs à l'épaule gauche dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe révélée par une IRM du 28 février 2020 (cf. rapport du 9 mars 2020), il demeure que - quand bien même le rapport d'imagerie y relatif n'a certes pas été versé au dossier - les limitations induites par une telle symptomatologie se recoupent avec les restrictions détaillées par le Dr H._____ dans son avis SMR du 28 août 2019 procédant à la synthèse du dossier, comme l'ont relevé les Drs C._____ et A._____ (cf. avis médical SMR du 11 septembre 2020), en particulier s'agissant de l'absence de gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ou de soulever des charges de plus de 1 à 2 kg à bout de bras. Pour le surplus, il appert que le Dr N._____ ne s'est pas prononcé du point de vue de la capacité résiduelle de travail de l'assurée (cf. rapports des 27 février du 18 août 2017) et que, selon l'appréciation du Dr E._____ contemporaine de l'expertise du Dr HH._____, l'intéressée était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée (cf. rapport du 2 juillet 2019). Quant au rapport d'IRM du pied gauche du 29 août 2019, produit le 5 septembre suivant, il ne met en lumière aucun élément dont l'expert HH._____ n'aurait pas tenu compte.

Au cours de la procédure judiciaire, la recourante a encore transmis différents documents médicaux afférents à ses troubles

rhumatologiques. S'agissant du rapport d'IRM lombaire du 8 décembre 2020 établi par la Dre JJ._____, il convient de se référer à l'analyse qu'en ont fait les Drs A._____, et KK._____ du SMR le 30 juin 2021, considérant que cet examen ne mettait pas en évidence une évolution significative susceptible de mettre en cause la validité des conclusions de l'expert HH._____. Si par ailleurs le Dr CC._____ s'est prononcé, le 26 mars 2021, dans le sens d'un syndrome rachidien limitant une activité soutenue en position debout prolongée ou même assise, force est de constater que cette appréciation n'est pas motivée et que l'on ne peut dès lors y voir un indice sérieux justifiant de s'écarter des conclusions du Dr HH._____. Quant aux différents traitements mis en œuvre au Centre d'antalgie du Centre hospitalier DD._____ (cf. rapports des 16 juin 2021 et 22 octobre 2021), ils ne permettent pas de se positionner sur la capacité de la recourante à exercer ou non une activité adaptée. Il apparaît ainsi que, dans un premier temps, les pièces produites en procédure judiciaire n'ont pas apporté d'élément pertinent du point de vue de l'analyse rhumatologique.

Dans un second temps, le 20 janvier 2022, la recourante a versé en cause un rapport d'IRM lombaire du 12 janvier 2022 du Dr AA._____, dont le Dr A._____ a admis qu'il traduisait une aggravation de la discopathie L5-S1 (cf. avis médical SMR du 7 février 2022). En tant que telle, cette aggravation - également confirmée par les médecins du Centre d'antalgie du Centre hospitalier DD._____ (cf. rapport du 23 mai 2022) - n'est dès lors pas litigieuse. Est en revanche controversée la question de savoir si ladite aggravation est postérieure à la date déterminante de la décision attaquée et si elle échappe ainsi au pouvoir d'examen de la Cour de céans (cf. TF 9C_500/2011 précité loc. cit.). Sur ce point, le Tribunal ne peut que se référer aux explications fournies le Dr A._____ par avis médical SMR du 4 mai 2022, dont il résulte qu'aucune aggravation des troubles dorsaux ne résultait objectivement de l'IRM du 8 décembre 2020, si bien que la péjoration mise en évidence en janvier 2022 était nécessairement postérieure à la décision entreprise du 3 novembre 2020. Cela étant, il importe donc peu que le Dr G._____ ait fait état d'une aggravation de la symptomatologie dans son rapport du 5

mars 2022, d'autant qu'une amplification des plaintes - par définition subjectives - n'est pas en soi révélatrice d'une détérioration concrète de l'état de santé. Il apparaît en outre que le Dr E._____, dans son rapport du 22 avril 2022, a montré une certaine réserve quant au point de savoir s'il y avait eu une aggravation des symptômes et des troubles fonctionnels mais que, en tout état de cause, ce médecin n'a évoqué aucun élément objectif permettant de faire remonter une aggravation des troubles dorsaux à une période antérieure au 3 novembre 2020. Dans ces conditions, l'OAI était donc justifié à retenir que l'aggravation mise en lumière le 12 janvier 2022 était extrinsèque à la présente affaire.

Il découle de ce qui précède qu'en tant qu'elle reconnaît à la recourante une capacité résiduelle de travail de 90 % dans une activité adaptée moyennant une diminution de rendement de 10 %, l'appréciation de l'expert HH._____, effectuée sur la base d'une analyse complète et dûment motivée, apparaît convaincante.

Par surabondance, on peut néanmoins s'interroger sur la manière dont l'administration a repris les conclusions de l'expert rhumatologue. En effet, la synthèse réalisée le 28 août 2019 par le Dr H._____, du SMR retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 10 %, tandis que la décision entreprise se fonde quant à elle sur une capacité résiduelle de 90 % sans baisse de rendement. Au final, il apparaît donc que l'évaluation de la perte de gain faite par l'OAI sur la base de l'expertise du Dr HH._____ ne tient qu'imparfaitement compte de l'exigibilité fixée par ce spécialiste, soit l'exercice d'une activité adaptée à un taux de 90 % avec une diminution de rendement de 10 %. Vu l'issue du litige (cf. consid. 7 et 8 infra), il n'y a toutefois pas lieu de développer plus avant cette problématique.

bb) Pour ce qui est de l'aspect diabétologique, les rapports du Dr Y._____ (cf. rapports des 24 avril 2020, 3 décembre 2020 et 3 mars 2022) ne font intrinsèquement état d'aucune détérioration significative de la pathologie diabétique affectant la recourante, en comparaison avec la situation prévalant lors des précédentes procédures. On notera, du reste,

que l'appréciation de ce médecin n'est pas exempte de contradiction dès lors qu'après avoir souligné le bon équilibre glycémique maintenu par sa patiente (cf. rapport du 24 avril 2020), le Dr Y._____ s'est ensuite référé à une situation « *toujours fortement déséquilibré[e]* » (cf. rapports des 3 décembre 2020 et 3 mars 2022). En tous les cas, des variations au niveau de l'équilibre glycémique, si elles ne sont certes pas souhaitables, ne permettent pas encore de conclure à une complication avérée du diabète. Dans ces conditions, il y a lieu de conclure que cette atteinte n'est, à elle seule, toujours pas susceptible d'impacter la capacité de travail de la recourante.

Dans ses différents rapports, le Dr Y._____ a cependant mis en avant le risque de complication découlant en particulier de l'interaction entre la labilité du diabète, le stress et l'anxiété (cf. rapports des 24 avril 2020, 3 décembre 2020 et 3 mars 2022). Or force est de constater que ce risque n'a pas été examiné comme tel dans le cadre de l'expertise mandatée par l'OAI – que ce soit en termes de probabilité ou d'impact réel. Quant au SMR, ledit service s'est référé à l'appréciation de l'expert Z._____ pour écarter toute problématique sur ce point, soulignant en particulier les ressources reconnues par l'expert psychiatre en matière de gestion du stress et des troubles anxieux (cf. avis médical SMR du Dr A._____ du 4 mars 2022). Dès lors que l'expertise psychiatrique en question apparaît néanmoins lacunaire non seulement quant à l'évaluation des ressources mais aussi quant à l'interaction entre les différentes atteintes (cf. consid. 6a supra), il s'ensuit que le raisonnement mené par le SMR ne saurait être corroboré. Sous cet angle aussi, l'instruction du dossier s'avère donc incomplète.

cc) On notera finalement qu'aucun avis médical au dossier ne fait état de nouvelles dégradations de l'atteinte ophtalmologique déjà connue.

c) Pour ce qui est finalement de l'appréciation consensuelle des experts Z._____ et HH._____, elle se résume à un renvoi aux conclusions de l'expert rhumatologue accompagné d'une mention quant à

l'absence d'atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique et l'entière capacité de travail en découlant (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 21 août 2019 p. 22 à 24). Or ce processus ne s'apparente pas à une discussion de fond telle qu'elle devrait intervenir dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire.

On peut, du reste, s'interroger sur la portée du consensus obtenu entre les deux experts. En effet, le Dr HH. _____ a indiqué que le substrat organique n'expliquait pas l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout de l'impotence fonctionnelle (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 21 août 2019 p. 18). Le Dr Z. _____ ne s'est toutefois pas positionné sur le sujet, respectivement n'a pas expliqué si les discordances observées par l'expert rhumatologues trouvaient un écho sur le plan psychiatrique ou non - notamment sous l'angle d'un syndrome douloureux chronique tel qu'évoqué par les Drs G. _____ et Y. _____ (cf. consid. 5b supra).

Il suit de là que, d'un point de vue consensuel, l'expertise du 21 août 2019 n'apparaît pas non plus satisfaisante.

d) De ce qui précède, il découle que l'expertise bidisciplinaire réalisée par les Drs HH. _____ et Z. _____ ne permet pas de statuer à satisfaction de droit.

e) Si par ailleurs les avis émis par les médecins traitants ont certes permis de mettre en évidence certaines lacunes affectant les conclusions des experts, ces avis ne contiennent toutefois pas d'appréciation suffisamment détaillée - notamment à l'aune des exigences jurisprudentielles découlant de l'ATF 141 V 281 - pour suffire à trancher le présent litige.

7. Des considérants qui précèdent, il résulte que les faits pertinents n'ont pas été investigués de manière satisfaisante et que l'instruction doit par conséquent être complétée sur le plan médical, afin de déterminer les atteintes à la santé dont souffre la recourante, leur

interaction (en particulier sur le plan de la psychiatrie, de la rhumatologie et du diabète) et leur éventuel impact sur sa capacité de travail.

Vu les présentes circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI (à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA), cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA avec le concours d'experts en psychiatrie, en rhumatologie et en diabétologie, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments des parties, ni de donner suite aux mesures d'instruction requises par la partie recourante.

8. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

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 en l'espèce de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, compte tenu de l'issue du litige.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 4'000 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 mettre à la charge de l'intimé.

**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 3 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Le frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 D._____ la somme de 4'000 fr. (quatre mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour D._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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).

La greffière :