

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juillet 2020

---

Composition : M. NEU, président  
Mme Berberat et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Karim Armand Hichri,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 4 juin 2001, au motif qu'elle souffrait d'une dépression avec décompensation anxieuse majeure invalidante depuis février 2000. Elle travaillait comme restauratrice indépendante avec son mari depuis 1986.

Son psychiatre, le Dr W. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisodes récurrents de dépression majeure avec somatisations ; F33), de trouble panique (F41.0) et de difficultés liées à de nombreuses pertes dans la famille et sur un plan personnel (Z63.7), qui réduisaient sa capacité de travail à 50 % (rapport du 17 octobre 2001).

L'enquête économique réalisée le 6 mai 2002 a conclu que l'assurée pouvait continuer à déployer une activité encore relativement importante selon la comparaison des champs d'activités, à 80 %.

Par décision du 25 avril 2003, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 2001, sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %.

**B.** Dans le cadre de la révision du droit à la rente, un examen psychiatrique de l'assurée a été réalisé au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 26 novembre 2007, celui-ci a constaté que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré, a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie et considéré que sa capacité de travail était totale dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Dans un rapport du 3 septembre 2008, la Dre M. \_\_\_\_\_ signalait des douleurs essentiellement de l'hémicorps droit. L'examen

neurologique pratiqué par le Dr X.\_\_\_\_\_ s'était cependant révélé strictement normal (rapport du 23 septembre 2008). L'IRM cérébrale du 20 août 2008 ayant fait suite à des céphalées inhabituelles avec vomissements était également dans les limites de la norme.

Par décision du 12 mai 2009, l'OAI a supprimé la demi-rente de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification, au motif qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le printemps 2006.

**C. a)** Le 11 mai 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans un rapport médical du 26 mars 2010, les Dres S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], médecin-assistante, du Département de psychiatrie du R.\_\_\_\_\_, Y.\_\_\_\_\_, ont indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était péjoré et qu'elle s'était retrouvée en totale incapacité de travail à partir du 22 décembre 2009, puis en incapacité de travail à 70 % du 10 au 23 février 2010 et à 50 % dès le 24 février 2010. Elles ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.1), de trouble panique (F41.0) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1).

Dans un rapport du 5 mai 2010, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et cardiologie, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de hernie discale C6-C7, de saillie discale latérale gauche L4-L5 s'appuyant sur la racine L5 gauche et d'état anxio-dépressif réactionnel sévère. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné une hypothyroïdie substituée, une dyslipidémie sévère et une hérédopathie chargée. Il a attesté une totale incapacité de travail du 19 août 2009 au 9 février 2010, une incapacité de 70 % du 10 février 2010 au 19 mars 2010 et une incapacité de 50 % à compter du 20 mars 2010. Une amélioration de la capacité de travail pouvait être attendue.

Le 10 mai 2010, l'assurée a précisé que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 100 % depuis 2001 dans le restaurant familial.

L'assureur perte de gain maladie de l'assurée a fait réaliser une expertise bidisciplinaire de médecine interne générale et psychiatrie auprès du T.\_\_\_\_\_ de [...] (ci-après : T.\_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 12 mai 2010, les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont conclu à la présence d'une hernie discale C6-C7 non chirurgicale, de lombalgies communes, d'un trouble dépressif récurrent depuis l'automne 2009 dont l'épisode actuel était moyen avec syndrome somatique, d'une anxiété généralisée depuis probablement l'été 2009 et de traits dépendants sans critères suffisants pour un diagnostic de trouble de la personnalité. Ils ont en outre exclu les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme. Les troubles physiques de l'assurée n'entraînaient pas d'incapacité de travail, tandis qu'une incapacité de travail de 50 % restait encore justifiée quelques mois sur le plan psychique. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.

Dès le 2 novembre 2010, l'OAI a octroyé à l'assurée plusieurs mesures d'intervention précoce sous forme d'une orientation professionnelle via un coaching puis d'un cours de formation pratique comme réceptionniste-téléphoniste à 50 %. Les rapports de stage des 1<sup>er</sup> février et 7 avril 2011 mentionnent que l'assurée était capable de maintenir un rythme de travail du début à la fin de l'activité, qu'aucune fatigue importante gênant l'activité n'avait été constatée et que si son rendement avait été dans les premiers temps réduit, cela était dû à une maîtrise insuffisante de la bureautique, ce qui entraînait en outre une diminution de sa confiance en elle et qu'elle présentait en outre des moments d'angoisse.

Dans un rapport du 3 août 2011, les Dres S.\_\_\_\_\_ et [...], médecin-assistante, ont noté une amélioration de l'état psychique de l'assurée. Elles ont conclu à la persistance du trouble dépressif récurrent,

épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et du trouble somatoforme indifférencié (F45.1), mais précisé que le trouble panique (F41.0) était en rémission et ont par ailleurs retenu le diagnostic de personnalité dépendante (F60.7). Selon elles, l'incapacité de travail de 50 % se poursuivait.

Dans des avis des 22 novembre 2011 et 17 février 2012, le SMR a considéré qu'il n'était pas valable de retenir un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié dans le contexte d'un trouble dépressif épisode moyen, que le trouble panique était en rémission, que selon la description, le trouble dépressif était totalement réactionnel à la situation de divorce et de séparation du couple, ainsi qu'à la situation de travail de l'assurée avec son ex-mari dans leur restaurant commun, et que le trouble de la personnalité dépendante n'était pas décompensé. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était pleine et entière depuis le 7 juillet 2010 dans toute activité adaptée, à savoir une activité sans relation avec le conflit conjugal.

Par décision du 14 août 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif que depuis le 7 juillet 2010, elle était à même de pouvoir reprendre son activité professionnelle dans la restauration à plein temps, ou toute autre activité. Des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient donc pas et elle n'avait pas droit à une rente d'invalidité.

**b)** L'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans par l'intermédiaire de son mandataire. A la suite d'une audience d'instruction tenue le 1<sup>er</sup> avril 2014, l'OAI a fait savoir, par détermination du 2 avril 2014, qu'il proposait l'annulation de la décision attaquée en vue de la reprise de l'instruction sur le plan médical. Par arrêt du 11 avril 2014 (AI 211/12 - 78/2014), la Cour de céans a admis le recours de l'assurée, annulé la décision du 14 août 2012 et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction.

c) Sur requête de l'OAI, les Dres F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], médecin-assistante, de Y.\_\_\_\_\_, ont transmis un rapport du 13 août 2014 dans lequel elles ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10), de personnalité dépendante (F60.7), ainsi que de cervicalgies et douleurs articulaires, avec la présence d'une hernie discale C6-C7 paramédiane droite et d'une saillie discale latérale gauche L4-L5 s'appuyant sur la racine L5 gauche. Elles ont fait savoir que l'état psychique de l'assurée s'était dégradé à la suite de l'incendie qui avait détruit son appartement et le restaurant familial en 2013. Son incapacité de travail avait été de 50 % depuis juillet 2010, puis de 30 % du 24 novembre 2010 au 25 mars 2011, puis de 100 % du 26 mars au 9 avril 2011 et à nouveau de 50 %, y compris dans une activité adaptée. Ses limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité diurne avec limitation de l'énergie, des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire, une vulnérabilité au stress ainsi qu'une anxiété avec des difficultés d'affirmation de soi et une faible estime d'elle-même, l'empêchant d'assumer de grandes responsabilités ou des tâches complexes, et nécessitant un cadre rassurant et soutenant.

Le 28 octobre 2014, le Dr N.\_\_\_\_\_ a transmis un rapport médical établi le 6 juin 2013 par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui retenait les diagnostics de cervicobrachialgies probablement sur syndrome radiculaire irritatif chronique C7 à droite, de hernie discale C6-C7 médiane et paramédiane à droite avec probable conflit radiculaire C7 à droite, de status post lombosciatalgies droites, d'état anxiodépressif, de probable pré-diabète et de surcharge pondérale.

La Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, a indiqué dans un rapport du 7 novembre 2014 qu'elle présentait des cervicalgies et brachialgies du membre supérieur droit sur discopathie dégénérative C6-C7 et hernie discale avec compression de la racine C7, des sciatalgies droites sur discopathie L3-L4, sans hernie discale, ni rétrécissement canalaire, une surcharge pondérale ainsi que des antécédents d'hypothyroïdie

substituée, d'hypercholestérolémie, de troubles dépressifs, de bulbite érosive avec Hpylori positif éradiqué. Elle estimait que la capacité de travail de l'assurée était réduite au vu des plaintes et qu'une activité allégée en mouvements rapides et en ports de charges, avec des temps de repos, serait probablement plus facile à assurer pour cette patiente.

Dans un rapport du 11 décembre 2014, le Dr N.\_\_\_\_\_ a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible et que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, en raison de ses cervicalgies, ses sciatalgies et de son état dépressif.

Le 7 octobre 2015, les Drs D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], médecin assistante, de Y.\_\_\_\_\_, ont considéré que les limitations physiques et psychiques de l'assurée ne lui permettaient pas de travailler à plus de 50 %.

A l'initiative du SMR, une expertise pluridisciplinaire a été réalisée auprès de la A.\_\_\_\_\_ (ci-après : A.\_\_\_\_\_). Dans leur rapport daté du 15 mars 2016, les Drs U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et E.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, ont fait les conclusions suivantes :

« Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- *Aucun*

Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail :

- *Etat douloureux chronique diffus (R 52.2)*
- *Cervico-brachialgies intermittentes chroniques dans le contexte d'une atteinte radiculaire irritative chronique C7 à droite sur hernie discale C6-C7 médiane et para-médiane (M 54.2)*
- *Discopathie C6-C7, avec hernie discale médiane et para-médiane droite (M 51.2)*
- *Lombalgies chroniques, d'origine musculo-squelettique (M 54.2)*
- *Dysthymie (F 34.1)*
- *Anamnesticquement : trouble dépressif majeur (caractérisé mélancolique), récurrent avec plusieurs épisodes de gravité indéterminée depuis l'âge de 20 ans, actuellement en rémission, sous traitement continu et efficace (F 33.4)*

- *Accentuation de certains traits de la personnalité de type dépendante et anxieuse évitante (Z 73.1)*
- *Obésité (BMI à 30) (E 66.0)*
- *Dyslipidémie traitée (E 78.0)*
- *Tabagisme à 30 UPA (F 17.2)*

[...]

Au terme de l'entretien de synthèse, les experts s'accordent pour ne retenir aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail actuellement. En effet, du point de vue de l'appareil locomoteur, on constate que l'assurée dispose d'incontestables aptitudes physiques. De plus, rien dans l'examen physique ou les examens d'imagerie n'indique [...] de limitation significative liée à un diagnostic spécifique à même de justifier une incapacité de travail quel[le] que soit l'activité envisagée. Du point de vue neurologique, s'agissant d'une atteinte non-déficiente, le diagnostic posé n'a aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée pour autant que soient respectées certaines limitations: pas de port de charge lourde avec les bras au-dessus de la tête ni de travail régulier avec les bras au-dessus de la tête.

D'un point de vue psychique, il n'est également pas retenu de diagnostic incapacitant et on s'attend à un état inchangé à moyen et long terme avec des oscillations vers le haut et vers le bas typiques de son état. Toutefois, il est considéré qu'une aide au placement dans le domaine de sa profession de réceptionniste, apprise et pratiquée au Portugal, qui avait à nouveau été mise en avant dans le plan de réadaptation de 2010 et rafraîchi par des stages aux [...] en 2011 aiderait psychiquement cette assurée qui est tout à fait partie prenante d'une telle mesure et reprise professionnelle. »

Dans des avis des 22 août et 7 octobre 2016, le SMR a considéré que la capacité de travail de l'assurée était totale dans toutes les activités respectant les limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise, correspondant autant à son activité bureautique qu'au service effectué dans le restaurant, puisque le port de charge ne se faisait pas au-dessus des épaules. L'état de santé devait être considéré comme stationnaire depuis l'expertise du T.\_\_\_\_\_, susceptible de fluctuation, et ne permettant pas de pouvoir représenter une incapacité de travail de longue durée. Une aide au placement semblait inutile dans la mesure où l'assurée pourrait travailler dans le restaurant familial.

**d)** Par projet de décision du 8 mars 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait refuser sa demande de prestations AI.

L'assurée a présenté ses objections par l'intermédiaire de son mandataire le 30 juin 2017 et transmis plusieurs rapports médicaux de ses médecins traitants :

- Dans un rapport du 20 juin 2017, la Dre H. \_\_\_\_\_ a écrit qu'une IRM du rachis avait montré une large hernie discale en C6-C7 et une arthrose lombaire pluri-étagée, qu'une cure de hernie discale avait été faite en septembre 2016, qu'il y avait une suspicion de tunnel carpien, ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale pour le moment. Elle a estimé que l'assurée n'était pas capable de travailler durant l'année 2016 en raison de ces affections.
- Le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a précisé que l'examen électrophysiologique qu'il avait pratiqué ne permettait pas de confirmer la présence d'un syndrome du tunnel carpien, dans son rapport du 26 janvier 2017.
- Le rapport établi le 8 décembre 2016 par le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, indiquait que l'évolution en post-opératoire était favorable avec une nette diminution des douleurs irradiant dans le membre supérieur droit, la patiente se plaignant encore d'une sensation de faiblesse dans les mains. Ce médecin a par ailleurs mentionné que l'assurée présentait une fibromyalgie.
- Dans un rapport du 17 février 2015, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a relevé que le syndrome douloureux chronique de l'assurée pourrait faire évoquer une fibromyalgie, mais qu'à la palpation, seuls 4 points étaient retrouvés, ce qui était peu concluant pour retenir ce diagnostic.
- Dans un rapport du 22 décembre 2015, ce même médecin a mentionné des douleurs de la cheville gauche en regard du ligament latéral externe et un problème d'épine calcanéenne.

Dans un avis médical du 15 août 2017, le SMR a indiqué qu'une épine calcanéenne n'était pas une pathologie incapacitante, que les pathologies cervicales avaient été prises en compte dans l'expertise de la A.\_\_\_\_\_, que l'évaluation de la capacité de travail n'était pas définie par une image radiologique et que le syndrome du tunnel carpien n'avait pas été confirmé. Les conclusions de l'expertise étaient donc valables et il y avait lieu de réactualiser le dossier au sujet de l'intervention neurochirurgicale intervenue par la suite.

Le 8 septembre 2017, la Dre H.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de myélopathie cervicale sur hernie discale C6-C7. La patiente avait repris son activité habituelle à 100 %, en alternant les positions assise et debout, mais nécessitait encore beaucoup de coupures pour se reposer car elle ne remarquait pas d'amélioration des douleurs. Elle se disait limitée dans le port de charges et la conduite automobile.

Dans un rapport du 10 octobre 2017, le Dr O.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail de l'assurée était de 100 % dans son activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017. Il ressortait des certificats d'arrêt de travail établis que l'assurée avait repris son travail à 50 % le 1<sup>er</sup> janvier 2017, puis à 100 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2017.

Dans son avis du 2 novembre 2017, le SMR a estimé qu'il y avait une nouvelle incapacité de travail à partir du 5 septembre 2016 à 100 %, puis à 50 % du 1<sup>er</sup> janvier au 8 mars 2017.

**e)** Par décision du 31 janvier 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que sa capacité de travail demeurait de 100 % dans son activité habituelle. Dans un courrier du même jour faisant partie intégrante de cette décision, il a relevé que la nouvelle incapacité de travail à partir du 5 septembre 2016 n'avait pas duré une année et n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

**D.** Par acte de son mandataire du 8 mars 2018, G.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales

du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2010, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a fait valoir que tous les médecins, à l'exception de ceux de la A.\_\_\_\_\_, s'accordaient à retenir que sa capacité de travail était de 50 %, qu'aucun élément ne permettait de douter de la valeur probante de leurs rapports, que l'OAI avait admis qu'elle ne pouvait plus exercer son activité de restauratrice et avait mis en place des mesures d'ordre professionnel à 50 % également et que le médecin-psychiatre de la A.\_\_\_\_\_ n'expliquait pas pourquoi l'avis de tous les autres médecins, y compris l'expert du T.\_\_\_\_\_, n'étaient pas convaincants. Il convenait donc de lui reconnaître une capacité de travail de 50 % dans une activité de réceptionniste-téléphoniste à tout le moins jusqu'au mois de mars 2016, au moment où l'expertise auprès de la A.\_\_\_\_\_ avait eu lieu. En 2010, son revenu sans invalidité aurait été de 50'731 fr. 80 et son revenu d'invalidé, sur lequel un abattement de 15 % devait être appliqué en raison de ses limitations fonctionnelles, de son âge, de sa nationalité et de son taux d'occupation, était de 22'308 fr. 62, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 56 %.

Dans sa réponse du 24 mai 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 19 septembre 2019, la recourante a produit le rapport de la nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique réalisée par le T.\_\_\_\_\_ à la demande de son assureur perte de gain maladie. Dans ce document du 12 août 2019, les Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique (F33.11), d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01), d'anxiété généralisée (F41.1), de personnalité dépendante (F60.7), de possible syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de fibromyalgie, de lombalgies chroniques sur spondylo-discarthrose L4-L5 et de cervicalgies d'origine mixte. L'assurée avait fait une décompensation psychique en lien avec des douleurs

chroniques et des problèmes de santé de son mari, qui avait subi un accident cardio-vasculaire en avril 2019.

Par détermination du 10 octobre 2019, l'OAI a estimé, sur la base d'un avis du SMR du 7 octobre 2019, que le rapport d'expertise produit n'amenait aucun élément médical nouveau par rapport à l'expertise de 2016 concernant la période prévalant jusqu'au 31 janvier 2018. Dans son avis, le SMR a constaté qu'il n'y avait aucune pathologie rhumatologique mentionnée par les experts en 2019 qui n'ait été prise en considération en 2016. Sur le plan psychique, le diagnostic d'agoraphobie était nouvellement posé, sans cependant être argumenté et l'intensité de la dépression, qualifiée de moyenne à sévère, était consécutive à l'AVC du mari survenu en avril 2019, ce qui n'était pas incohérent avec le fait que la dépression était en rémission en 2016.

Le 5 novembre 2019, la recourante a maintenu sa position.

Par courrier du 30 décembre 2019, elle a produit un rapport du 24 décembre 2019 des Dres F. \_\_\_\_\_ et [...], médecin assistante, qui indiquaient qu'elle avait pu exercer une activité professionnelle – bien qu'ayant été très limitée dans ses interventions, son rythme de travail, son rendement et son endurance – et qu'il était hautement probable que cela ne soit pas le cas dans un emploi de serveuse auprès d'un employeur du marché du travail, en raison de ses troubles cognitifs, de son anxiété dans les rapports sociaux, de ses états dépressifs récurrents et de sa grande fatigabilité. Les psychiatres traitantes estimaient que l'assurée avait présenté de nombreuses périodes d'incapacité de travail entre 50 % et 100 % consécutives à une atteinte psychiatrique chronique.

Le 20 janvier 2020, l'OAI a indiqué que ce document n'était pas de nature à remettre en cause les résultats de son instruction, se référant à un avis émis le 13 janvier 2020 par le SMR, lequel estimait qu'il s'agissait clairement d'une appréciation différente de la même situation n'apportant aucun élément nouveau sur la période litigieuse.

## **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.** Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité à la suite de la demande de prestations qu'elle a déposée le 11 mai 2010.

**3. a)** 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)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est

versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi (art. 29<sup>bis</sup> RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). L'art. 29<sup>bis</sup> RAI est applicable seulement au calcul de la période d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, mais pas à la détermination de la période d'attente selon l'art. 29 al. 1 LAI (ATF 142 V 547 consid. 3).

Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29<sup>bis</sup> est toutefois applicable par analogie.

**c)** 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 LPGGA).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**4. a)** La recourante a bénéficié par le passé d'une demi-rente d'invalidité en raison d'un trouble dépressif récurrent (épisodes récurrents de dépression majeure avec somatisations ; F33), d'un trouble panique (F41.0) et de difficultés liées à de nombreuses pertes dans la famille et sur un plan personnel (Z63.7), qui réduisaient sa capacité de travail à 50 %. Selon l'examen psychiatrique réalisé le 21 novembre 2007 par le SMR, l'état psychique de la recourante s'était amélioré et elle ne présentait plus qu'une dysthymie (F34.1), non incapacitante, ce qui a conduit à la suppression de son droit à la rente au 31 juillet 2009.

Il convient en l'occurrence d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est dégradé par la suite au point de lui ouvrir à nouveau le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**b)** Dans la décision attaquée, l'OAI soutient que tel n'est pas le cas, se référant aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire qu'il a fait réaliser auprès de la A.\_\_\_\_\_.

Le rapport d'expertise établi le 15 mars 2016 peut en effet se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'on constate que les différents experts se sont prononcés en pleine connaissance du dossier médical de la recourante, y compris radiologique, ainsi que de son

anamnèse tant familiale que personnelle, professionnelle et médicale. Ils ont tenu compte des plaintes qu'elle a émises, de ses habitudes de vie, ont réalisé un examen clinique détaillé dans chacun de leur domaine de compétences et ont pris leurs conclusions au terme d'un entretien de synthèse, conclusions qu'ils ont exposées de manière motivée et détaillée.

**c)** Sur le plan psychique, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1), anamnestiquement de trouble dépressif majeur (caractérisé, mélancolique) récurrent avec plusieurs épisodes de gravité indéterminée depuis l'âge de 20 ans, actuellement en rémission, sous traitement continu et efficace (F33.4), ainsi qu'une accentuation de certains traits de la personnalité de type dépendante et anxieuse-évitante (Z73.1).

**aa)** Il partage ainsi l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_ (examen SMR du 21 novembre 2007) quant au fait que la recourante présente avant tout une dysthymie. Il explique que cette pathologie correspond à un syndrome dépressif mineur sans caractéristique mélancolique, marqué par une souffrance psychique vécue comme telle depuis l'adolescence ou le jeune âge adulte, d'intensité variable (expertise psychiatrique A.\_\_\_\_\_ p. 8). La motivation de ce diagnostic est certes succincte, mais cohérente avec ses observations cliniques, à savoir que la recourante présente une hyperémotivité à l'abord de sujets douloureux, mais est en même temps tout à fait capable de transmettre des affects joyeux, témoignant ainsi d'une humeur changeante entre tristesse et sourires, toujours dans un contexte approprié. Il n'observe en outre pas de ralentissement de la pensée, ni de ralentissement psychomoteur, ni d'humeur dépressive dans le sens propre du terme, qui serait présente indépendamment du contexte. Lors de cet examen clinique, la recourante a montré une mimique vive, une absence de difficulté cognitive, avec une attention et une concentration normales et ne diminuant pas après une exploration psychiatrique d'une heure et trente minutes, pourtant émotionnellement éprouvante. Son appétit était conservé, tout comme sa libido. Subjectivement, la recourante se sentait irritable et anxieuse, mais l'expert ne l'a pas observé durant l'entretien (expertise psychiatrique

A.\_\_\_\_\_ p. 7). Au niveau de la vie quotidienne, l'expert relève que l'assurée entretient des contacts assez proches avec ses trois filles, qu'elle va au moins une fois par semaine à [...] voir l'ami avec qui elle entretient une relation sentimentale et qu'elle voyage au moins une fois par an au Portugal, parfois seule, pour rendre visite à sa famille, ce qui va à l'encontre d'un retrait social issu d'une maladie du domaine psychiatrique (ibidem). C'est donc de manière convaincante que le Dr B.\_\_\_\_\_ conclut à l'existence d'une dysthymie.

Cela étant, le Dr B.\_\_\_\_\_ reconnaît également, sur la base de l'anamnèse, que la recourante a présenté un trouble dépressif récurrent avec plusieurs épisodes de gravité indéterminée, estimant que celui-ci est en rémission, sous traitement continu et efficace. Il admet ainsi que la recourante a pu subir des phases de dépression caractérisée de type mélancolique avec présence de symptômes souvent incapacitants comme le ralentissement psychomoteur, la diminution de la capacité de perception mentale, l'indécision, la diminution de l'élan vital et la perte de l'envie d'entreprendre quoi que ce soit. Il précise que de telles phases peuvent durer entre quelques jours et quelques mois (expertise psychiatrique A.\_\_\_\_\_ p. 8). En cela, ses conclusions concordent avec celles des experts du T.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 12 mai 2010, les experts ont conclu à un diagnostic de trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel était moyen avec syndrome somatique depuis l'automne 2009, tout en pronostiquant une amélioration de la situation psychique de l'assurée dans les mois suivants. A l'anamnèse, le Dr P.\_\_\_\_\_ retrouvait de nombreux critères de la dépression, dont l'intensité était en général importante, qui penchaient pour un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique avec une composante d'agitation et un syndrome somatique. Son examen objectif avait mis en évidence des signes dépressifs d'intensité modérée, tels une démarche ralentie, une gestuelle peu fluide, un ralentissement modéré, une fatigabilité modérée, une humeur modérément déprimée, des idées de culpabilité et dépressives d'intensité importantes, des idées de disparaître, une expression émotionnelle non fluctuante, des troubles modérés de la concentration et de la mémoire, un processus de pensée marqué par un fonctionnement

dépressif, en circuit fermé avec des tendances digressives (rapport d'expertise T. \_\_\_\_\_ p. 13). Le Dr P. \_\_\_\_\_ avait en outre observé d'importants signes anxieux et posé le diagnostic d'anxiété généralisée, présent probablement depuis l'été 2009. Les experts du T. \_\_\_\_\_ précisaient cependant qu'ils pensaient que l'incapacité de travail, qui était alors de 50 %, allait diminuer dans les mois suivants (expertise p. 14-15).

L'amélioration attendue a effectivement eu lieu et a été confirmée par les rapports médicaux des psychiatres traitants. Dans leur rapport du 3 août 2011, les Dres S. \_\_\_\_\_ et [...] notent une amélioration de l'état de santé de la recourante depuis le début des mesures de réinsertion organisées par l'OAI, avec une amélioration de l'humeur, une relative meilleure gestion de son angoisse et une disparition des crises de panique. Elles retiennent dès lors que le trouble panique (F41.0) qu'elles avaient auparavant retenu (rapport du 26 mars 2010) est en rémission. Elles estiment en revanche que le trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) se poursuit, sans toutefois expliquer pourquoi elles maintiennent un tel diagnostic malgré l'amélioration de l'humeur constatée et le fait que l'état clinique de la recourante est ensuite resté stable (rapport p. 2).

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître qu'à partir de l'été 2009, la recourante a connu un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent et qu'elle a également souffert d'une anxiété généralisée. Ses troubles se sont toutefois améliorés dans les mois qui ont suivi l'examen au T. \_\_\_\_\_ et son état psychique est ensuite demeuré stable, celle-ci ne présentant plus qu'une dysthymie. Le Dr B. \_\_\_\_\_ estime que depuis 2010, l'état psychique de l'assurée est globalement resté inchangé. Il reconnaît cependant une probable péjoration au cours de l'année 2013, réactionnelle à une situation psychosociale très difficile, à la suite de l'incendie du domicile et du restaurant de la recourante et de son mari. Il admet que cela a pu engendrer une nouvelle phase de dépression chez l'assurée, qui a pu justifier un arrêt-maladie de quelques semaines, au maximum de quelques mois, mais qui, grâce au traitement psychiatrique

approprié, est depuis lors de nouveau en rémission (expertise psychiatrique A. \_\_\_\_\_ p. 8). Dans leur rapport du 13 août 2014, les Dres F. \_\_\_\_\_ et [...] mentionnent cet événement malheureux et indiquent qu'à la suite de l'incendie, l'état psychique de la recourante s'est effectivement péjoré de façon significative, avec la réapparition de crises d'angoisse ainsi que d'autres symptômes. Elles ne posent toutefois aucun nouveau diagnostic dans le registre anxieux et maintiennent l'épisode actuel moyen dans le cadre du trouble dépressif récurrent. Il ressort en outre de leur rapport que cet incendie n'a pas entraîné de diminution de la capacité de travail de la recourante, qui était toujours de 50 % depuis le 10 avril 2011 selon leur estimation.

**bb)** Dans le rapport d'expertise de la A. \_\_\_\_\_, le Dr B. \_\_\_\_\_ retient en outre un diagnostic d'accentuation de certains traits de la personnalité de type dépendante et anxieuse-évitante (Z73.1). Lors de l'examen psychiatrique SMR, le Dr J. \_\_\_\_\_ avait retrouvé des traits de personnalité dépendante, avec des difficultés de poser ses choix, de terminer des tâches entreprises et une subordination de ses besoins à ceux des autres, sans toutefois retenir de diagnostic sur ce point (rapport d'examen SMR p. 4). Dans le cadre de l'expertise du T. \_\_\_\_\_, les experts ont également conclu à la présence de traits dépendants, sans critères suffisants pour un diagnostic de trouble de la personnalité (rapport d'expertise pp. 13-14). Les conclusions concordantes de ces différents médecins permettent d'écartier de manière convaincante un véritable diagnostic de trouble de la personnalité, contrairement à ce que retiennent les médecins de l'Y. \_\_\_\_\_. On peut d'ailleurs relever que dans leur rapport du 26 mars 2010, les Dres S. \_\_\_\_\_ et [...] ne posaient aucun diagnostic de ce registre-là et que ce n'est que par la suite que les médecins de l'Y. \_\_\_\_\_ ont retenu l'existence d'une personnalité dépendante (F60.7), dans leurs rapports des 3 août 2011 et 13 août 2014.

**cc)** De même, il y a lieu d'écartier le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié retenu par la Dre S. \_\_\_\_\_ dans ses rapports des 26 mars 2010 et 3 août 2011. Outre le fait que ce diagnostic n'est ensuite pas repris dans le rapport du 13 août 2014, aucun des experts

intervenues n'a retenu un tel diagnostic. Le Dr J.\_\_\_\_\_ relève que son examen n'a pas montré de syndrome somatoforme douloureux persistant (rapport SMR p. 4), les Drs Q.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont précisé que la recourante ne présentait ni fibromyalgie, ni trouble somatoforme (expertise T.\_\_\_\_\_ p. 15), observant par ailleurs que les douleurs ubiquitaires évoquées à l'anamnèse n'apparaissaient pas au premier plan et s'inscrivaient notamment dans le cadre de l'épisode dépressif présenté alors par la recourante (expertise T.\_\_\_\_\_ p. 13). Quant aux experts de la A.\_\_\_\_\_, ils concluent à un état douloureux chronique diffus (R52.2), sans répercussion sur la capacité de travail.

**dd)** Au final, sur le plan psychiatrique, il y a lieu de considérer que la recourante présente une dysthymie, une accentuation de certains traits de personnalité dépendante et anxieuse-évitante, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent en rémission, ayant donné lieu à des épisodes de gravité indéterminée.

**d)** S'agissant de sa capacité de travail sur le plan psychique, il n'est pas contesté que la recourante a présenté une totale incapacité de travail à partir du 18 décembre 2009, au moment de son hospitalisation en milieu psychiatrique en raison d'un effondrement psychique, laquelle a duré jusqu'au 22 décembre 2009 (expertise T.\_\_\_\_\_ p. 5, rapport de l'Y.\_\_\_\_\_ du 3 août 2011). Son incapacité de travail a ensuite été de 70 % du 10 au 23 février 2010 et de 50 % à partir du 24 février 2010 (rapport de l'Y.\_\_\_\_\_ du 26 mars 2010). Les experts du T.\_\_\_\_\_ ont admis que la capacité de travail de la recourante était toujours limitée à 50 % au moment de leur examen en mars 2010, mais ont précisé que l'incapacité de travail devrait diminuer dans les mois suivants, proposant que la recourante soit revue trois à quatre mois plus tard. Il y a lieu d'admettre que la recourante a effectivement retrouvé une pleine capacité de travail quelques mois après l'expertise du T.\_\_\_\_\_. Certes, les psychiatres traitants ont continué à estimer que la recourante présentait une incapacité de travail partielle, néanmoins que de 30 % à partir du 24 novembre 2010, puis à nouveau de 50 % à partir d'avril 2011 après une courte période de totale incapacité (rapport du 3 août 2011). Leur

évaluation de la capacité de travail ne paraît toutefois pas cohérente avec l'amélioration de l'état de santé de la recourante qu'ils reconnaissent eux-mêmes dans ce même rapport. En outre, le Dr B.\_\_\_\_\_ relève que, comme l'anamnèse biographique le montre, il y a des facteurs contextuels assez compliqués, pouvant avoir un impact sur l'état psychique de la recourante, facteurs qui sortent cependant du domaine médical (expertise psychiatrique A.\_\_\_\_\_ p. 8). Il apparaît en effet que l'incapacité de travail attestée est notamment liée au contexte de travail et non à une incapacité inhérente à la recourante puisque les psychiatres traitants envisagent un pronostic positif si de nouvelles mesures professionnelles sont octroyées (rapport du 3 août 2011 p. 3, rapport du 13 août 2014 pp. 3-4). Les rapports des stages effectués par la recourante début 2011 vont également dans le sens d'une récupération de la capacité de travail, même si ceux-ci ne se sont déroulés qu'à un taux de 50 %. La recourante avait alors pu tenir le rythme de travail et son insécurité était surtout liée aux exigences d'une activité de réceptionniste-téléphoniste, ce qui n'est pas déterminant puisque son activité habituelle dans la restauration demeure exigible. Il y a par conséquent lieu d'admettre que la capacité de travail de la recourante a de nouveau été entière quelques mois après l'évaluation au T.\_\_\_\_\_. Une période d'incapacité de travail a peut-être existé à la suite de l'incendie survenu en 2013, sans toutefois être attestée dans les rapports médicaux au dossier. Il se justifie par conséquent de suivre l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_, qui estime que s'il y a eu un arrêt-maladie, celui-ci a duré quelques semaines, au maximum quelques mois (expertise psychiatrique A.\_\_\_\_\_ p. 8). Il précise que par la suite, la capacité de travail de la recourante a de nouveau été complète.

**e)** Au cours de la présente procédure de recours, la recourante a produit deux nouveaux documents relatifs à son état de santé psychique, à savoir le rapport de la nouvelle expertise réalisée par le T.\_\_\_\_\_ le 12 août 2019 ainsi qu'un rapport établi par les médecins de l'Y.\_\_\_\_\_ le 24 décembre 2019.

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant

au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

Il faut constater que la péjoration de l'état psychique de la recourante qui est décrite dans le rapport d'expertise a été consécutive à l'AVC dont a souffert son mari en avril 2019, à savoir un élément clairement postérieur à la décision litigieuse, rendue le 31 janvier 2018.

Par ailleurs, ces rapports ne vont pas à l'encontre de ce qui a été dit ci-dessus. C'est en effet en lien avec l'événement précité que les experts ont conclu à la réactivation du trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel moyen à sévère avec syndrome somatique (F33.11), à une réapparition de l'anxiété généralisée (F41.1) et à l'existence d'une agoraphobie avec trouble panique (F40.01). S'ils retiennent par ailleurs les diagnostics de personnalité dépendante (F60.7) et évoquent l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), leur appréciation n'apparaît toutefois pas probante sur ces points. Ils basent en effet le diagnostic de personnalité dépendante sur les éléments anamnestiques en faisant une lecture erronée de la précédente expertise T.\_\_\_\_\_. Comme mentionné plus haut, celle-ci n'avait mis en évidence que des traits dépendants sans critères suffisants pour un diagnostic de trouble de la personnalité (rapport T.\_\_\_\_\_ 2010 p. 14). Or, dans la nouvelle expertise, les Drs L.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ notent de manière inexacte que la précédente évaluation psychiatrique dans leur centre avait conclu à la présence d'un trouble de la personnalité (rapport T.\_\_\_\_\_

2019 p. 15). Le diagnostic de personnalité dépendante qu'ils retiennent repose dès lors sur des éléments erronés. S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, non seulement ils ne le considèrent que comme possible, mais de plus, leur appréciation ne se fonde que sur le fait que « les plaintes algiques ont été fréquemment rapportées et présentées comme cause de l'incapacité de travail initiale » (rapport T.\_\_\_\_\_ 2019 p. 17).

S'agissant du rapport de l'Y.\_\_\_\_\_ du 24 décembre 2019, celui-ci n'apporte pas d'éléments déterminants, voire contredit les précédents rapports émanant de cette institution dans la mesure où il présente la collaboration de la recourante avec son mari comme un contexte de travail rassurant et tolérant, alors que les précédents rapports insistaient sur l'utilité de mettre en place des mesures professionnelles afin de donner de nouvelles perspectives professionnelles à la recourante, ce qui améliorerait certainement son état psychique.

**f)** Sur le plan somatique, les experts de la A.\_\_\_\_\_ ont conclu à la présence d'un état douloureux chronique diffus (R52.2), à des cervico-brachialgies intermittentes chroniques dans le contexte d'une atteinte radiculaire irritative chronique C7 à droite sur hernie discale C6-C7 médiane et para-médiane (M54.2), à des discopathies C6-C7 avec hernie discale médiane et para-médiane droite (M52.2), à des lombalgies chroniques d'origine musculo-squelettiques (M54.2) ainsi qu'à l'existence d'une obésité, d'une dyslipidémie traitée et d'un tabagisme à 30 UPA.

Ces diagnostics concordent avec ceux posés par les médecins traitants. Il est notamment admis par l'ensemble des médecins consultés que la recourante souffre de douleurs cervicales et lombaires.

Les autres diagnostics qui ressortent de certains rapports médicaux, tels que l'hypothyroïdie substituée, les gonalgies et le fait qu'elle a présenté une douleur thoracique extracardiaque (éléments figurant notamment dans le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 11 décembre 2014) ont également été pris en compte par les experts de la A.\_\_\_\_\_

(expertise A. \_\_\_\_\_ pp. 14-15, expertise de médecine interne A. \_\_\_\_\_ pp. 2-3).

A la suite de l'expertise de la A. \_\_\_\_\_, les médecins traitants ont encore évoqué une suspicion de tunnel carpien. Les résultats des tests ne permettaient toutefois pas de confirmer ce diagnostic et il n'y avait aucune indication chirurgicale (rapport de la Dre H. \_\_\_\_\_ du 20 juin 2017, rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ du 26 janvier 2017).

La recourante a finalement subi une cure de hernie discale en septembre 2016. Dans son rapport du 8 décembre 2016, le Dr O. \_\_\_\_\_ mentionne que l'évolution post-opératoire a été favorable, avec une nette diminution des douleurs irradiant dans le membre supérieur droit. Il indique que la recourante présente par ailleurs une fibromyalgie. Un tel diagnostic a toutefois été exclu au cours de l'expertise pratiquée au T. \_\_\_\_\_ en 2010 (rapport p. 15), de même que par le Dr Z. \_\_\_\_\_ (rapport du 22 décembre 2015).

Il se justifie par conséquent de s'en tenir aux diagnostics posés par les médecins de la A. \_\_\_\_\_.

**g)** Les experts de la A. \_\_\_\_\_ concluent, à l'instar des experts du T. \_\_\_\_\_, que les troubles physiques de la recourante ne justifient pas d'incapacité de travail. Celle-ci doit cependant éviter le port de charges lourdes ainsi que le travail régulier avec les bras au-dessus de la tête. Hormis cela, les experts constatent que la recourante dispose d'incontestables aptitudes physiques. Il n'y a aucune raison de s'écarter de leur appréciation, prise en pleine connaissance du dossier et des plaintes de l'assurée, après avoir procédé à un examen clinique détaillé.

Les rapports des médecins traitants ne permettent pas non plus de remettre en cause les conclusions des experts. Dans ses rapports médicaux, le Dr N. \_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail de la recourante est limitée, mais son appréciation n'est pas motivée et tient

compte des atteintes psychiques (rapports des 5 mai 2010 et 11 décembre 2014).

Dans son rapport du 7 novembre 2014, la Dr H.\_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail de la recourante est réduite, mais en se basant uniquement sur les plaintes de l'assurée. Elle envisage en outre une activité allégée en mouvements rapides et en port de charges, avec des temps de repos, en indiquant seulement qu'une telle activité serait probablement plus facile à assurer pour cette patiente.

Dans son rapport du 20 juin 2017, elle estime que la recourante n'était pas capable de travailler durant l'année 2016 en raison de sa hernie discale et d'un début de tunnel carpien. L'on peut cependant suivre les avis motivés du SMR relatifs aux rapports produits postérieurement à l'expertise de la A.\_\_\_\_\_. Dans celui du 15 août 2017, le SMR relève que les experts de la A.\_\_\_\_\_ avaient connaissance de la hernie cervicale lorsqu'ils ont fait leur appréciation, que le diagnostic de syndrome du tunnel carpien n'a pas été retenu et que celui d'épine calcanéenne n'est pas incapacitant. S'agissant de la cure de hernie discale, le SMR reconnaît que cette opération a engendré une incapacité de travail totale à partir du 5 décembre 2016, puis à 50 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et retient que la recourante a récupéré une pleine capacité de travail le 8 mars 2017 (étant précisé que dans ses certificats produits le 10 octobre 2017, le Dr O.\_\_\_\_\_ retient tantôt la date du 1<sup>er</sup> mars 2017, tantôt celle du 1<sup>er</sup> avril 2017). La Dre H.\_\_\_\_\_ confirme également la récupération d'une pleine capacité de travail dans son rapport du 8 septembre 2017.

**h)** Au final, l'on peut retenir que la recourante a récupéré une totale capacité de travail quelques mois après l'expertise au T.\_\_\_\_\_ de mars 2010, qu'elle a pu connaître une courte période d'incapacité de travail en 2013 pour des raisons psychiques, qu'elle a ensuite rapidement retrouvé une pleine capacité de travail puis a connu une période temporaire d'incapacité de travail totale à partir du 5 septembre 2016, à 50 % dès janvier 2017 et qu'elle a à nouveau retrouvé une pleine capacité

de travail dès mars-avril 2017 jusqu'au moment de la décision litigieuse. Les limitations fonctionnelles sont l'absence de port de charges lourdes et de travail régulier avec les bras au-dessus de la tête, soit des limitations compatibles avec l'activité habituelle.

**i)** La recourante a déposé sa nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 11 mai 2010. Dans la mesure où ses problèmes psychiques lui avaient donné le droit à une rente d'invalidité moins de trois ans auparavant, il n'était pas nécessaire que la condition du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI soit remplie (art. 29<sup>bis</sup> RAI). Un éventuel droit à la rente ne pouvait toutefois intervenir que six mois après le dépôt de sa demande, en application de l'art. 29 al. 1 LAI (ATF 142 V 547 consid. 3), soit à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2010. Force est de constater qu'à cette date la recourante avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, plus de sept mois s'étant écoulés depuis l'examen au T.\_\_\_\_\_. En outre, la période d'incapacité de travail qui serait intervenue par la suite, relative à une péjoration psychique courant 2013, n'est non seulement pas attestée clairement, mais n'a dans tous les cas pas duré assez longtemps pour remplir la condition d'un nouveau délai d'attente au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, ni pour constituer une modification durable de la capacité de gain au sens de l'art. 88a al. 2 RAI dans la mesure où cette disposition serait applicable.

Quant aux problèmes somatiques, ils n'étaient pas présents au moment où la recourante a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, respectivement n'étaient pas à la base de l'octroi de cette demi-rente, si bien que la condition du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI s'applique à leur égard. Or il faut constater que les problèmes somatiques de la recourante n'ont pas entraîné d'incapacité de travail moyenne d'au moins 40 % pendant au moins une année, que ce soit entre 2009 et 2010 ou à la suite de l'opération de la hernie discale en 2016.

En définitive, c'est à juste titre que l'OAI a refusé de mettre la recourante au bénéfice d'une rente d'invalidité par décision du 31 janvier 2018.

**5. a)** Le recours doit par conséquent être rejeté.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** Par décision du juge instructeur du 23 avril 2018, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 mars 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Karim Armand Hichri. Ce dernier a informé la Cour de céans qu'il renonçait à produire une liste des opérations. Considérant l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès, l'indemnité de Me Karim Armand Hichri est arrêtée à 1'500 fr., débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service

juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 31 janvier 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Karim Armand Hichri, conseil d'office de la recourante, est arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs), 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 :

La greffière :

**Du**

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

- Me Karim Armand Hichri (pour la recourante),
- 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 :