

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 septembre 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

Mme Feusi et M. Reinberg, assesseurs

Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Patronato INAS CISL, à Lausanne,

et

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

Art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1959, d'origine italienne, sans formation professionnelle, arrivée en Suisse en 1977, à la tête de l'entreprise de nettoyage J._____ depuis 1993 et citoyenne helvétique depuis 2014, a déposé le 10 novembre 2005 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Par rapport du 23 janvier 2005 [recte : 2006], la Dre G._____, médecin généraliste traitante, a signalé des lombalgies bilatérales avec syndrome pseudo-radiculaire bilatéral sur troubles dégénératifs étagés et canal lombaire étroit, associés à un état dépressif et à une consommation excessive d'alcool. L'incapacité de travail était évaluée à 50 % depuis le 8 novembre 2004 dans toute activité.

En date du 2 mars 2006, l'assureur perte de gain [...] Assurances a communiqué son dossier qui contenait notamment un rapport d'expertise établi le 28 novembre 2005 par le Dr V._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. L'expert y diagnostiquait une lombalgie chronique sur rétraction des ischio-jambiers et éthylisme chronique. Soulignant que le travail de l'assurée consistait à établir des devis, à s'occuper de la gestion et à surveiller son personnel, l'expert considérait que les troubles physiques n'avaient aucune incidence dans une activité de pure gestion et surveillance et que la capacité de travail demeurait entière, un avis psychiatrique s'avérant toutefois essentiel.

Différents spécialistes consultés par l'assurée ont en outre été interpellés par l'OAI. Dans ce contexte, il est apparu qu'un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 3 mars 2004 du Dr Z._____ avait montré une petite protrusion discale postéromédiane en L4-L5 légèrement sténosante, une protrusion discale postéromédiane gauche légèrement à modérément sténosante en L5-S1, ainsi qu'un rétrécissement du canal lombaire en L4-L5 par l'arthrose postérieure. Sur

cette base, il avait été conclu à des lombalgies dans le cadre d'un canal lombaire rétréci de L4 à S1, sans atteinte radiculaire déficitaire - atteinte mise en relation avec un syndrome douloureux chronique et l'aggravation d'un état dépressif (rapport du 19 octobre 2004 du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier [...], rapport du 27 juillet 2006 du Dr N._____, neurologue, et rapport du 15 août 2006 du Dr L._____, neurologue). En particulier, par rapport du 11 décembre 2006, le Dr O._____, neurochirurgien, a signalé des atteintes incapacitantes sous forme de protrusions discales L4-L5 et L5-S1, de troubles dégénératifs lombo-vertébraux avec sténose canalaire débutante, de syndrome lombo-vertébral statique et fonctionnel, ainsi que d'hypertension artérielle et insuffisance aortique traitée ; pour le Dr O._____, l'activité exercée jusqu'alors demeurait exigible avec une diminution de rendement de l'ordre de 50 %.

D'un rapport d'enquête économique pour les indépendants du 19 décembre 2006, il est ressorti que l'époux de l'assurée était responsable de l'administration de l'entreprise (devis, facturation, gestion du stock, gestion du personnel) - travaillant avec sa femme à hauteur de 40 %, celle-ci ne sachant pas écrire le français ni le lire couramment, et faisant aussi du nettoyage si nécessaire. L'assurée, quant à elle, ne faisait que du petit nettoyage et du contrôle de chantiers depuis l'atteinte à la santé. Au surplus, l'entreprise employait uniquement du personnel à la demande, lorsque le travail dépassait la capacité physique du couple.

Par rapport d'examen du 10 décembre 2007 renvoyant à l'appréciation de l'expert V._____, le Dr P._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a estimé que la capacité de travail devait être fixée à 50 % en tant que nettoyeuse depuis le 8 novembre 2004, à 100 % dans l'activité consacrée à la direction de l'entreprise et, enfin, à 100 % dans une activité adaptée depuis toujours.

Par décision du 25 février 2009, confirmant un projet du 16 décembre 2008, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. L'office a retenu que la capacité de travail était de 50 % dans la profession

de nettoyeuse, qu'elle demeurait totale dans une activité adaptée, salariée et non qualifiée, et qu'il était ainsi exigible, de la part de l'assurée, qu'elle abandonne son activité indépendante au profit d'une activité salariée non qualifiée. Cela étant, la comparaison des revenus sans (19'047 fr.) et avec invalidité (44'209 fr. avec un abattement de 10 % justifié par les limitations fonctionnelles) mettait en évidence une perte de gain nulle.

B. Le 12 mai 2009, la Dre G._____ a écrit à l'OAI pour signaler une aggravation sur les plans somatique et psychique, justifiant une incapacité de travail de 75 % dès le 1^{er} janvier 2009. L'assurée, pour sa part, a annoncé à l'office le 17 août 2009 que son état de santé s'était détérioré.

L'OAI a conséquemment interpellé le Dr C._____, chef de clinique auprès du Secteur psychiatrique [...], lequel a indiqué le 15 septembre 2009 que la patiente avait été vue pour la dernière fois en 2007.

Par rapport du 5 décembre 2009, la Dre G._____ a posé les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies bilatérales à prédominance droite sur canal lombaire étroit modéré en L4-L5 et L5-S1 d'origine dégénérative, de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs avec petite hernie discale médiane, ainsi que d'état dépressif chronique. Elle a signalé une progression de la symptomatologie douloureuse et a estimé que l'incapacité de travail était de 80 % en tant que nettoyeuse, respectivement que l'activité habituelle restait exigible à hauteur de 25 % avec une diminution de rendement due aux restrictions physiques (douleurs diffuses, lombosciatalgies, brachio-cervicalgies, fatigue chronique), mentales (troubles de la concentration et de la mémoire) et psychiques (anxiété, consommation d'alcool, irritabilité, tristesse, lassitude). La Dre G._____ a notamment joint à son rapport les documents suivants :

- un rapport d'IRM cervicale et lombaire établi le 13 juillet 2009 par la Dre E._____, radiologue, concluant, d'une part, à une légère arthrose cervicale, des discopathies C4-C7 prédominant en C6-C7 avec petite hernie discale médiane et un léger rétrécissement acquis du canal rachidien de C4 à D1, et observant, d'autre part, une légère discopathie en D11-D12, une arthrose légère à modérée de L3 à S1 surtout postérieure en L4-L5, des discopathies modérées de L4 à S1 avec canal lombaire étroit congénital acquis modéré de L4 à S1, ainsi qu'un rétrécissement modéré du trou de conjugaison gauche en L4-L5 pouvant entraîner une symptomatologie radiculaire L4 gauche ;

- un compte-rendu du Dr O._____ du 18 septembre 2009, relevant que la symptomatologie douloureuse subjective des membres inférieurs pouvait s'expliquer en partie par la sténose canalaire rachidienne débutante et prédominant au niveau L4-L5 des deux côtés ;

- un rapport du Dr L._____ du 24 novembre 2009, mentionnant une situation sans modification depuis 2005.

Sur le vu de ces documents, le Dr M._____, du SMR, a retenu que la capacité de travail de l'assurée demeurait entière dans une activité adaptée telle que l'administration de son entreprise (avis du 4 février 2010), avec des limitations fonctionnelles permettant l'alternance des positions et proscrivant le port de charges de plus de 5 kg, le porte-à-faux, les travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, ainsi que les flexions-extensions et les rotations répétées de la nuque (avis du 9 février 2010). Il a maintenu cette appréciation (avis du 3 septembre 2010) nonobstant un rapport du 8 juillet 2010 de la Dre G._____ faisant état d'une aggravation au cours des deux dernières années et d'une opération de réduction mammaire prévue pour le 15 août 2010.

Par décision du 8 septembre 2010 confirmant un projet du 24 juin 2010, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, considérant que nonobstant l'aggravation des cervicalgies depuis 2008 et la capacité de travail réduite à 25 % dans l'activité de nettoyeuse depuis

le 1^{er} janvier 2009, l'exigibilité demeurait complète dans une activité adaptée et le préjudice économique nul.

Saisie d'un recours de l'intéressée à l'encontre de cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par arrêt du 22 juin 2011 (CASSO AI 331/10 - 302/2011).

C. Par compte-rendu du 27 juin 2011 (dont l'assurée a ultérieurement précisé qu'il devait être considéré comme une nouvelle demande), la Dre G._____ a signalé à l'OAI une aggravation des lombosciatalgies bilatérales. Etais joint un rapport du 9 juin 2011 consécutif à une IRM de la colonne lombaire, dans lequel la radiologue A._____ concluait à un important rétrécissement du canal en L4-L5 avec un rétrécissement du trou de conjugaison gauche au même niveau, ainsi qu'à une petite hernie discale paramédiane gauche en L5-S1 avec une possible souffrance du reste de la racine S1 gauche à ce niveau.

A teneur d'un rapport du 29 juillet 2011, le Dr O._____ a relevé la persistance de lombalgies basses régulières et limitatives, avec syndrome lombo-vertébral statique et fonctionnel sur troubles dégénératifs basi-lombaires tant L5-S1 que notamment L4-L5. Il a de surcroît évoqué un canal lombaire étroit à ce dernier niveau, bilatéral, probablement à la base des radiculalgies partielles à prédominance droite. Pour le Dr O._____, l'incapacité de travail était de 75 % dans l'activité exercée et de 50 % dans un emploi léger tenant compte des mesures habituelles d'épargne lombo-vertébrales et d'hygiène posturale.

Par avis médical du 22 août 2011, le Dr H._____, du SMR, a estimé que l'aggravation alléguée reposait sur des plaintes subjectives et non sur un fait médical objectif.

A la suite d'un projet de décision du 24 août 2011 dans le sens d'un refus d'entrer en matière, la Dre G._____ a adressé à l'OAI, le 28 septembre 2011, un compte-rendu récapitulatif des diverses pathologies de la patiente - parmi lesquelles une fibromyalgie - et annonçant une

péjoration significative de l'état douloureux depuis le début de l'année. Prenant position le 5 octobre 2011, le Dr H. _____ a confirmé qu'il n'y avait pas d'indice objectif d'une péjoration de l'état de santé.

Par décision du 7 octobre 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, faute de modification essentielle des conditions de fait depuis la dernière décision.

L'intéressée ayant porté l'affaire devant la juridiction cantonale, cette dernière a, par arrêt du 2 mai 2012 (CASSO AI 318/11 - 156/2012), admis le recours et réformé la décision attaquée en ce sens qu'il soit entré en matière sur la nouvelle demande de prestations. Le tribunal a en particulier retenu que l'assurée avait rendu objectivement vraisemblable l'aggravation de ses lombalgies et l'épuisement de ses ressources physiques. D'une part, le rapport d'IRM de la Dre A. _____ évoquait un important rétrécissement du canal L4-L5 et du trou de conjugaison gauche au même niveau, tandis que le rapport d'IRM de la Dre E. _____ n'avait précédemment signalé qu'un rétrécissement modéré du même canal. D'autre part, l'évaluation de l'exigibilité faite par Dr O. _____ en juillet 2011 traduisait manifestement une péjoration de la capacité de travail résiduelle (consid. 3).

D. Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du Dr B. _____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 18 octobre 2012, l'expert a notamment indiqué que, selon les explications fournies par la Dre G. _____ le 8 octobre 2012, cette dernière avait diagnostiqué une fibromyalgie après avoir retrouvé dix-huit points classiques à l'examen clinique ; il a également fait état d'une prise en charge psychiatrique. Sur le plan diagnostique, l'expert B. _____ a retenu une atteinte incapacitante sous forme de lombosciatalgies sur canal lombaire étroit L4-L5, présentes depuis 1990 et en aggravation depuis 2000. Il a par ailleurs relevé plusieurs troubles sans répercussion sur la capacité de travail - parmi lesquels une probable fibromyalgie/syndrome somatoforme douloureux, un état dépressif récurrent, une atteinte polyneuropathique d'origine vraisemblablement

mixte (diabétique et éthylique), un syndrome métabolique, ainsi qu'une dépendance à l'alcool ; il a également mentionné une possible récurrence de cancer du sein ne représentant vraisemblablement pas non plus une cause d'incapacité de travail. Dans son appréciation, l'expert a notamment exposé ce qui suit :

"[...]

En ce qui concerne les douleurs lombaires et des deux membres inférieurs, les éléments cliniques et paracliniques permettent de penser qu'une partie au moins de la symptomatologie peut trouver son explication dans les altérations dégénératives disco-vertébrales L4-L5 et L5-S1 entraînant tout particulièrement au niveau L4-L5 un rétrécissement net du diamètre du canal rachidien susceptible d'expliquer les douleurs lombaires et vraisemblablement une partie des douleurs au niveau des membres inférieurs, notamment aux déplacements. A cela s'ajoute[nt] très certainement des douleurs d'origine tendino-musculaire en relation avec une probable fibromyalgie évoquée par le médecin[...].traitant et qu'une partie des plaintes ainsi que des constatations objectives lors du présent bilan tendent à confirmer. La discrète atteinte polyneuropathique ne joue vraisemblablement pas de rôle significatif si ce n'est éventuellement pour expliquer les paresthésies au niveau des pieds, lesquels peuvent également être en relation avec la fibromyalgie, mais vraisemblablement pas avec le rétrécissement du diamètre du canal rachidien. Il est également vraisemblable que l'état dépressif chronique joue également un rôle dans les plaintes au niveau lombaire et des membres inférieurs sous forme d'une chronification/somatisation douloureuse.

[...]

Sur le plan de la capacité de travail, la composante neurologique des troubles, c'est-à-dire essentiellement les troubles dégénératifs mis en évidence aux niveaux L4-L5 et L5-S1 et surtout le rétrécissement du canal rachidien en L4-L5 induisent vraisemblablement les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'engagement physique lourd ; pas de port régulier de charges de plus de 10 kilos, pas de déplacement important à pied ; pas de travail prolongé en position fixe du tronc et notamment tronc fléchi en avant. Sur la base des éléments précités, l'activité de nettoyeuse « active » n'est plus exigible depuis 2004, date à laquelle le médecin-traitant a introduit une incapacité de travail de travail de 50 %. Par contre, l'activité de surveillance des chantiers, de gestion du personnel, de discussion avec la clientèle est exigible à 75 % (d'un plein-temps), le 25 % d'incapacité de travail étant lié à une perte de rendement due aux douleurs, aux difficultés de déplacement, etc.

[...]

D'autres activités sont effectivement exigibles de la part de l'assurée. Il s'agirait d'une activité respectant les limitations fonctionnelles mentionnées plus haut soit : pas d'engagement

physique lourd ; pas de port régulier de charges de plus de 10 kilos ; possibilité de changer fréquemment de position assis/debout ; pas de travail prolongé en position fixe du rachis lombaire ; pas de déplacement important à pied. Dans une telle activité, la capacité de travail est au minimum de 75 % voire plus en tenant compte d'une perte de rendement possible de 25 % liée à la nécessité de changer relativement fréquemment de position, à la limitation dans les déplacements et à la perte de rendement secondairement aux douleurs."

L'OAI a par ailleurs mandaté expert le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie. Par rapport du 20 mai 2013, l'expert a émis les conclusions suivantes :

"VII. Discussion :

[...]

[...] Dans notre examen, la plainte douloureuse n'était pas tellement élargie et typique pour ce que l'on entend souvent par les personnes atteintes de fibromyalgie ou d'un syndrome douloureux. Il y avait par contre évocation d'un certain nombre de problèmes parallèles et antérieurs comme par exemple cancer du sein, arthrose cervicale, problème cardiaque, etc.

Madame S._____ n'avait spontanément pas de plaintes sur le plan psychique, elle mentionnait son état dépressif antérieur comme un fait mais qui est traité. Elle se disait surtout souffrir des limitations fonctionnelles que sa maladie somatique lui impose, limitation du côté professionnel et domestique. Elle se disait encore affectée par la mort de sa mère (2000), la mort de sa sœur (1992), l'accident de son mari et les difficultés auxquelles elle a dû faire face dans le cours de sa vie.

Les descriptions de son fonctionnement dans la réalité sont très proches de la normalité. Mme S._____ mène une vie familiale plutôt épanouie avec une bonne solidarité dans son couple, des contacts réguliers et positifs avec sa famille d'origine, ses deux enfants et son petit[-]enfant. Il n'y a pas de perturbations physiologiques majeures annoncées mise à part une légère irrégularité du sommeil. En observation directe, nous avons vu et décrit une femme aussi proche de la normalité avec absence d'un ralentissement psychomoteur significatif (ce qui n'est pas à confondre avec son ralentissement physique), des fonctions cognitives normales et un affect dominant dans l'euthymie. Elle pouvait se montrer légèrement affectée en lien avec l'évocation de sujets pénibles, mais elle a, à tout moment, retrouvé son état antérieur et euthymique. Quelques passages dysphoriques ont été observés, mais de même des moments où elle était souriante ou sensible à l'humour. Ainsi, il n'y avait pas de fixation émotionnelle et pas d'indice pour la présence d'un état dépressif dans le sens clinique du terme.

Lorsque l'assurée a parlé de son état psychique, elle a évoqué un côté sensible, émotif, parfois aussi avec des pleurs, réactions un peu accentuées par rapport aux problèmes dans son entourage et autres réactions. Mais ceci n'est pas à confondre avec un état dépressif

proprement dit. L'ensemble des descriptions de l'assurée ressemble de ce fait plutôt à ce que l'on entend dans le terme de dysthymie. Nous avons fait un dosage de l'antidépresseur qu'elle disait prendre et qui a montré une observance normale. L'assurée ressemble ainsi à beaucoup de patientes qui, avec un traitement adéquat appliqué, ont un état amélioré et stabilisé. Si un état dépressif plus important avait existé auparavant, il était visiblement bien compensé avec les moyens mis en place. La notion d'un « état dépressif chronique » que l'on trouve à plusieurs reprises dans le dossier est donc très relative et ne veut absolument pas dire qu'il s'agit ici d'un aspect invalidant.

Pour ce qui concerne l'évocation d'un syndrome douloureux somatoforme, l'application des critères pour un éventuel aspect invalidant montre ceci :

[...]

CRITERE	OBSERVATIONS pour la personne en question
1. Comorbidité psychiatrique importante [...] ?	Non, ce n'est pas le cas
2. Affection corporelle chronique [...]	Oui, une affection corporelle est objectivée
3. Perte d'intégration sociale [...] ?	Non, ce n'est pas le cas
4. Etat psychique cristallisé [...] ?	Non
5. Processus défectueux de résolution de conflit ?	Hypothèse psychanalytique difficile à vérifier
6. Echec de traitements conformes aux règles de l'art ?	Non, amélioration de l'état psychique avec traitement adéquat
7. Attitude coopérative de la personne [...] ?	Oui
8. Divergences entre symptômes décrits et comportement observé ?	Oui selon expertise neurologique
9. Caractéristique des douleurs, vague ou différenciée ?	Plutôt circonscrit
10. Efforts thérapeutiques validés ou invalidés ?	Très relativisés
11. Collaboration, compliance de la personne ?	Existe
12. Conflits émotionnels importants ?	Non, nous n'avons pas du tout trouvé
13. Facteurs psychosociaux et culturels dominantes ?	Probablement
14. Appréciation actuelle dans situation conflictuelle ?	Non, mis à part la demande AI et la conviction personnelle d'être somatiquement atteinte
Pondération, conclusion : Après pondération de tous les éléments, pas de valeur invalidante du diagnostic.	

Il ressort ici avec clarté que les critères principaux pour retenir un éventuel aspect invalidant ne sont pas remplis. De ce fait, ce terme diagnostique prend une allure purement descriptive et qui a sa fonction pour expliquer le décalage entre constats anatomo-pathologiques et l'ampleur de la souffrance subjective. Comme nous avons vu déjà auparavant, [...] interviennent ici aussi des facteurs extra médicaux, en particulier :

- fixation de l'assurée sur les symptômes,
- conviction très ancrée d'être invalide,
- difficulté de s'imaginer dans des activités alternatives,
- notion d'âge et d'usure.

En finalité et en ayant fait la pondération entre facteurs médicaux et extra[-]médicaux, nous n'avons trouvé sur le plan psychique qu'un constat modeste.

VIII. Diagnostic et conclusions :

[...]

- 1. trouble dépressif probablement récurrent, actuellement en rémission (F33.4),**
- 2. syndrome douloureux somatoforme persistant, d'intensité légère, sans comorbidité psychiatrique (F45.4).**

Il découle de nos constats qu'il n'existe sur le plan psychiatrique aucune incapacité de travail ni diminution de rendement. Par ailleurs, l'assurée, dans sa réalité actuelle, assume correctement les fonctions de gestion de sa petite entreprise. Ceci est indirectement preuve de ce que nous avons appelé fonctionnement proche de la normalité.

Pour ce qui concerne le passé, aucune information de la part de l'assurée ou du dossier n'évoque une décompensation intense ou durable. Il est possible que, selon les moments de stress et l'atteinte aiguë sur le plan somatique, il y a eu des réactions anxio-dépressives momentanément accentuées, mais visiblement aussi compensées par les mesures thérapeutiques mises en place."

Par avis médical SMR du 5 juin 2013 se référant aux conclusions des experts B._____ et Q._____, le Dr H._____ a retenu que, compte tenu des seules limitations somatiques, il y avait lieu de reconnaître à l'assurée une incapacité de travail totale dans l'activité de nettoyeuse et de 25 % dans une activité de surveillance des chantiers et de gestion du personnel depuis 2004.

Par rapport du 10 juin 2014, la Dre G._____ a mentionné une artériopathie significative des membres inférieurs et évalué à 20 % la capacité résiduelle de travail. Elle notamment joint à son compte-rendu :

- un rapport du 31 janvier 2014 du Dr F._____, neurologue, signalant une claudication neurogène depuis une année avec des douleurs lombaires déjà après une dizaine de pas (irradient postérieurement dans les deux membres inférieurs, présentes également la nuit au repos) d'origine certainement mixte, en relation avec le canal lombaire étroit mais également avec une pathologie de type périarthropathie de hanches, compte tenu de points douloureux à la palpation de la musculature fessière de manière plus marquée à droite et de douleurs également au niveau du grand trochanter à la palpation des deux côtés ;

- un rapport du 11 mars 2014 du Dr D._____, angiologue, diagnostiquant une artériopathie des membres inférieurs significative actuellement asymptomatique, la claudication neurogène sévère des membres inférieurs masquant toutefois la claudication artérielle ;

- un rapport du 8 avril 2014 du Dr T._____, spécialiste en anesthésiologie, faisant état d'une claudication intermittente d'origine probablement mixte - soit, d'une part, une maladie vasculaire périphérique et, d'autre part, des troubles dégénératifs du rachis lombaire et notamment un canal étroit en L4-L5.

Après une dilatation de l'artère iliaque externe droite réalisée le 18 septembre 2014, le Dr I._____, chirurgien vasculaire, a considéré le 15 décembre 2014 que l'étiologie des symptômes au niveau des membres inférieurs semblait exclusivement neurogène. Le 4 février 2015, il a transmis diverses pièces à l'OAI, dont un rapport du Dr D._____ du 3 octobre 2014 relevant une évolution favorable sur le plan angiologique mais soulignant la persistance de douleurs aux membres inférieurs et un périmètre de marche limité, la symptomatologie ayant vraiment un aspect radiculaire.

Par rapports des 31 août et 1^{er} septembre 2015, la Dre G._____ a signalé une aggravation de la claudication intermittente depuis le mois de juin 2015 et la réalisation d'une prochaine intervention. Concernant les limitations, cette praticienne a signalé que la marche était impossible au-delà de cent mètres, que la station debout ne pouvait être tenue plus de « 30' », que le port de charges était contre-indiqué, que l'intéressée avait des difficultés à se concentrer et qu'elle présentait une fatigue chronique et une humeur dépressive. Dans ces conditions, la capacité de travail atteignait 40 % dans une activité adaptée aux restrictions mais devrait être réévaluée après l'intervention prévue. La Dre G._____ a également produit, entre autres, un rapport d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 5 juin 2015 du Dr AA._____, radiologue, concluant à une discopathie des deux derniers étages lombaires avec

canal étroit dégénératif, majoré par un débord circonférentiel en L4-L5, sans évolution notable depuis le mois de janvier 2014, ainsi qu'à une protrusion discale paramédiane gauche en L5-S1 pouvant entraîner un effet irritatif sur la racine S1 gauche. En outre, d'un rapport du 25 juin 2015 du Dr U._____, neurochirurgien, il résultait qu'une décompression du canal lombaire étroit en L4-L5 était prévue pour le 7 janvier 2016.

Le 7 janvier 2016 a été réalisée spondylodèse postérieure L4-L5 avec spinectomie L4-L5, laminectomie bilatérale de L4 et L5 avec facettectomie et stabilisation mono-segmentaire L4-L5. Des radiographies de contrôle effectuées les 7 mars et 10 juin 2016 n'ont montré aucune complication suite à cette intervention.

Dans un compte-rendu du 9 avril 2016, le Dr U._____ a posé le diagnostic incapacitant de canal lombaire étroit L4-L5 et signalé un arrêt de travail à 100 % du 8 février au 31 mars 2016, puis à 50 % du 1^{er} au 30 avril 2016. Il a notamment transmis un rapport de consultation du 10 février 2016 décrivant une évolution post-opératoire lentement favorable mais la persistance d'une certaine composante lombalgique compte tenu de la proximité de la chirurgie.

Par rapport du 17 mai 2016, la Dre G._____ a signalé une aggravation des lombosciatalgies bilatérales, ainsi que de nouvelles douleurs au niveau du rachis cérébral et des trapèzes. Elle a également indiqué que les lombosciatalgies s'installaient après cent mètres de marche (aussi en orthostatisme), que la station debout ne pouvait être tenue plus de vingt minutes et que le port de charges était limité à trois kilos. A cela s'ajoutaient des difficultés à se concentrer, une fatigue chronique, une irritabilité et une humeur dépressive, la patiente étant déçue du résultat de l'intervention chirurgicale. Cela étant, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 25 % dès le 3 novembre 2009 puis de 100 % dès le 23 novembre 2015 ; l'exigibilité était en outre de 0 % dans une activité adaptée.

Un examen clinique a été réalisé le 17 août 2016 par le Dr R._____, spécialiste en rhumatologie, du SMR. Dans son rapport du 26 septembre suivant, le Dr R._____ a retenu, à titre de diagnostic incapacitant principal, des lombosciatalgies et cervicobrachialgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après spondylodèse postérieure L4-L5 et stabilisation mono-segmentaire L4-L5. Il a également mentionné des diagnostics incapacitants associés - à savoir une périarthrite scapulohumérale (PSH) bilatérale avec conflit sous acromial bilatéral, une polyneuropathie sensitive de membres inférieurs probablement d'origine diabétique et éthylique, une artériopathie des membres inférieurs dans le cadre d'un status après dilatation d'une sténose sévère de l'artère iliaque externe droite, ainsi qu'une discrète gonarthrose bilatérale débutante. A titre d'atteinte non incapacitante, ce médecin a notamment signalé une fibromyalgie, avec des douleurs à la palpation de douze points typiques sur dix-huit. Il a par ailleurs fait état d'une manœuvre de périarthrite des hanches négative des deux côtés et constaté qu'une prise en charge psychologique avait été dispensée jusqu'à la dernière opération. Le Dr R._____ a, au surplus, exposé ce qui suit :

"Au vu de ces diagnostics, nous retenons des LF qui ne sont évidemment pas respectées dans une activité de nettoyeuse. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, nous retenons une CT de 70 %. Nous retenons effectivement une IT de 30 %, même dans une activité adaptée, au vu des LF qui se surajoutent et qui conduisent fatalement à une baisse de rendement. Nous ne retenons cependant pas une IT supérieure à 30 % dans une activité adaptée, parce qu'il n'y a aucune raison biomécanique à le faire. D'ailleurs, la tolérance à la position assise en cours d'entretien a été tout à fait bonne.

[...]

On peut par ailleurs noter certaines incohérences comme le fait que l'assurée a pu rester 1 heure 10 assise en cours d'entretien, alors qu'elle nous a dit auparavant qu'elle ne pouvait pas rester assise plus de 30 minutes en raison des lombalgies.

Par ailleurs, malgré l'allégation d'importantes douleurs cotées à 9/10 à l'EVA de la douleur, l'assurée est encore capable de faire certaines tâches ménagères, de faire ses repas, de partir aux [...] en voiture en août 2016.

[...]

Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations.

MI : pas de genuflexion répétée, pas de travail en hauteur, pas de franchissement d'escabeau ou échelles, pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de marche en terrain irrégulier.

MS : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 70°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec les MS.

Début de l'IT durable

Depuis 2004, comme nettoyeuse.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Depuis 2004.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

L'IT est restée totale depuis 2004 dans l'activité de nettoyeuse.

Par contre, dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, la CT est de 75 % depuis 2004 et de 70 % depuis octobre 2015, mis à part 2 périodes transitoires d'incapacité de travail totale de 6 mois en rapport avec l'opération de dilatation de l'artère fémorale en septembre 2014 et la spondylodèse L4-L5 en janvier 2016.

Il faut relever que l'assurée nous a dit n'avoir jamais eu une activité de cheffe d'entreprise établissant des devis, ayant contact avec les clients et surveillant les chantiers, ce qui semble contradictoire à ce qu'elle a dit à d'autres experts.

De toute manière, dans une activité de cheffe d'entreprise s'occupant de la surveillance des chantiers, de l'établissement des devis et de la rencontre avec les clients, la CT est également de 70%, une telle activité étant une activité tout à fait adaptée.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par les problèmes rachidiens, accessoirement par les problèmes d'épaules, de genoux, la polyneuropathie des MI et l'artériopathie des MI.

[...]

Pronostic

Les troubles dégénératifs présentés par l'assurée risquent de s'aggraver à long terme. [...]

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0% COMME NETTOYEUSE
70% COMME CHEFFE D'ENTREPRISE
SURVEILLANT LES CHANTIERS, RENCONTRANT
LES CLIENTS ET ÉTABLISSANT LES DEVIS

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70% DEPUIS OCTOBRE 2015 MIS À PART UNE
PÉRIODE D'IT TRANSITOIRE ENTRE LE
07.01.2016 ET LE 07.07.2016, EN RAPPORT
AVEC LE STATUS APRÈS SPONDYLODÈSE."

Par rapport du 5 octobre 2016, le Dr W._____, du SMR, a adhéré à l'appréciation du Dr R._____.

Aux termes d'un compte-rendu du 30 octobre 2017, la Dre G._____ a fait état d'une aggravation progressive des lombosciatalgies depuis le début du mois de janvier 2017. En annexe, elle a joint un rapport d'IRM lombo-sacrée du 30 juin 2017 établi par le Dr AA._____, en relation avec des lombosciatalgies droites depuis trois semaines, et signalant notamment le développement d'une sténose canalaire modérément compressive à l'étage L3-L4 sus-jacent, dite sténose étant qualifiée de nouvelle et ayant nettement évolué depuis l'IRM comparative du 5 juin 2015, avec un sac dural relativement comprimé mais sans sténose foraminale ; aucune anomalie n'apparaissait en revanche au niveau des sacro-iliaques et des hanches.

En date du 15 décembre 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office s'est fondé sur l'évaluation des neurologue, psychiatre et rhumatologue mandatés pour retenir que l'intéressée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de nettoyeuse mais que, dans une activité adaptée, elle conservait une capacité de travail de 75 % depuis 2004 et de 70 % depuis le mois d'octobre 2015 - à l'exception de deux périodes transitoires d'entière incapacité durant six mois suite aux interventions de septembre 2014 et janvier 2016. Procédant conséquemment à l'évaluation du préjudice économique, l'OAI a considéré qu'il y avait lieu d'indexer les montants précédemment retenus à titre de revenus sans et avec invalidité (ce dernier revenu

tenant compte d'un abattement de 10 % eu égard aux limitations fonctionnelles et à la nationalité) et a conclu, sur cette base, à l'absence de toute perte de gain.

Par acte du 17 janvier 2018 rédigé par son conseil, l'assurée a contesté le projet susdit. Elle s'est en particulier prévalu d'un rapport établi le 15 janvier 2018 par la Dre G._____, qui contestait toute activité de gestion dans l'entreprise familiale et évoquait une dégradation progressive depuis l'intervention du 7 janvier 2016, avec des lombosciatalgies bilatérales après une distance de marche d'environ cent mètres et des limitations importantes dans la vie de tous les jours (pour porter des charges, faire le ménage, les repas), la capacité de travail étant ainsi évaluée à 20 % dans l'activité de nettoyeuse comme dans toute activité adaptée ; la Dre G._____ rappelait également les éléments mis en exergue dans son compte-rendu du 30 octobre 2017, dont on ne trouvait aucune référence dans le projet de décision.

Par avis médical SMR du 16 juillet 2018, le Dr W._____ a estimé qu'aucun élément objectif ne permettait de valider une aggravation.

Par décision du 19 juillet 2018, l'OAI a confirmé son projet du 15 décembre 2017, dont il a repris la motivation. Par lettre du même jour, l'office a réfuté les objections de l'assurée.

E. Agissant par l'entremise de son conseil, S._____ a recouru le 20 août 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. Le 6 septembre 2018, elle a produit un rapport de la Dre G._____ du 20 août 2018 reprenant celui du 15 janvier précédent. Le 2 octobre 2018, la recourante a versé en cause un rapport du Dr U._____ du 12 septembre 2018 évoquant des douleurs depuis « *quelques mois* » autour de la hanche droite associées à des sciatalgies droites irradiant dans le mollet et à des cruralgies à droite ; compte tenu d'une IRM des hanches ayant révélé des signes d'inflammation péri-trochantérienne du

côté droit, ainsi que d'une IRM lombo-sacrée ayant révélé un rétrécissement du canal lombaire en L3-L4 et L5-S1, une évaluation était proposée auprès du Dr X._____, chirurgien orthopédique. Le 15 octobre 2018, l'intéressée a produit un extrait du Registre du commerce montrant que l'entreprise J._____ avait été radiée par suite de reprise de commerce.

Dans sa réponse du 22 octobre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il s'est en particulier référé à un avis médical SMR du Dr W._____ du 15 octobre 2018, observant que le Dr U._____ ne s'était pas déterminé sur la capacité résiduelle de travail ou les limitations fonctionnelles et que, en l'état, la situation décrite n'apparaissait pas vraiment nouvelle ni ne générait des limitations fonctionnelles autres que celles précédemment retenues et compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée à 70 %.

Par réplique du 14 novembre 2018, la recourante a requis l'interpellation des Drs X._____ et U._____. Elle s'est de surcroît prévaluée de la capacité de travail de 50 % avancée en 2006 par le Dr O._____ et a soutenu que, ayant acquis la nationalité suisse en 2014, l'abattement effectué par l'OAI n'avait aucun sens. Elle a également transmis un rapport de la Dre G._____ du 14 novembre 2018, dans lequel celle-ci reprochait à l'office de négliger l'évolution de l'état de santé depuis le 17 août 2016 et signalait une aggravation à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 10 octobre 2018.

Dupliquant le 3 décembre 2018, l'intimé a confirmé sa position, relevant que l'abattement de 10 % en raison notamment de la nationalité apparaissait certes généreux dans le cas d'une assurée ayant la double nationalité suisse et italienne.

Par acte du 21 décembre 2018, la recourante s'est prévaluée d'une dégradation de son état de santé depuis 2015 et a conclu à « *un degré d'invalidité très supérieur* » eu égard à son âge, ses activités passées dans le secteur de l'économie domestique et son faible niveau de

scolarité. En annexe, l'intéressée a produit un onglet de pièces contenant notamment un rapport du Dr X. _____ du 5 décembre 2018, qui évoquait des douleurs à la hanche droite et des brûlures aux deux pieds et relevait qu'une arthro-IRM de la hanche droite avait montré une insertion importante du moyen fessier sur le grand trochanter avec une petite désinsertion entre la partie tendineuse et musculaire du moyen fessier.

Se déterminant le 25 janvier 2019, l'intimé a persisté dans son appréciation. Il s'est notamment référé à un avis médical SMR du Dr W. _____ du 21 janvier 2019 estimant que les plaintes liées au diagnostic mentionné par le Dr X. _____ avaient vraisemblablement été prises en compte lors de l'examen réalisé en 2016, auquel cas l'avis dudit service demeurait valide ; dans l'hypothèse contraire, il y aurait lieu d'obtenir des précisions auprès du Dr X. _____.

Par écriture du 18 octobre 2019, la recourante a annoncé avoir été victime d'une crise cardiaque au cours de l'été 2019, produisant diverses pièces à cet égard.

Prenant position le 7 novembre 2019, l'intimé s'est référé à un avis médical SMR du Dr W. _____ du 4 novembre 2019, considérant que les documents transmis n'étaient aucune modification de l'état de santé avant l'été 2019 et étaient, du reste, plutôt rassurantes s'agissant de l'épisode cardiaque.

Par envoi du 10 mai 2020, la recourante a transmis un rapport de la Dre G. _____ du 1^{er} avril 2020, signalant une aggravation des lombosciatalgies depuis le mois d'octobre 2019 et évoquant une capacité de travail nulle.

Dans un écrit du 29 mai 2020, l'intimé s'est référé à un compte-rendu de la Dre G. _____ du 5 mars 2020 reproduisant la teneur de celui du 1^{er} avril 2020 et à une correspondance adressée le 20 mars 2020 à l'assurée, invitant cette dernière à déposer une nouvelle demande dûment étayée.

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 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 introduite le 27 juin 2011.

C'est par ailleurs le lieu de préciser que le cadre temporel de l'examen du juge est en l'occurrence défini par la date de la décision administrative du 19 juillet 2018 (voir notamment TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 avec la jurisprudence citée). La période postérieure échappe quant à elle au pouvoir d'examen de la Cour de céans.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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) 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner 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 de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur

patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par 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).

d) 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).

4. En l'occurrence, la décision de l'OAI du 7 octobre 2011 refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 27 juin 2011 a été réformée par la Cour de céans le 2 mai 2012, l'office étant enjoint à examiner le fond de l'affaire dans la mesure où l'assurée avait rendu plausible une aggravation de ses troubles somatiques.

C'est dans ce contexte que sont intervenues les évaluations successives des Drs B._____, Q._____ et R._____ - appréciations sur lesquelles l'intimé s'est fondé pour rendre la décision du 19 juillet 2018, par laquelle il a reconnu à la recourante une incapacité de travail totale dans l'activité de nettoyeuse mais a en revanche fixé l'exigibilité d'une activité adaptée à 75 % dès 2004 puis 70 % dès le mois d'octobre 2015. La recourante, pour sa part, a contesté cette appréciation en se prévalant de l'avis de ses médecins traitants.

a) Sur le plan psychiatrique, l'expert Q._____ a retenu que la recourante présentait un trouble dépressif probablement récurrent, actuellement en rémission, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant d'intensité légère, sans comorbidité psychiatrique, et que ces atteintes n'induisaient aucune incapacité de travail ou diminution de rendement (cf. rapport d'expertise du 20 mai 2013 p. 18).

Ce rapport s'avère certes antérieur à la jurisprudence fédérale instaurant une procédure probatoire structurée en présence de troubles psychosomatiques ou psychiques (cf. consid. 3d supra). Il n'en demeure pas moins que les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante : il y a lieu d'examiner si elles permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8). Dans le cas particulier, l'expert Q._____ a exposé que des réactions anxio-dépressives avaient pu être accentuées par le passé mais qu'elles avaient été compensées par les mesures thérapeutiques mises en place et que la notion d'état dépressif chronique - figurant à plusieurs reprises dans le dossier - était ainsi très relative, les descriptions de l'assurée correspondant davantage au terme de dysthymie (cf. rapport d'expertise du 20 mai 2013 p. 17 s.). Quant au trouble somatoforme douloureux, ce diagnostic prenait, en l'espèce, une allure purement descriptive ayant pour fonction d'expliquer le décalage entre les constats anatomopathologiques et l'ampleur de la souffrance subjective (cf. ibid. p. 18). De fait, l'appréciation de l'expert Q._____ a mis en lumière l'existence de ressources indéniables chez une assurée présentant un fonctionnement très proche de la normalité, une bonne observance médicamenteuse, une personnalité simple mais sans être démunie, ainsi qu'un contexte social essentiellement préservé (cf. ibid. p. 10 ss et 16 ss), aucun manque de cohérence - dans les différents aspects de la vie ou dans le poids des souffrances - n'étant par ailleurs relevé. L'expert a encore précisé que rien n'évoquait une décompensation intense et durable par le passé (cf. ibid. p. 18). Il a par ailleurs souligné l'intervention de facteurs extra-médicaux ; or, en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité, le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont

exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Cela étant, les conclusions du rapport d'expertise du 20 mai 2013, déniant toute nature incapacitante aux atteintes de la sphère psychique, apparaissent convaincantes à l'aune des principes actuellement en vigueur. Ce constat n'est du reste mis en doute par aucun élément objectif et n'est pas davantage contesté par la recourante.

Peu importe en outre que l'intéressée, prise en charge auprès du Secteur psychiatrique [...] jusqu'en 2007 (cf. rapport du Dr C. _____ du 15 septembre 2009), ait ensuite bénéficié d'un suivi psychiatrique (cf. rapport d'expertise du Dr B. _____ du 18 octobre 2012 p. 11) puis psychologique jusqu'à sa dernière opération (cf. rapport d'examen clinique du Dr R. _____ du 26 septembre 2016 p. 4), rien ne permettant de corréliser ces consultations à une accentuation de la symptomatologie ou à des limitations concrètes. Le dossier ne contient, au surplus, aucun indice sérieux dans le sens d'une décompensation psychique entre la date du rapport d'expertise et celle de la décision attaquée, les différents avis émis par la Dre G. _____ au sujet des difficultés de concentration et des troubles d'humeur de sa patiente ne reposant sur aucune motivation (cf. rapports des 31 août/1^{er} septembre 2015 et du 17 mai 2016). Dès lors, l'expertise du Dr Q. _____ peut être considérée comme probante et toujours d'actualité lors du prononcé de la décision du 19 juillet 2018 - ce que la recourante ne réfute pas non plus.

Tout au plus relèvera-t-on encore qu'en présence de ressources contrebalançant en tout état de cause les éventuels déficits induits par les atteintes psychiques et psychosomatiques, peu importe que l'on se place sur le terrain du trouble somatoforme douloureux, comme l'a fait l'expert Q. _____, ou de la fibromyalgie, telle que retenue par les Drs G. _____ (cf. rapport du 28 septembre 2011 à l'OAI et rapport du 8 octobre 2012 au Dr B. _____) et R. _____ (cf. rapport d'expertise du 26 septembre 2016).

b) Sur le plan somatique, ce sont principalement des troubles statiques et dégénératifs du rachis – pour l’essentiel au niveau L4-L5 – qui ont été tenus pour incapacitants par le neurologue B.____ et le rhumatologue R.____, ce dernier spécialiste ayant également intégré à son analyse diverses pathologies associées au niveau des membres supérieurs et inférieurs (cf. rapports d’expertise des 18 octobre 2012 [spéc. p. 14] et 26 septembre 2016 [spéc. p. 8 s.]).

aa) D’emblée, il y a lieu d’émettre une certaine réserve à l’égard du rapport d’expertise rédigé le 18 octobre 2012 par le neurologue B.____, établi près de six ans avant la décision attaquée et n’intégrant pas, entre autres, la problématique liée à la claudication neurogène. Si en effet le Dr B.____ admettait déjà une limitation dans les déplacements (cf. rapport d’expertise du 18 octobre 2018 p. 18 et 20), il reste qu’une symptomatologie claire de claudication neurogène neurogène ne remontait qu’à une année lorsque le Dr F.____ en a fait état le 31 janvier 2014 et que l’assurée a continué de s’en plaindre malgré les interventions pratiquées en septembre 2014 et janvier 2016. L’appréciation de l’expert B.____ n’offre, en d’autres termes, qu’une perspective limitée de la problématique neurologique et ne saurait, par conséquent, emporter la conviction de la Cour de céans.

bb) Quant à l’appréciation du Dr R.____, si elle est plus récente, elle ne permet pas davantage d’appréhender l’état de santé de la recourante de manière satisfaisante.

Tout d’abord, il sied de rappeler que, dans son rapport du 31 janvier 2014, le Dr F.____ a signalé une pathologie de type périarthrite de hanches participant à la claudication neurogène, tandis que le Dr R.____ s’est pour sa part contenté d’évoquer une manœuvre de périarthrite de hanches négative des deux côtés (cf. rapport du 26 septembre 2016 p. 7). Si ces avis émanent certes pour l’un d’un neurologue et pour l’autre d’un rhumatologue, il reste que rien ne permet de trancher l’apparente contradiction opposant ces deux constats d’examen cliniques.

Force est par ailleurs de constater que, le 30 octobre 2017, la Dre G._____ a transmis à l'OAI un rapport d'IRM lombo-sacrée du 30 juin 2017 en lien avec des lombosciatalgies droites depuis trois semaines. Aux termes de ce rapport d'imagerie, le radiologue AA._____ signalait le développement d'une sténose canalaire modérément compressive à l'étage L3-L4 sus-jacent, considérant qu'il s'agissait d'une altération nouvelle et ayant nettement évolué depuis l'IRM comparative du 5 juin 2015, avec un sac dural relativement comprimé mais sans sténose foraminale. Il appert qu'une telle évolution n'avait jusqu'alors pas été signalée, en particulier par le Dr R._____ - ce médecin n'ayant pas fait réactualiser le bilan d'imagerie et n'ayant ainsi disposé que des IRM lombaires/lombo-sacrées des 9 juin 2011 et 5 juin 2015 (cf. rapport d'examen clinique du 26 septembre 2016 p. 8) ; une telle réactualisation aurait pourtant vraisemblablement pu s'avérer judicieuse dans le cas d'atteintes présentant un caractère dégénératif et un potentiel d'aggravation reconnus par le Dr R._____ (cf. rapport d'examen clinique du 26 septembre 2016 p. 12), l'évolution à long terme supputée par ce médecin n'étant du reste guère étayée (cf. ibid.) et apparaissant même démentie par les constatations de l'IRM lombo-sacrée du 30 juin 2017. On ignore, en définitive, si la nette détérioration constatée en juin 2017 au niveau L3-L4 revêtait déjà une éventuelle incidence lorsque le Dr R._____ s'est déterminé en septembre 2016 et si elle aurait ainsi pu, voire dû, l'amener à nuancer ses conclusions. Cela étant, aucun rétrécissement canalaire n'ayant précédemment été détecté au niveau L3-L4 (cf. rapports d'IRM des 3 mars 2004, 13 juillet 2009, 9 juin 2011 et 5 juin 2015), l'annonce d'une telle altération en 2017 méritait à l'évidence de plus amples investigations - ce qui n'a cependant pas été fait, le Dr W._____ n'ayant à aucun moment intégré ce paramètre à ses différents avis (cf. avis SMR des 16 juillet 2018, 15 octobre 2018, 21 janvier 2019 et 4 novembre 2019). Pour ce motif déjà, l'instruction à l'origine de la décision du 19 juillet 2018 s'avère lacunaire.

A cela s'ajoute que contrairement à la thèse de l'aggravation à long terme avancée par le Dr R._____, l'évolution constatée en 2017

s'est manifestement poursuivie en 2018. Ainsi, le 12 septembre 2018, le Dr U._____ a signalé une symptomatologie au niveau de la hanche droite « *depuis quelques mois* », associée à des sciatalgies et des cruralgies. Du bilan d'imagerie effectué dans ce contexte, il est ressorti que l'assurée présentait désormais des signes d'inflammation péri-trochantérienne à droite ainsi qu'un rétrécissement du canal lombaire non seulement en L3-L4 mais également en L5-S1 (cf. rapport du Dr U._____ du 12 septembre 2018) - ce qui montre à l'évidence une évolution par rapport à la situation connue jusqu'alors. L'arthro-IRM réalisée dans un second temps a encore montré une insertionite importante du moyen fessier sur le grand trochanter avec une petite désinsertion entre les parties tendineuse et musculaire du moyen fessier (cf. rapport du Dr X._____ du 5 décembre 2018). Or, se prononçant à cet égard, le Dr W._____ a considéré - non sans légèreté - que la position du SMR serait inchangée dans l'hypothèse où l'évolution signalée aurait été prise en compte par le Dr R._____ mais qu'il y aurait en revanche lieu d'interpeller le Dr X._____ dans l'hypothèse contraire (cf. avis médical du 21 janvier 2019), éludant ainsi toute réelle analyse des pièces transmises. A ce stade, on ignore donc tout de ces nouvelles altérations du rachis (et de la hanche droite), y compris leur interaction et leur impact concret. On ignore également, du reste, si elles relèvent du cadre temporel délimitant le présent litige (cf. consid. 2), ce point pouvant néanmoins demeurer indécis vu les autres lacunes d'instruction précédemment constatées.

cc) Il découle de ce qui précède qu'en l'état du dossier, les avis médicaux recueillis ne permettent pas d'appréhender clairement l'ampleur, l'évolution et l'interaction des troubles somatiques de la recourante, ni - *a fortiori* - de se positionner sur leur impact du point de vue de la capacité de travail. En ce sens, l'instruction médicale s'avère insuffisante et ne permet pas de statuer à satisfaction de droit.

c) En définitive, force est de constater que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante. Il apparaît plus particulièrement que l'instruction doit être complétée en vue de

déterminer l'étendue et l'interaction des troubles somatiques de la recourante consécutivement à la nouvelle demande de prestations déposée le 27 juin 2011. Il se justifie par conséquent 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 comportant à tout le moins un volet neurologique et un volet rhumatologique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

Compte tenu de l'issue du litige, il n'apparaît pas opportun de statuer sur les autres griefs de la recourante (s'agissant, en outre, de l'incident cardiaque survenu en juillet 2019), ni de se positionner sur le calcul du préjudice économique.

6. a) En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

Ayant obtenu gain de cause avec l'aide d'un mandataire qualifié (dans ce sens : ATF 126 V 11 consid. 2 ; voir également TF 8C_465/2017 du 12 janvier 2018 consid. 5 [non publié *in* ATF 144 V 42] avec la référence citée), la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 2'000 francs.

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

- I. Le recours déposé le 20 août 2018 par S._____ est admis.

- II. La décision rendue le 19 juillet 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, 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 S._____ la somme de 2'000 fr. (deux 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 :

- Patronato INAS CISL (pour S._____),
- 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 :