

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 février 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, de nationalité turque, au bénéfice d'un permis C, séparée de son époux, mère de deux enfants nés en 1999 et 2003 et sans formation professionnelle, a travaillé à 30% jusqu'en 2005 en qualité de nettoyeuse au service de la Ville de [...].

a) Le 10 janvier 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de troubles psychiatriques.

Dans le document de détermination du statut (part active/part ménagère) qui lui a été soumis par l'OAI, l'assurée a indiqué, le 28 janvier 2013, qu'elle travaillerait à 100% sans atteinte à la santé depuis « 18 ans » par nécessité financière.

Le Dr X._____, chef de clinique au sein du Département de psychiatrie du Centre hospitalier D._____ (Centre hospitalier D._____) et psychiatre traitant de l'assurée, a fait état, dans un rapport du 7 février 2013, d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et de trouble panique avec agoraphobie.

Dans un rapport du 11 février 2013, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics d'état anxio-dépressif important, de fibromyalgie et de cervicarthrose.

Une expertise psychiatrique a été diligentée dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations déposée par l'assurée. Le Dr K._____, expert mandaté par l'OAI, a rendu un rapport le 4 décembre 2014 dans lequel celui-ci a estimé que l'assurée avait présenté une incapacité de travail passagère totale entre le 11 septembre 2012, date de la prise en charge à la policlinique psychiatrique, et janvier 2014, avant de recouvrer une capacité de travail médico-théorique entière dans toute

activité dès cette date, l'état psychique de cette dernière ayant évolué favorablement. L'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné une dysthymie, un épisode dépressif majeur ou un trouble de l'adaptation actuellement léger, un trouble panique avec agoraphobie légers et une personnalité dépendante.

Par décision du 17 juillet 2015, confirmant un projet de décision du 20 janvier 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2014.

b) Le 6 novembre 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant une discopathie cervicale multiétagée avec hernie foraminale C4-C5 et C5-C6 à droite ainsi qu'une tendinopathie du sus-épineux et du long chef du biceps du même côté.

Dans le document de détermination du statut (part active/part ménagère), l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à un taux de 60% sans atteinte à la santé depuis 2010 par nécessité financière.

Dans un rapport du 12 janvier 2018, la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, des cervico-brachialgies droites chroniques depuis juillet 2016 avec tendinopathie du supra-épineux et du long chef du biceps ainsi qu'une discopathie cervicale avec hernie foraminale C4-C5 et C5-C6 depuis mai 2017. Elle a mentionné une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle depuis mars 2017 et de 50% au jour du rapport en raison d'une fatigabilité liée aux douleurs pluri-étagées. Dans un rapport joint du 9 juin 2017, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état des mêmes diagnostics que la Dre E._____ avec la précision qu'il résultait de l'IRM de l'épaule droite une coiffe des rotateurs en continuité mais un tendon supra-épineux hétérogène et un long chef du biceps dans sa gouttière.

Quant au Dr S._____, spécialiste en neurochirurgie, il a relevé, dans un rapport du 18 mai 2017, également joint à celui de la Dre E._____, qu'un traitement à visée anti-inflammatoire ou de la physiothérapie n'avait pas de raison d'être compte tenu de l'ancienneté des symptômes et de l'origine des douleurs, soit probablement une compression chronique au niveau des racines nerveuses cervicales qui restait à confirmer par électromyogramme.

Le 22 mai 2017, l'assurée a été examinée par le Dr V._____, spécialiste en neurologie, lequel a réalisé une électromyographie. Le spécialiste précité a conclu son rapport, daté du même jour, en mentionnant que l'examen était normal et ne montrait pas d'argument pour une lésion radiculaire du membre supérieur droit ou pour une atteinte tronculaire comme une neuropathie d'enclavement. Il en déduisait que l'origine de la symptomatologie douloureuse présentée par la patiente était de deux types : d'une part, une radiculopathie très probablement de type irritatif C6 à droite et, d'autre part, une composante locale avec des nualgies irradiant vers la région occipitale déterminant ainsi des céphalées cervicogènes.

Par avis SMR du 2 février 2018, la Dre M._____ a estimé que les douleurs invoquées n'étaient pas nouvelles, étant déjà connues et décrites lors de la précédente demande, et qu'elles n'empêchaient pas l'assurée d'assumer toutes les tâches ménagères ainsi qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de celle-ci. Elle a toutefois précisé que « Dans un souci d'exhaustivité, si cela lui paraît nécessaire, afin de déterminer au mieux ces LF [limitations fonctionnelles], nous proposons au gestionnaire d'interroger l'assurée sur le nouveau suivi rhumatologique initié puis d'interroger le spécialiste concerné par le biais d'un formulaire AI ».

Par projet de décision du 3 mai 2018, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations au motif qu'aucune modification de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans la précédente décision n'avait été constatée.

Dans un courrier du 28 mai 2018, la Dre E._____ s'est étonnée du fait que ni le Dr S._____, ni le Dr W._____ n'aient été contactés afin d'avoir leur avis quant à la capacité de travail de l'assurée. Elle a précisé que les douleurs cervicales de sa patiente étaient rapidement invalidantes, fatigantes et, à force, insupportables, et qu'une activité à 100% serait au-dessus de ses capacités.

Par courrier du 4 juin 2018, l'assurée a contesté le projet de décision du 3 mai 2018, en faisant valoir qu'elle n'était pas en mesure de travailler à 100% compte tenu des hernies cervicales et des déchirures musculaires au niveau de l'omoplate droite.

Dans un avis SMR du 18 juin 2018, le Dr P._____ a conclu que les atteintes au niveau de la colonne cervicale et au niveau de l'épaule droite étaient objectivement modestes, qu'une activité bien adaptée biomécaniquement était a priori exigible à 100% et que l'instruction devait être complétée sur le plan neurologique et orthopédique en interrogeant les spécialistes concernés.

Le Dr W._____, dans un rapport du 6 juillet 2018, a indiqué qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis le 21 novembre 2017 et qu'il n'avait pas prescrit d'arrêt de travail. Il signalait une mobilisation complète et symétrique des épaules avec une coiffe des rotateurs compétente. Il précisait que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assurée (pas de mobilisations répétitives de l'épaule droite, pas de mobilisation de l'épaule au-dessus du buste, pas de port de charges de plus de 2,5 kg), celle-ci était apte au travail, le taux et le rendement restant toutefois incertains en raison des cervicalgies.

Dans un courrier du 27 septembre 2018, le Dr S._____ a précisé que l'assurée n'avait plus été revue à sa consultation depuis le 18 mai 2017 et qu'il lui était ainsi difficile de répondre au questionnaire de l'OAI.

Dans un avis SMR du 10 octobre 2018, le Dr P._____ a conclu que l'assurée présentait des troubles dégénératifs cervicaux mais sans répercussion neurologique déficitaire objective, qu'il n'existait pas d'atteinte déficitaire au niveau de l'épaule droite et que, partant, il n'y avait pas lieu de s'écarter de la position qui reconnaissait une capacité de travail exigible de la part de l'assurée de 100% dans une activité adaptée, très légère au plan biomécanique.

Par décision du 6 novembre 2018, confirmant le projet du 3 mai 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

B. Par acte du 5 décembre 2018, l'assurée, sous la plume de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'annulation de la décision précitée et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle fait en substance valoir qu'en raison de nouvelles limitations fonctionnelles posées par le Dr W._____ dans son rapport du 6 juillet 2018 et de la modification du statut de personne active (passant de 100 à 60%), l'OAI aurait dû mettre en place une enquête ménagère afin de déterminer ses empêchements.

Aux termes d'une décision du 24 janvier 2019, la juge instructrice a accordé à l'intéressée le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 décembre 2018, comprenant notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri.

Par réponse du 21 février 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours, en considérant que les renseignements médicaux obtenus ne faisaient pas état de limitations fonctionnelles qui pourraient entraver la capacité de travail de la recourante dans une activité industrielle légère et a renvoyé pour le surplus à l'analyse médicale effectuée par le SMR les 2 février, 18 juin et 10 octobre 2018.

Par courrier du 13 mars 2019, la recourante a fourni un certificat médical de la Dre E._____ du 11 mars 2019, dans lequel celle-

ci a estimé que la recourante ne disposait pas d'une capacité de travail complète si l'on prenait en compte toutes les pathologies dont elle souffrait (épaule, cervicale, hanche, fibromyalgie, psychisme), dès lors que l'augmentation des activités physiques et des mouvements corporels péjoraient les douleurs, ce qui avait un impact sur l'état psychique de la recourante, caractérisé par une péjoration de la symptomatologie dépressive et anxieuse.

Par écriture du 27 mai 2019, l'intimé a considéré que les éléments apportés par la recourante ne suffisaient pas à jeter le doute sur les conclusions auxquelles il était parvenu dans la décision querellée.

Le 23 juillet 2019, la recourante a produit deux rapports médicaux du Dr N._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, datés respectivement des 6 juin et 3 octobre 2018. Dans le premier rapport, le médecin précité a évoqué une périarthrite de hanche droite avec une mobilité conservée, des douleurs multiples lombofessières, des cervico-scapulaires et un état dépressif nécessitant un traitement antidépresseur et psychothérapeutique. Dans le second rapport, le Dr N._____ a retenu un syndrome douloureux de type fibromyalgie avec des douleurs musculo-tendineuses multiples, sans limitation articulaire. On y apprend que la recourante a cessé le traitement antidépresseur depuis juin 2018. Il y est par ailleurs mentionné que la radiographie du bassin effectuée ne montrait pas de signe de coxarthrose.

Par déterminations du 18 septembre 2019, s'appuyant sur un avis SMR du 5 septembre 2019, l'intimé a considéré qu'aucun élément nouveau ne permettait de remettre en cause la capacité de travail retenue, soit de 100% dans une activité industrielle légère. En particulier, les douleurs du bassin et la fibromyalgie étaient déjà évoquées lors de la précédente demande et n'avaient pas été jugées incapacitantes. Par ailleurs, le médecin traitant semblait vouloir évoquer un trouble somatoforme, mais une éventuelle comorbidité psychique n'était attestée par aucun psychiatre. Aucune limitation fonctionnelle ne pouvait en outre

entraîner des empêchements importants dans l'accomplissement des travaux habituels.

Par courrier du 23 décembre 2019, le conseil de la recourante a produit un rapport médical du 7 décembre 2019 signé par la Dre E. _____ et par la psychologue Z. _____. Il y est mentionné que le suivi psychothérapeutique a débuté en juin 2018. Les diagnostics de trouble de la personnalité dépendante (F60.7) et de dysthymie (F34.1) y sont retenus. On extrait en outre ce qui suit du rapport précité :

« **Discussion**

L'examen clinique met en évidence une symptomatologie dépressive et anxieuse chronique en lien avec la persévérance de ses douleurs dont tous les traitements entrepris jusqu'à ce jour n'ont pas eu d'effets bénéfiques suffisants pour un soulagement de longue durée.

Le trouble de la personnalité qui est une perturbation sévère, profondément ancrée et durable ainsi que le diagnostic de Dysthymie ne sont actuellement pas décompensés. Dans ce contexte, du point de vue strictement psychiatrique, la structure de la personnalité dépendante et la symptomatologie dépressive permettrait la reprise d'une activité professionnelle progressive. Toutefois, la stabilité psychique de la patiente reste fragile et l'augmentation des douleurs ont un impact direct sur son état psychique caractérisé par une péjoration de la symptomatologie dépressive et anxieuse. Dans un tel contexte, une reprise de travail à 100% paraît illusoire, car elle travaillerait au-dessus de ses capacités physiques et psychiques. Une activité occupationnelle/professionnelle entre 30% et 50% paraît plus réaliste pour du long terme. »

Dans un courrier du 13 janvier 2020, le conseil de la recourante a reproduit un extrait de courriel de la psychologue Z. _____ dont la teneur est la suivante :

« En effet, si on considère uniquement les diagnostics psychiatriques de Mme B. _____, à savoir une Dysthymie et un Trouble de la personnalité dépendant, il ne présente pas en soi une incapacité de travail. En outre, je suis obligée de prendre en considération dans mon évaluation psychiatrique les douleurs chroniques de Mme B. _____ qui ont un impact (sic) direct sur son état psychique. Avec une reprise de travail à 100%, les douleurs somatiques augmenteraient (cf rapports médecins somatiques) ce qui engendrerait une péjoration de la symptomatologie dépressive et anxieuse. Dans un tel contexte, l'aggravation sur le plan psychiatrique conduirait à une incapacité de travail en elle-même. »

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 recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, à la suite de la nouvelle demande qu'elle a déposée le 6 novembre 2017, singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 17 juillet 2015 par l'OAI et la décision litigieuse du 6 novembre 2018.

3. a/aa) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGa).

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

b/aa) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGa qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

ab) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en

matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

ad) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

En fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Compte tenu du principe de proportionnalité, il peut être renoncé à cette méthode d'administration des preuves, lorsque, vu le besoin concret de preuves, une telle administration ne s'avère ni nécessaire, ni adéquate (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3).

c) Lorsque la rente a été refusée – en l'occurrence, supprimée – 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 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). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

d) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

3. 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^{er} 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).

4. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'office AI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

5. a) 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations AI déposée le 6 novembre 2017 par la recourante et a repris l'instruction en requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins ayant suivi cette dernière. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 17 juillet 2015, par laquelle l'intimé a octroyé à la recourante une rente entière limitée dans le temps,

soit du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2014, et la décision litigieuse du 6 novembre 2018, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de manière à influencer son droit à des prestations AI.

a) Dans le cadre de l'examen qui a abouti à la décision du 17 juillet 2015, l'OAI s'est principalement fondé sur le rapport d'expertise médicale psychiatrique rendu le 4 décembre 2014 par le Dr K._____.

Pour rappel, l'expert n'avait retenu aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie, un épisode dépressif majeur ou un trouble de l'adaptation alors léger, un trouble panique avec agoraphobie légers ainsi qu'une personnalité dépendante. Il avait toutefois reconnu une incapacité de travail totale passagère du 11 septembre 2012, date de la prise en charge de la recourante à la policlinique psychiatrique, à janvier 2014 où l'état de santé de celle-ci a évolué favorablement.

Sur le plan somatique, l'expert avait mentionné des cervicalgies, des tensions musculaires ainsi que des douleurs lombaires, atteintes qui n'avaient alors fait l'objet d'aucune instruction de la part de l'intimé.

En définitive, la recourante disposait d'une capacité de travail de 100% dans toute activité (hormis l'incapacité passagère entre septembre 2012 et janvier 2014), en tenant compte uniquement du volet psychique.

b) A la suite de la deuxième demande de prestations déposée le 6 novembre 2017 par la recourante, en raison d'une discopathie cervicale multiétagée avec hernie foraminale C4-C5 et C5-C6 à droite ainsi qu'une tendinopathie du sus-épineux et du long chef du biceps du même côté, l'OAI a recueilli divers avis médicaux auprès des médecins consultés par celle-ci, dès lors qu'il s'agissait de nouvelles atteintes.

aa) Sur le plan somatique, la Dre E._____ a mentionné le diagnostic de cervicobrachialgies droites chroniques depuis juillet 2016 avec tendinopathie du supra-épineux et du long chef du biceps ainsi qu'une discopathie cervicale avec hernie foraminale C4-C5 et C5-C6 depuis mai 2017 (cf. rapport du 12 janvier 2018). Elle a retenu une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle depuis mars 2017, date du début du suivi, et de 50% au jour du rapport en raison d'une fatigabilité liée aux douleurs pluri-étagées. La Dre E._____ précisait vouloir orienter sa patiente vers un rhumatologue pour avoir son avis. Le Dr W._____ a posé les mêmes diagnostics que la Dre E._____ et a indiqué que dans une activité adaptée, en tenant compte des limitations fonctionnelles de la recourante (pas de mobilisation répétitives de l'épaule droite, pas de mobilisation de l'épaule au-dessus du buste, pas de port de charges de plus de 2-5 kg), celle-ci serait apte au travail avec toutefois un taux et un rendement incertain en raison des cervicalgies. La Dre E._____ ainsi que la psychologue Z._____ ont mentionné à plusieurs reprises qu'une activité exercée à 100% serait au-dessus des capacités de la recourante (cf. courriers des 28 mai 2018, 13 mars 2019, 23 décembre 2019 et 13 janvier 2020) et ont conclu à une capacité de travail entre 30 et 50% en tenant compte de toutes les pathologies dont souffre la recourante. Force est de constater que la Dre E._____ s'est prononcée de manière quelque peu confuse, en retenant dans un premier temps une capacité de travail de 100% depuis mars 2017 puis de 50% (cf. rapport du 12 janvier 2018) avant de conclure à une capacité de travail entre 30 et 50% (cf. rapport du 23 décembre 2019). Le Dr W._____, pour sa part, ne s'est pas non plus prononcé clairement sur la capacité de travail de la recourante, dès lors qu'il s'est contenté de mentionner que la recourante serait apte au travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, en émettant toutefois une réserve quant au taux et au rendement de celle-ci. Quant au Dr S._____, il n'a pas été en mesure de répondre au questionnaire de l'intimé, notamment s'agissant de la capacité de travail de la recourante, dès lors qu'il n'avait vu sa patiente en consultation qu'à une seule reprise. Le Dr P._____ du SMR a, quant à lui, retenu une capacité de travail de 100% dans une activité bien adaptée biomécaniquement (cf. avis des 18 juin 2018 et 10 octobre 2018). Or les

considérations du SMR sur l'évaluation de l'aspect somatique sont pour le moins sujettes à caution dès lors qu'elles reposent principalement sur le rapport d'expertise psychiatrique de 2014 du Dr K._____, lequel ne se prononce précisément pas sur les atteintes somatiques. On peine ainsi à comprendre comment le SMR peut conclure à une situation inchangée au plan somatique sur cette base ainsi que sur les rapports lacunaires des Drs W._____ et S._____. Enfin, le Dr N._____, spécialiste en rhumatologie, a évoqué les diagnostics de périarthrite de hanche droite avec une mobilité conservée, de douleurs multiples lombofessières, de cervico-scapulaires avant de retenir le diagnostic de syndrome douloureux de type fibromyalgie, sans pour autant se prononcer sur la capacité de travail de la recourante.

En l'état du dossier, il n'est pas possible d'évaluer la capacité de travail de la recourante alors que les médecins consultés ont des avis divergents, voire ne se sont pas prononcés sur la question. Quant au SMR, il a estimé la capacité de travail de la recourante sur le plan somatique en se fondant sur des rapports pour le moins lacunaires sur ce point. Force est également de constater que le Dr N._____ penche pour un trouble somatoforme douloureux, alors que le SMR écarte toute comorbidité psychiatrique. Or on ne peut écarter sans autre cet aspect-là comme on le verra au considérant suivant.

bb) Sur le plan psychique, la recourante n'a invoqué aucune atteinte incapacitante ou aggravation dans sa demande de prestations du 6 novembre 2017. Ce n'est en effet qu'au stade de la procédure de recours que celle-ci a fourni un certificat médical du 11 mars 2019 de la Dre E._____, mentionnant que la recourante souffrait de différentes pathologies, dont une symptomatologie dépressive et anxieuse préjorée par les douleurs. On sait cependant que la recourante avait déjà rencontré des problèmes psychiatriques plusieurs années auparavant puisqu'elle avait été mise au bénéfice d'une rente limitée dans le temps à l'issue de l'instruction de la première demande, précisément en raison de troubles psychiatriques. Ces atteintes étaient donc déjà connues.

On peine dès lors à comprendre pour quelles raisons la Dre E. _____ a tant attendu avant d'évoquer les problèmes psychiatriques de la recourante à la suite du dépôt de la deuxième demande (cf. certificat médical du 11 mars 2019). En effet, lorsqu'elle a adressé son courrier du 28 mai 2018 à l'OAI à la suite du projet de refus de rente, la médecin précitée devait forcément avoir connaissance du fait que sa patiente avait un rendez-vous avec le Dr N. _____ et que celui-ci allait rendre un rapport médical à la suite de la consultation fixée. Or la Dre E. _____ n'en a fait aucunement état. Ce n'est en effet qu'en date du 23 juillet 2019 que la recourante a produit les rapports médicaux du Dr N. _____, dans lesquels ce médecin évoque un état dépressif alors que ceux-ci datent respectivement des 6 juin et 3 octobre 2018 et sont donc antérieurs à la décision attaquée. On peut également s'étonner du fait que la Dre E. _____ n'ait pas mentionné, avant décembre 2019 (cf. rapport du 7 décembre 2019), que sa patiente bénéficiait d'un suivi psychiatrique par la psychologue Z. _____ depuis juin 2018, soit antérieurement à la décision attaquée. Certes, aux dires de la médecin traitante et de la psychologue Z. _____, les diagnostics posés (trouble de la personnalité dépendante et dysthymie ; cf. rapport du 7 décembre 2019) ne permettent pas en soi de retenir une atteinte incapacitante qui aurait une incidence sur la capacité de travail de la recourante. Toutes deux précisent cependant que l'état de santé psychique de leur patiente est intrinsèquement lié à son état physique, en particulier aux douleurs ressenties, si bien qu'il n'est pas possible d'en faire abstraction et qu'il y a lieu d'en tenir compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. Elles insistent sur le fait que les douleurs chroniques de la recourante ont un impact direct sur son état de santé psychique et qu'une reprise du travail à 100% paraît illusoire car au-dessus des capacités physiques et psychiques de leur patiente (cf. rapports des 7 décembre 2019 et 13 janvier 2010). Elles préconisent ainsi une reprise d'activité entre 30 et 50%. Si les rapports de la Dre E. _____, médecin non spécialisé en matière de psychiatrie, et de la psychologue Z. _____ apparaissent insuffisants pour déterminer la capacité de travail de la recourante, dès lors que leurs appréciations médicales ne sont confirmées par aucun spécialiste du domaine, il faut également constater que le seul rapport

d'expertise psychiatrique présent au dossier a été rendu le 4 décembre 2014, soit avant la modification par le Tribunal fédéral de sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente en cas de troubles psychiques, introduisant un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs (cf. consid. 3b *supra*). Il est ainsi difficile de comparer la situation sur le plan psychique entre 2015 et 2018 et de déterminer quelle a été l'évolution de l'état de santé de la recourante sur ce plan en l'absence de rapport d'expertise établi selon les nouveaux indicateurs posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques. En effet, les éléments réunis par l'expert K. _____ ne sont pas suffisants pour se positionner quant à l'ensemble des indicateurs posés par la jurisprudence, faute de s'être notamment déterminé sur les ressources mobilisables de la recourante. Ainsi, on ne saurait, à ce stade, reconnaître une quelconque valeur probante au rapport d'expertise de l'expert précité.

c) Eu égard à l'application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladie psychique, le rapport d'expertise du Dr K. _____ - laquelle a été mise en œuvre il y a plus de cinq ans - ne permet pas d'appréciation concluante à l'aune des indicateurs déterminants ni de comparaison valable de l'état de santé psychique de la recourante entre 2015 et 2018. Quant aux autres rapports produits par la recourante, ils sont insuffisants pour déterminer l'impact des atteintes psychiques sur la capacité de travail de la recourante, en lien avec les atteintes somatiques.

En conséquence, il apparaît que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire sur le plan médical.

7. Au surplus, il convient de relever que le dossier de la recourante n'a pas été instruit à satisfaction sur le plan économique. En effet, il a manifestement échappé à l'intimé que la recourante ne sollicitait désormais qu'une activité à 60% à côté de son activité ménagère et non à 100% comme cela prévalait lors du dépôt de la première demande de prestations. L'intimé aurait ainsi dû procéder à une enquête au domicile

de la recourante pour déterminer quels étaient ses empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels.

8. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'absence d'une appréciation médicale exhaustive tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé présentées par la recourante tant sur le plan somatique que psychiatrique, il se justifie de procéder à un complément d'instruction. Il convient, par conséquent, de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique conforme aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA, permettant d'apprécier la gravité des atteintes ainsi que les répercussions de celles-ci sur la capacité de travail de la recourante. Préalablement à cette mesure, il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une enquête économique sur le ménage permettant de fixer son statut.

9. En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

a) 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 l'OAI, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant qui n'a, au demeurant, pas produit de liste d'opérations dans le délai fixé à cet effet.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 6 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précitée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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 B._____ 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 :

- Me Karim Hichri (pour B._____),
- 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 :