

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 décembre 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Neu et Mme Brélaz Brillard, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A.A. _____, à [...] (BE), recourante, représentée par **B.A.** _____, audit lieu,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16 et 56 al. 2 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. A.A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de coiffeuse pour dames obtenu en 1981, d'un diplôme d'esthéticienne-cosméticienne délivré en 1999 et d'un certificat d'aide-soignante acquis en 2001, a en particulier œuvré comme aide-soignante du 1^{er} août 2001 au 31 août 2002, avant d'exercer une activité indépendante dans le domaine de la téléphonie mobile entre 2003 et 2007. Dès le 8 octobre 2007, elle s'est trouvée en arrêt de travail.

B. Le 4 mars 2008, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en raison d'une chute sur le dos survenue en 1981. Elle a ultérieurement indiqué qu'en bonne santé, elle aurait depuis toujours travaillé à 100 % comme aide-soignante, par nécessité financière (cf. formulaire 531bis du 18 mars 2008).

Par rapport du 27 mars 2008, le Dr F._____, chiropraticien, a posé les diagnostics de cervicarthrose sur trouble statique, de dorsalgies moyennes et de lombosciatalgies droites irritatives dans le contexte d'une discopathie L5-S1 sévère et décompensation lombo-pelvienne. Les restrictions visaient les tâches lourdes, la position assise au-delà de trois-quarts d'heure, la station debout prolongée et le périmètre de marche, limité à une demi-heure. Quant à l'exigibilité, elle était évaluée à 50% dans un poste de coiffeuse ou d'aide-soignante, sans diminution de rendement. En annexe figurait notamment un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 13 décembre 2007 du radiologue X._____, concluant à des discopathies sévères avec protrusion discale postérieure médiane L5-S1 et extension foraminale des deux côtés, contribuant à un rétrécissement bilatéral plus important que lors d'un précédent examen en 2002.

Par rapport du 20 août 2008, le Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a signalé les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies droites dans un contexte de discopathie dégénérative avérée L5-S1 avec œdème ostéoméduillaire de type Modic II et de sévère déconditionnement physique avec défaut de stabilisation du plan musculaire profond et de la conscience corporelle. S'agissant des restrictions, le Dr G._____ a mentionné une intolérance aux positions statiques longtemps maintenues, ainsi qu'aux activités imposant un porte-à-faux ou un port de charge. Il a ajouté que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus envisageable mais qu'une activité adaptée restait exigible. Ce médecin a par ailleurs produit deux rapports établis les 14 avril et 27 mai 2008 par le Dr Z._____, médecin-chef au Centre thermal de [...], signalant des lombosciatalgies droites chroniques dans le contexte d'une discopathie avec discarthrose L5-S1, un déconditionnement musculaire et psychique, ainsi que des cervicobrachialgies droites chroniques.

Un examen clinique rhumatologique a entre-temps été mis en œuvre auprès de la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 29 août suivant, cette dernière a signalé des diagnostics incapacitants sous forme de lombosciatalgies droites dans le cadre d'un trouble statique et d'une discopathie L5-S1 sévère (avec rétrolisthésis dégénératif, protrusion bilatérale et probable irritation des racines S1, ainsi que dysbalances musculaires), et de cervico-scapulalgies bilatérales plus marquées à droite dans le cadre d'une discopathie débutante C5-C6 avec dysbalances musculaires. La Dre E._____ a considéré qu'il y avait objectivement une atteinte rachidienne nette et avancée pour l'âge, définissant des limitations fonctionnelles bio-mécaniques claires (position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc, en porte-à-faux, accroupie et agenouillée ; pas de travail à la chaîne, ni sur machine vibrante ; port de charges est limité à 5 kg). Cela étant, la Dre E._____ a retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignante et de 50 % dans une activité adaptée, respectivement 85 % après rééducation dès la fin du mois de septembre 2008.

V._____, assureur perte de gain en cas de maladie, a transmis son dossier à l'OAI en date du 7 octobre 2008. Y figurait notamment un rapport du Dr Z._____ du 1^{er} juillet 2008 rappelant les diagnostics précédemment posés sur le plan somatique et évoquant un surmenage sur le plan psychique non reconnu par l'assurée. En outre, dans un avis du 4 septembre 2008 annonçant la prochaine reddition d'un rapport d'expertise, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, signalait que la capacité de travail avait toujours été entière d'un point de vue psychiatrique. Enfin, aux termes d'un rapport d'expertise du 8 septembre 2008, le Dr N._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en maladies rhumatismales, diagnostiquait des cervico-dorso-lombalgies chroniques et un trouble somatoforme/majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, la capacité de travail étant nulle dans l'ancienne activité d'aide-soignante mais dépourvue de restrictions dans une activité adaptée (avec possibilité de changer de position périodiquement, sans charge, sans travail en porte-à-faux).

Dans le courant du mois de mai 2009, après avoir déménagé à [...] (BE), l'assurée s'est entretenue avec une spécialiste en réadaptation de l'Office AI Berne (antenne de [...]) dans le cadre d'une mesure d'orientation professionnelle. Elle a alors signalé qu'elle ne se voyait pas travailler au-delà de 30 ou 40%, soit douze à quinze heures hebdomadaires (cf. rapport final de l'Office AI Berne du 5 juin 2009).

Par avis du 2 juin 2009, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, a diagnostiqué une spondylo-discarthrose L5-S1 sévère, avec hernie discale et arthrose des petites articulations du même étage, et une spondylodiscarthrose C4-C5, C5-C6 et C6-C7. Il a estimé que la capacité de travail était nulle en tant qu'aide-soignante, coiffeuse ou vendeuse, et qu'elle ne dépassait pas 40 % dans une activité adaptée permettant d'alterner les positions et d'éviter le port de charges excédant 7 kg. Le 24 août 2009, le Dr Q._____ a transmis à l'OAI un rapport établi par ses soins le 14 octobre 2008, faisant en particulier mention d'une souffrance psychologique

importante chez l'assurée. Dans un rapport du 23 septembre 2009, le Dr Q._____ a pour l'essentiel repris les diagnostics somatiques précédemment évoqués, tout en retenant que l'activité habituelle d'aide-soignante n'était plus exigible mais que des mesures de réadaptation professionnelle dans une activité légère et adaptée demeuraient possibles.

Dans des avis des 10 août 2009 et 3 novembre 2009, le SMR s'en est tenu aux conclusions de la Dre E._____, considérant notamment que nonobstant la hernie discale évoquée par le Dr Q._____, l'IRM lombaire de 2007 montrait une protrusion médiane-paramédiane bilatérale.

Par décision du 31 janvier 2011, faisant suite à un projet du 3 décembre 2009, l'OAI a dénié le droit aux prestations de l'assurée, considérant que le taux d'invalidité, arrêté à 33,52%, excluait le droit à une rente et que les chances de succès d'éventuelles mesures d'ordre professionnel apparaissaient vouées à l'échec compte tenu de la position de l'intéressée quant à l'exigibilité médicale.

C. Le 7 mars 2011, l'assurée a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans ce contexte, l'intéressée a en particulier produit un rapport du Dr Q._____ du 28 février 2011, rendant compte d'un état anxio-dépressif sévère avec des idées suicidaires. Elle également versé en cause un rapport du 26 avril 2011 rédigé par le Dr P._____ et la psychologue H._____, des Services psychiatriques [...], retenant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), avec syndrome douloureux chronique. Un rapport du 18 juillet 2011 établi par le Dr P._____ et le psychologue K._____, des Services psychiatriques [...], signalait une capacité de travail de 16 heures par semaine avec une répartition libre du temps de travail sur l'ensemble de la semaine, idéalement dans une activité à domicile ou à télé-distance, voire une activité de bureau ou téléphonique ou encore une activité indépendante - étant précisé qu'avec des mesures de réinsertion et/ou

une formation adaptée et sous réserve de la poursuite du traitement psychiatrique, une rémission de la symptomatologie dépressive était escomptée. L'assurée a de surcroît transmis une attestation médicale du 17 novembre 2011 du Dr D._____, médecin généraliste, évoquant un traitement médicamenteux pour un état anxio-dépressif sévère entre le 3 juin 2002 et le mois de février 2003, ainsi qu'une attestation médicale du 24 novembre 2011 émanant du Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mentionnant une prise en charge du 3 septembre 2002 au 11 mars 2003 pour un épisode dépressif majeur en rémission partielle.

Statuant par arrêt du 4 décembre 2012 (CASSO AI 76/11 - 385/2012), la juridiction cantonale a admis le recours de l'assurée, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. La Cour a plus particulièrement retenu que si, sur le plan somatique, les conclusions formulées par la Dre E._____ dans son rapport d'examen clinique du 29 août 2008 étaient probantes (consid. 5a), l'aspect psychique avait en revanche été insuffisamment instruit par l'office (consid. 5b). L'instruction devait donc être complétée sous la forme d'une expertise psychiatrique visant à déterminer l'existence, l'évolution et les conséquences d'éventuelles affections psychiques susceptibles d'être prises en considération dans le cadre de la demande de prestations du 4 mars 2008 (consid. 6b).

D. Reprenant l'instruction du cas, l'OAI a mandaté expert le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 6 mai 2013. Dans son rapport du 2 septembre 2013, ce dernier a notamment retenu ce qui suit :

"Diagnostics avec répercussion sur la CT

Aucun dans mon domaine de compétence

Diagnostics sans répercussion sur la CT

Trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4), depuis début 2008;

Trouble dépressif récurrent (F33.0-F33.10), selon le dossier, sous forme d'une dépression persistante fluctuant entre un degré léger et

moyen, accompagnant le trouble somatoforme depuis son début (début 2008);
[...]

Facteurs influant sur l'état de santé:

Difficultés liées à une enfance malheureuse, départ du foyer pendant l'enfance (Z61.8) ;
Difficultés dans les rapports avec les parents (Z63.1).

[...]

Discussion médicale

D'un trouble douloureux somatoforme persistant. Il y a lieu dans ce cas de retenir ce diagnostic. Les critères qui le définissent dans la CIM-10 sont bien réunis. En effet, la plainte essentielle concerne une douleur intense et persistante qui ne trouve pas une explication médicale suffisante, malgré de nombreux bilans. Elle survient dans un contexte marqué impliquant des facteurs psychosociaux et des conflits émotionnels qui peuvent être considérés comme la cause essentielle du trouble. La plainte s'accompagne d'un sentiment de détresse. En plus de ce tableau qui définit le trouble, on trouve différents éléments caractéristiques qui viennent consolider le diagnostic. La plainte douloureuse fonde une demande de reconnaissance d'une incapacité à accomplir des tâches remplies jusque-là, demande adressée à l'entourage et la société. L'histoire comprend maints aspects qui ont suscité un sentiment d'insatisfaction, d'injustice et d'amertume qui peut faire le lit d'une forme de demande de reconnaissance et de réparation. Il existe une insatisfaction et un mécontentement à l'égard d'une partie du corps médical, accusé de ne pas prendre en compte la réalité de l'atteinte.
[...]

Des diagnostics équivalents ou apparentés ont déjà été rapportés, comme un syndrome douloureux chronique. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui apparaît dans plusieurs rapports et qui a pu être discuté comme diagnostic différentiel, correspond à une entité clinique apparentée aux troubles somatoformes. Il n'y a pas lieu de cumuler les deux.

[...] Dans ce cas, sans nier leur authenticité, les idées suicidaires que l'assurée a pu exprimer ne sont pas à rattacher à un état dépressif sévère, mais au sentiment de détresse appartenant au trouble somatoforme, exacerbé par la conviction de l'assurée de ne pas être prise en compte dans sa souffrance.

D'un trouble dépressif. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent a déjà été retenu par l'expert psychiatre en 2008 et rapportée par l'équipe médico-psychologique du Service de psychiatrie de [...], à côté d'un syndrome douloureux chronique. Lors de notre examen, nous n'avons pas constaté chez l'assurée un état dépressif caractéristique. Pour définir un état de dépression léger à moyen, la CIM-10 exige la présence d'au moins deux des trois symptômes typiques (abaissement de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, réduction de l'énergie). Les deux derniers sont actuellement absents, comme cela ressort de notre examen, mais aussi de sa description de l'occupation quotidienne et des plaintes exprimées. Puisque un trouble dépressif récurrent a déjà été retenu, il faudrait alors considérer que celui-ci est actuellement en rémission (F33.4).

[...]

Si les critères diagnostiques ne sont pas bien réunis, d'un autre côté, le dossier et la situation ne laissent guère de doute qu'il existe bel et bien une certaine « dépressivité » qui peut évoquer une dépression. Mais l'abaissement de l'humeur a ici une qualité particulière. On ne retrouve pas essentiellement une tristesse, une morosité ou un pessimisme, mais plutôt un « ras-le-bol », une colère et une revendication. À côté de cela, la capacité d'intérêt et de plaisir est conservée de même que l'appétit et la libido, on n'observe pas un ralentissement psychomoteur ou un affect abrasé et on ne retrouve pas un trouble du sommeil massif et constant qui puisse être rapporté un état de dépression. L'estime de soi est conservée et on ne retrouve pas une dévalorisation. Ceci ne constitue pas un tableau clinique en lui-même inquiétant. On ne retrouve pas de facteurs de gravité, comme une tristesse et une perte d'intérêt et de plaisir tous les jours, pendant une longue période, ni une culpabilité pathologique ni des idées de mort caractérisées.

Selon l'assuré, la dépression a commencé il y a deux ans (2011). Le dossier fait effectivement apparaître qu'avant, elle ne s'en plaignait pas. Avant 2011, les allusions à un trouble psychique ne découlaient que du fait qu'il fallait bien trouver une origine psychogène à un tableau clinique inexplicable, à moins d'envisager une cause non médicale (par exemple une simulation), que personne n'a jamais ni invoquée ni retenue, pas plus que nous-même aujourd'hui. Ici, les éléments dépressifs relevés ont une forte composante réactionnelle. Selon l'assurée elle-même, le refus de l'AI a été la principale cause déclenchante, à côté des douleurs qui se sont exacerbées et du dénouement malheureux de ses démarches pour trouver son père. Il est frappant qu'elle ne cite pas la situation financière catastrophique dans laquelle se retrouvait le couple après la faillite, au rang des événements qui l'ont beaucoup affectée.

Au moment de constituer son recours (écriture du 07/11/2011), l'assurée a apporté deux certificats [...] concernant la période 2001-2003. À cette époque, l'assurée subissait une situation difficile avec son ex-mari qui avait très mal réagi à la séparation (2000). [...]

Elle nous a indiqué qu'elle avait connu un premier épisode dépressif à l'âge de 28 ans, après la première rencontre avec son père. Vu le contexte de cette rencontre et ce qu'il en est ressorti, il est évident qu'elle s'est trouvée dans une situation bouleversante et qu'elle a dû faire le « deuil » d'un rêve de première importance qu'elle avait nourri jusque-là. Dès lors, on peut questionner le caractère pathologique d'une telle réaction. En effet, rien n'indique qu'elle ait connu une durée anormale. De plus, suite à cet événement, l'assurée a pu réinvestir les autres domaines importants de sa vie et décider d'entretenir une relation régulière avec son père officiel, malgré le doute qui subsistait. Dans ce cas, il n'y a pas d'élément fiable et rigoureux pour soutenir l'hypothèse qu'une maladie dépressive, préexistante serait au premier plan [...]. Nous ne la retenons pas.

Il ressort de ce qui précède que l'assurée ne souffre pas d'un trouble affectif significatif et grave, qui seul pourrait avoir valeur de maladie invalidante. Concernant les éléments dépressifs avant 2008, on peut

s'interroger sur leur caractère pathologique. On peut relever aussi qu'ils n'ont pas entraîné une IT durable, qu'ils n'ont pas fait l'objet d'un traitement très consistant. Pour ceux rapportés depuis 2008, ils pourraient être intégrés sans autre au trouble somatoforme retenu par ailleurs, qu'ils contribuent à décrire. Mais comme le diagnostic de trouble dépressif récurrent a déjà été retenu, il ne nous paraît pas judicieux dans ce cas de le remettre en question. On peut retenir que depuis l'apparition de la plainte physique incapacitante (2008), l'assurée présente un trouble dépressif récurrent sous forme d'une dépression persistante, fluctuant d'un degré léger à moyen. Retenir ce diagnostic à côté de celui de trouble somatoforme ou l'intégrer à celui-ci, ne change rien à la réalité clinique que nous avons à considérer et n'a aucune incidence sur le plan médico-asséculo-logique à l'aune des critères en vigueur.

Du contexte psychosocial. Au premier plan, on peut relever la situation financière depuis la faillite (fin 2007), dont l'assurée ne parle quasiment pas, et sur laquelle elle reste floue. Il existe aussi certaines correspondances temporelles frappantes. De plus, sur certains sujets, ses déclarations manquent de fiabilité. Par exemple, concernant le métier de coiffeuse, elle indique qu'il lui a été imposé par sa mère, qu'elle ne l'a jamais aimé et qu'elle ne l'a pratiqué que deux petites années. Or, le dossier contient des certificats de travail élogieux dans cette activité exercée sur une période de cinq ans (1981-1986) après l'apprentissage (1979-1981). [...] De son côté, elle persiste à considérer que l'AI proposait un retour possible à l'activité de coiffeuse, ce qui est contredit par le dossier. Pourtant, elle présente cet argument pour expliquer pourquoi elle s'est trouvée ensuite totalement démotivée pour une réadaptation, alors qu'elle la souhaitait au début.

D'un trouble de la personnalité. Dans un tel cas, il est habituel de rechercher un trouble de la personnalité. La biographie et notre examen montrent que la personnalité de l'assurée n'a pas un caractère morbide, qu'elle se situe dans la norme. Le fait qu'elle ait montré jusqu'en 2008 une bonne stabilité sur le plan interpersonnel, social et professionnel, suffit pour l'attester. On peut par contre raisonnablement penser qu'elle a été marquée par l'expérience d'abandon vécue dans la petite enfance et l'enfance, réactivée par plusieurs événements à l'âge adulte.

Autres. En dehors des points étudiés précédemment, le dossier et notre examen n'amènent rien non plus pour un trouble du développement, une affection psycho-organique, une psychose, une addiction à une substance psychoactive (en dehors du tabagisme primaire) un trouble anxieux spécifique.

[...]

Position de l'expert par rapport aux avis médicaux antérieurs

A la fin de notre propre travail, il apparaît que notre analyse et nos conclusions ne nous mettent nullement en contradiction avec les positions exprimées par les somaticiens. [...] Notre position vient

rejoindre sur l'essentiel les conclusions du précédent expert psychiatre en 2008. Elle nous met par contre en contradiction relative avec celle émanant du Service psychiatrique de [...]. [...] Pour ce qui est de l'évaluation médicale de la capacité de travail, la différence provient en particulier que [ces médecins] se positionnent sur une capacité de travail globale, intégrant les plans physique et psychique. Le rapport met le doigt sur ce qui pourrait paraître comme une discordance majeure dans ce dossier, à savoir que l'assurée déclare d'un côté qu'elle souhaite une réadaptation et qu'elle pense que la reprise d'une activité lui ferait du bien, et d'un autre côté, simultanément, elle déplore que ses douleurs et les limitations qu'elles entraînent ne lui permettent d'en envisager aucune, tout en nous demandant de considérer qu'il existe des limitations psychiques. Cela établit qu'il faut bien admettre que la plainte essentielle et, ce qui limite la capacité de travail, est bien la plainte concerne la douleur physique intense et persistante, et non une dépression sévère. Ce type de discordance est habituel dans un trouble somatoforme. À l'inverse, il n'évoque pas un état dépressif, comme d'ailleurs d'autres aspects du tableau clinique.

Conclusions

Il résulte de notre analyse du dossier et de notre examen que l'assurée ne présente pas une maladie mentale ou un trouble psychique équivalent pouvant avoir valeur de maladie invalidante, à l'aune des critères en vigueur. Sur le plan psychiatrique, sa capacité de travail est donc entière. Nous avons conscience néanmoins qu'il paraît illusoire aujourd'hui d'attendre que l'assurée utilise sa capacité de travail résiduelle. Pour ce qui est des limitations physiques, elles ont été déterminées par les spécialistes concernés.

[...]

Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont parfaitement envisageables sur le plan médico-théorique, sous un angle psychiatrique. De telles mesures ont déjà été proposées (2009) et se sont soldées par un échec avant même d'être appliquées. Sur le plan psychiatrique, ce fait s'explique par la présence du trouble douloureux somatoforme qui s'est traduit par un comportement empêchant la mobilisation des ressources existantes.

[...]"

Le 18 octobre 2013, à la demande l'OAI, V. _____ a produit le rapport d'expertise psychiatrique établi le 9 octobre 2008 par le Dr S. _____. Selon l'expert, rien n'indiquait que l'assurée ait présenté, depuis janvier 2008, une symptomatologie psychique manifeste (*« éventuellement, trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques, une affection médicale générale chronique »*) et *« éventuellement, traits de fonctionnement sur un mode co-dépendant »*),

la capacité de travail à ce niveau étant corrélativement considérée comme ayant toujours été entière.

Entre les mois d'octobre 2013 et janvier 2014, l'OAI et l'assurée ont convenu d'un catalogue de questions supplémentaires que l'expert L. _____ s'est vu soumettre le 7 février 2014. A la suite d'un courrier de l'assurée du 10 décembre 2014, l'office a interpellé l'expert L. _____ le 15 décembre suivant quant à la date de reddition de son rapport complémentaire. Après une nouvelle interpellation de l'OAI le 8 juin 2015, l'expert L. _____ s'est déterminé dans un rapport du 23 juillet 2015 où il a exposé en substance que l'absence d'atteinte à la santé psychique grave et invalidante constatée en 2008 par l'expert S. _____ restait vraie en 2013.

Par avis médical du 4 août 2015, le Dr R. _____, du SMR, s'est rallié aux conclusions de l'expert L. _____. Dans un avis du 3 mars 2016, il a encore précisé que l'appréciation de l'expert satisfaisait aux exigences de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et autre pathologies assimilées.

En date du 28 juillet 2016, l'assurée a écrit à l'OAI pour s'enquérir de l'avancement de son dossier.

Par correspondance du 12 août 2016, l'OAI, rappelant l'échec des mesures professionnelles précédemment mises en œuvre, a imparti à l'assurée un délai au 31 août 2016 pour confirmer par écrit son accord et sa collaboration aux nouvelles mesures professionnelles qui seraient proposées. L'intéressée a obtempéré par écrits des 26 août et 5 septembre 2016, confirmant en particulier un rendez-vous fixé au jeudi 20 octobre 2016 à 14 heures.

Aux termes d'une lettre du 5 octobre 2016 à l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS), l'assurée a contesté

l'évaluation professionnelle mise en œuvre par l'OAI, affirmant en particulier qu'un collaborateur de l'office l'avait menacée de clôturer son dossier pour le cas où elle n'y donnerait pas suite. Elle a ajouté que ce même collaborateur avait dicté la teneur du courrier du 5 septembre 2016, considérant à cet égard avoir été manipulée, et a remis en question le rendez-vous fixé pour le 20 octobre 2016 dans les locaux de l'OAI à Vevey alors même qu'elle habitait [...] depuis plus de cinq ans. L'intéressée a de surcroît allégué que son dossier traînait depuis l'arrêt du 4 décembre 2012.

Par arrêt du 14 octobre 2016, la Cour des assurances sociales a rayé du rôle, faute de régularisation, le recours déposé le 12 septembre 2016 par A.A. _____ pour se plaindre de la lenteur de la procédure administrative et des pressions dont elle estimait faire l'objet (cf. CASSO AI 241/16- 273/2016).

Dans une note adressée le 18 octobre 2016 à l'OFAS, l'OAI a rappelé les différentes étapes de la procédure depuis l'arrêt cantonal du 4 décembre 2012. L'office a par ailleurs exposé qu'un entretien préalable avec l'assurée et son époux était souhaité avant d'envisager un transfert éventuel à l'Office AI de Berne pour un mandat de délégation pour des mesures de réadaptation.

D'un rapport initial établi le 20 octobre 2016 par le Service de réadaptation de l'OAI, il est ressorti que l'assurée déclarait ne plus rien pouvoir faire en raison de l'aggravation de sa situation physique, sans égard au volet psychique. Elle s'estimait en outre victime du système, mais s'excusait d'avoir mis en cause la personne en charge de son dossier à l'OAI dont les démarches avaient pour but d'aider. Enfin, l'intéressée se ralliait à la mise en œuvre d'une mesure de réinsertion dans un domaine artistique, sous l'égide de l'Office AI du canton de Berne.

Répondant le 25 novembre 2016 au courrier de l'assurée du 5 octobre précédent, l'OFAS a rappelé le déroulement de la procédure

devant l'OAI, relevant en particulier que cet office n'avait pas eu le moyen d'accélérer la remise du complément d'expertise psychiatrique en juillet 2015 et qu'il lui avait encore fallu tenir compte de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et autres pathologies associées. Enfin, l'OFAS a noté qu'un entretien avec l'OAI avait permis de clarifié la situation.

Le 9 décembre 2016, le Dr I._____, médecin généraliste traitant, a établi une attestation selon laquelle la patiente ne pouvait pas se présenter au travail à 8h00 compte tenu de la fatigue matinale induite par ses médicaments.

Dès le 9 janvier 2017, l'assurée a débuté un stage auprès de la Fondation [...], sous l'égide de l'Office AI du canton de Berne. Par courrier du 5 février 2017, l'intéressée s'est enquis du versement des indemnités y relatives et s'est étonnée que ses médecins traitants aient été contactés par un collaborateur de l'office susdit. Par communication du 8 février 2017, l'OAI a formellement pris en charge un entraînement à l'endurance auprès de la Fondation [...], du 9 janvier au 9 avril 2017. Dans un courrier du 13 février 2017, l'office a expliqué que la prise en charge de la mesure susdite avait été retardée en raison de l'absence du collaborateur compétent, dont le système de notification électronique d'absence n'avait pas correctement fonctionné. L'OAI a ajouté qu'il était par ailleurs usuel, lors de la mise en place des mesures, de prendre contact avec les médecins traitants non pas pour qu'ils poussent leurs patients à reprendre le travail mais pour qu'ils puissent mieux appréhender la mesure en question notamment lors de l'émission d'un certificat d'incapacité de travail. Le 8 février 2017, le Dr I._____ a attesté une incapacité à suivre la mesure auprès de la Fondation [...] depuis le 6 février 2017, en raison de fortes douleurs. Le 16 février 2017, ce médecin a prononcé un arrêt de travail complet pour la période du 6 au 28 février 2017. Dès le 13 février 2017, l'assurée ne s'est plus présentée à la à la Fondation [...] (cf. note d'entretien téléphonique du 16 février 2017).

D'entretiens téléphoniques les 2 mars, 10 mars et 28 avril 2017 entre l'OAI et l'époux de l'assurée, il est ressorti que de nouvelles investigations médicales étaient en cours sur les plans rhumatologique et en neurologique.

Interpellé par l'OAI, le Dr I. _____ a retenu, dans un rapport du 25 juin 2017, les diagnostics de syndrome panvertébral chronicisé et résistant aux thérapies (avec ostéochondrose érosive L5-S1, discopathie C5-C6 et des critères de fibromyalgie chronique), trouble dépressif récidivant et trouble du sommeil prononcé, considérant que la capacité de travail était nulle dans toute activité. A ce rapport étaient notamment joints les documents suivants :

- rapport d'IRM lombaire du 13 février 2017 du Dr ZZ. _____, radiologue, concluant à une ostéochondrose érosive de type II avec spondylose dorsale et hernie discale médiane L5-S1, ainsi qu'à une arthrose facettaire modérée L3-L4, L4-L5 et L5-S1 ;

- un rapport du 7 mars 2017 du Dr Y. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, soupçonnant un syndrome douloureux fibromyalgique avec douleurs panvertébrales et signalant des discopathies C5-C6 et L5-S1 (avec ostéochondrose de type II) ;

- un rapport du 31 mars 2017 du Dr O. _____, spécialiste en neurologie, ne décelant aucune origine neurologique aux plaintes mentionnées et évoquant une probable problématique rhumatologique ;

- un rapport du 7 avril 2017 du Dr U. _____, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics de syndrome panvertébral chronicisé et résistant aux thérapies avec ostéochondrose érosive L5-S1 et discopathie C5-C6.

Par avis médical SMR du 6 juillet 2017, le Dr R. _____ a estimé que les rapports médicaux produits ne justifiaient pas de modifier les conclusions dudit service.

Le 19 juillet 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente compte tenu d'un degré d'invalidité de 33,52 %, considérant que les investigations menées n'avaient pas révélé d'élément nouveau susceptible de modifier l'appréciation de l'exigibilité.

Faisant part de ses objections dans un courrier du 31 août 2017, l'assurée, sous la plume de son époux, a fait valoir que selon l'avis des médecins consultés (Drs Y._____, O._____, U._____ et I._____), elle présentait, en sus de ses problèmes dorsaux déjà connus, des douleurs devenues chroniques et souffrait de fibromyalgie. Elle a soutenu que, du fait de la fibromyalgie, l'exigibilité définie en 2008 par la Dre E._____ n'avait jamais pu passer de 50 % à 85 % et qu'elle n'était à ce jour pas en mesure d'exercer un travail, voire seulement à 40 % selon l'appréciation du Q._____. Elle a ajouté qu'il y avait également lieu de tenir compte des effets de ses médicaments et a par ailleurs critiqué le calcul du taux d'invalidité.

Le 6 octobre 2017, l'assurée a produit une attestation médicale du 2 octobre 2017 du psychologue K._____, certifiant que la patiente suivait un traitement psychothérapeutique depuis le 16 mars 2011, qu'elle avait initialement présenté un épisode dépressif sévère, qu'elle s'était fortement impliquée dans son traitement et qu'elle continuait à bénéficier d'une prise en charge psychothérapeutique une fois par mois pour l'aider à affronter la maladie et à gérer ses douleurs chroniques.

Considérant qu'il y avait lieu d'actualiser le dossier sous l'angle rhumatologique, l'OAI a confié un mandat d'expertise le 20 décembre 2017 à la Dre M._____, spécialiste en rhumatologie, du Bureau [...] (ci-après : le C._____), à [...]. Le 17 juillet 2018, l'office a écrit à cette spécialiste pour s'enquérir de l'état d'avancement de l'expertise. Dans son rapport y relatif du 20 juillet 2018, l'experte M._____ a notamment retenu que la recourante présentait des

rachialgies étendues, multifactorielles, fonctionnelles et non déficitaires (« *syndrome panvertébral* ») impliquant la confirmation des limitations fonctionnelles déjà reconnues (éviter les positions statiques prolongées [plus de 30 minutes] sans alternance de position, éviter les activités en position anti-ergonomique, en porte-à-faux du tronc ou en zone basse [accroupie ou agenouillée], éviter les ports de charges de plus de 5 kg de manière occasionnelle et de 2 kg de manière répétitive, éviter les engins provoquant des vibrations, éviter les activités répétitives dans la gestuelle « *à la chaîne* » sous le stress d'un haut rendement). L'experte a de surcroît constaté des symptômes d'amplification des plaintes et de comportement douloureux, s'inscrivant dans un contexte d'allodynie généralisée et répondant aux critères diagnostic d'une fibromyalgie ; compte tenu de cette composante, la Dre M. _____ a laissé le soin au SMR de décider de la nécessité d'une nouvelle expertise psychiatrique. Cela étant, l'experte a posé les conclusions suivantes :

"

3. DIAGNOSTICS

1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail

Rachialgies, irréductibles, multifactorielles, non déficitaires M54.9 dans le cadre de :

- Troubles dégénératifs avec cervicarthrose, spondylose dorsale et discopathie L5-S1
- Discrets troubles statiques et post-ménopausiques
- Dysbalances musculaires
- Allodynie étendue dans un contexte de fibromyalgie

2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail

[...]

3. Interaction des diagnostics

[...]

Il persiste un hiatus important entre les douleurs évoquées, permanentes, intenses, invalidantes et l'aspect bénin, banal, fréquent du diagnostic somatique n'engendrant pas, selon l'expérience habituelle d'incapacité de travail totale dans une activité adaptée.

Chez Mme ces douleurs ont enrayé des mesures de réentraînement au travail l'an dernier.

Mme ne se sent plus apte pour aucune activité.

Une approche médico-théorique fait retenir, vu l'âge, avec des processus du vieillissement qui se sont progressivement installés, une CT de 70% dans un travail adapté à partir du présent examen.

Les anciennes activités d'aide-soignante, d'aide vendeuse ne sont plus exigibles.

4. TRAITEMENT ET READAPTATION

[...]

5. COHERENCE

S'il est évident qu'il existe une pathologie rachidienne celle-ci est de nature bénigne, fréquente et n'a pas de répercussion compressive neurologique. Elle est stable selon les documents radiologiques depuis 2007 en tenant compte de processus du vieillissement et de l'âge.

Il y a donc un gap entre les impotences fonctionnelles totales annoncées en vue de la reprise d'un travail adapté, et l'examen clinique fonctionnel qui ne contre-indique pas au plan médico-théorique un travail adapté, depuis 2008 à 50% en août comme le suggérait le Dre E. _____, puis progressivement à 80%. A compter de l'évaluation actuelle vu l'âge de 55 ans diminuant la résistance à un effort de travail sur une pleine journée, j'admets une CT de 60% dans un travail adapté.

Je n'ai pas d'explication à l'arrêt des mesures sur le plan médical somatique. Le médecin traitant que j'ai contacté m'a confirmé que Mme avait consulté et évoqué une augmentation des plaintes subjectives sur le plan des douleurs et des troubles du sommeil. Il n'y avait pas d'autre diagnostic supplémentaire à ce moment-là que les éléments qui nous sont connus depuis 2008 au moins.

6. CAPACITE DE TRAVAIL

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

0% depuis 2008.

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

80% depuis septembre 2008 jusqu'au présent examen.

50% à partir de l'examen actuel en tenant compte d'une évolution sur une dizaine d'années des processus du vieillissement surajoutés à ce qui était connu et d'une évolution de la cervicarthrose, l'apparition d'enthèses calcifiées qui me font évoquer la possibilité d'évolution d'une spondylose hyperostotante nécessitant un suivi radio-clinique par un spécialiste à un délai de 2 à 3 ans ou plus rapidement en cas de symptôme neurologique associé."

L'époux de l'assurée s'étant référé, au cours d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 19 septembre 2018, à l'expertise psychiatrique

préconisée par l'experte M._____, l'office lui a répondu le 4 octobre suivant que le dossier ne contenait pas de nouveaux éléments médicaux qui justifiaient la réalisation d'une nouvelle expertise à ce niveau.

A la requête du SMR (cf. avis médical du Dr R._____ du 3 octobre 2018), l'experte M._____ a fourni les précisions suivantes dans un complément d'expertise du 10 octobre 2018 :

"A) Pourriez-vous nous préciser le taux de la CTAA ? 70 % en p. 42 [...] En p. 43 et 44, nous avons respectivement 60 puis 50%. Quelle serait la bonne CT de l'expert ?

[...]

Sur le plan de la CT je retenais une **IT de « 60% »** tenant compte de l'âge, d'une hypotrophie musculaire dans le contexte d'une arthrose rachidienne qui m'apparaissait avoir progressé au niveau de la nuque à l'étage C5-C6.

Pour le ménage je tenais compte d'une IT de 20%.

Je n'avais pas d'explication évidente à l'échec de réadaptation (2h/j dans un travail adapté) en 2017.

Je relevais qu'il persistait un hiatus entre les douleurs évoquées et l'aspect banal du diagnostic somatique. Une erreur s'est glissée effectivement en page 42 avec une CT de 50% dans un travail adapté, chiffre que je ne confirme pas et qui se situe à 60%.

En page 43 je vous prie également de tenir compte d'une CT de 60%.

[...] C'est donc bien une **CT de 60%** que je retenais pour votre assurée dans une activité adaptée.

B) La date d'aggravation serait fixée au jour de l'expertise : cependant d'après les documents elle devrait remonter au moins au 25.06.2017 (RM du Dr I._____ + la suite en p. 29) merci à l'expert se de prononcer aussi sur ce point.

[...].

La radiographie de la nuque montrait une discopathie C5-C6 en effet aggravée par rapport à d'anciens clichés alors que sur le plan lombaire la situation m'apparaissait assez stable radiologiquement.

[...]

Je n'avais pas d'autre élément probant me permettant rétroactivement de faire reconnaître une aggravation. Comme vous le savez, il s'agit, en absence d'élément objectif bien évident, de processus lents. J'avais peu d'argument objectif pour donner lieu à un point d'inflexion, à un palier d'aggravation, mais je relevais que par rapport à l'évaluation de Mme Dre E._____ qui évaluait à

terme une CT de 85 % dans une activité adaptée, la situation telle que je l'observais ne permettait plus de retenir ce taux, même si Mme est adhérente à effectuer quelques activités physiques au quotidien, cela n'a pas permis de rejoindre un état de conditionnement suffisant selon mon observation pour une journée presque complète de travail dans une activité adaptée.

Les éléments d'allodynie et de hiatus sont présents depuis 2008. Ils ont fait l'objet d'évaluations psychiatriques qui n'ont pas mis en évidence de co-morbidité atteignant un seuil incapacitant.

J'ai pris note que vous n'aviez pas jugé nécessaire d'effectuer une nouvelle expertise psychiatrique dans votre demande d'expertise.

De mon côté je n'avais pas d'élément permettant de suspecter une aggravation d'une affection psychiatrique sur la base de données anamnestiques, notamment de l'allègement de son traitement psychotrope (page 28 de l'expertise), entre autres.

On peut prendre en compte le passage à une antalgie de classe III en effet par le Dr I. _____ en juin 2017, comme facteur d'aggravation le palier d'antalgie de classe III étant réservé à des diagnostics en principe d'une plus grande gravité, ce qui n'est pas le cas chez votre assurée, mais réservé aussi lors de la résistance aux antalgiques de palier I et II.

Dès lors, je me rallie à votre appréciation de **date d'aggravation en juin 2017** et non pas à la date de mon expertise."

En date du 2 novembre 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision annulant et remplaçant celui du 19 juillet 2017, dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2017 au 31 janvier 2018, puis d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2018. Dans sa motivation, l'office s'est fondé sur une exigibilité de 85 % dans une activité adaptée à compter de la fin du délai de carence légal d'une année, en octobre 2008. Comparant le revenu sans invalidité de 60'000 fr. dans une activité d'aide-soignante et le revenu avec invalidité de 30'886 fr. 75 fondé sur les données statistiques (avec un abattement de 10 % tenant compte des limitations fonctionnelles), l'OAI a arrêté le taux d'invalidité à 33,52 %, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. La capacité de travail exigible était toutefois de 60 % dès le 25 juin 2017, des suites d'une aggravation de l'état de santé. Il en résultait un degré d'invalidité de 50,74 %, fondé sur les données économiques précédemment retenues. Cela étant, l'OAI a considéré que l'assurée avait présenté une invalidité moyenne de 40 % dès le 9 novembre 2017, ouvrant ainsi le droit à un quart de rente dès le

1^{er} novembre 2017, suivi du droit à une demi-rente sur la base d'un taux d'invalidité de 51 % trois mois plus tard, soit dès le 1^{er} février 2018.

Par décision du 15 janvier 2019, l'OAI a confirmé son projet précité.

E. Représentée par son époux, A.A._____ a recouru le 13 février 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 15 janvier 2019, concluant implicitement à son annulation. Sur le plan formel la recourante a invoqué un déni de justice, reprochant à l'intimé un retard injustifié à statuer depuis l'arrêt cantonal de 4 décembre 2012. Elle a de surcroît déclaré porter plainte pour tentative de manipulation visant à faire modifier les certificats établis par deux médecins et a affirmé avoir été victime de pressions excessives, arguant avoir été menacée d'une clôture de dossier si elle n'obtempérait pas et soutenant que son époux s'était vu dicter les termes d'une lettre de confirmation de rendez-vous. Cela étant, elle a demandé une compensation pour le tort moral subi (« *pressions, manipulations, mensonges, menaces, manque de reconnaissance, oubli du dossier sous la pile, [c]hoix sélecti[f] des médecins à prendre en compte par le SMR [...]* »), ou à tout le moins la mise sous surveillance de l'OAI et du SMR. Sur le fond, la recourante s'est prévaluée d'une capacité de travail exigible de 50 % depuis le dépôt de sa demande de prestations. Elle a en particulier fait valoir que l'existence d'une fibromyalgie était avérée depuis 2008, selon les constatations du Dr Z._____, mais que cette atteinte n'avait pourtant pas été prise en compte par l'OAI. Elle a par ailleurs critiqué le calcul de son préjudice économique. En annexe, la recourante a produit un onglet de pièces contenant une chronologie établie par ses soins ainsi que divers documents se rapportant aux phases antérieures de la procédure.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 24 avril 2019. D'une part, l'OAI a réfuté les griefs formels invoqués par la recourante, relevant que l'instruction avait suivi son cours, malgré certaines lenteurs, et contestant toute manipulation ou mise sous pression, comme l'illustraient la note interne du 18 octobre

2016, le courrier du 13 février 2017 et la note interne du 16 février 2017. D'autre part, l'office a confirmé l'exigibilité retenue sur la base des expertises médicales au dossier et a maintenu le calcul du préjudice économique.

Dans sa réplique du 15 mai 2019, la recourante a maintenu ses précédents motifs et conclusions.

Dupliquant le 6 juin 2019, l'intimé a confirmé sa position.

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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, suite à la demande de prestations déposée le 4 mars 2008.

c) En revanche, en tant qu'elles portent sur la réparation du tort moral subi du fait de divers manquements imputés à l'intimé, les conclusions de la recourante sont irrecevables. En effet, de telles prétentions doivent faire l'objet d'une demande en réparation adressée à l'OAI (art. 59a LAI en lien avec l'art. 78 LPGA).

Il n'appartient pas davantage à la Cour de céans de se prononcer sur une mise sous surveillance de l'OAI et du SMR.

3. Sur le plan formel, la recourante invoque un déni de justice sous la forme d'un retard à statuer depuis l'arrêt cantonal du 4 décembre 2012.

a) Ce grief tombe toutefois à faux dès lors que le justiciable perd en principe tout intérêt à faire constater un éventuel retard à statuer lorsque, comme en l'espèce, l'autorité a rendu la décision demandée (TF 9C_414/2012 du 12 novembre 2012 consid. 1.1). Sur ce plan, l'argumentaire de la recourante ne peut donc qu'être écarté.

b) On ajoutera, par surabondance, que les motifs invoqués par l'assurée n'auraient de toute manière pas justifié de conclure à un déni de justice dans le cas particulier.

Il y a en effet retard injustifié à statuer (au sens de l'art. l'art. 29 al. 1 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) lorsque l'autorité diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Pour apprécier le caractère raisonnable ou non de la durée de la procédure, il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances, en particulier de la complexité de la procédure, du temps nécessaire à son instruction, du comportement des parties et de l'urgence de l'affaire au vu des intérêts en jeu (ATF 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312 consid. 5.2 ; 125 V 188 consid. 2a) - étant précisé que des "temps morts" ne justifient pas d'emblée un constat de retard injustifié à statuer, mais seront intégrés dans une appréciation globale de la durée de la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et ATF 124 I 139 consid. 2c).

En l'espèce, il est constant que l'instruction menée par l'intimé suite à l'arrêt de renvoi du 4 décembre 2012 s'est clôturée environ six ans plus tard, avec la décision rendue le 15 janvier 2019. Une telle durée ne peut toutefois pas être considérée de manière isolée, mais doit être rapportée aux circonstances du cas particulier. Or, l'autorité n'est pas demeurée inactive durant ce laps de temps. L'OAI a en effet mandaté un expert psychiatre le 6 mai 2013, lequel a fait part de ses conclusions le 2 septembre 2013, après quoi les parties ont convenu de questions supplémentaires entre les mois d'octobre 2013 et janvier 2014, avec envoi du questionnaire y relatif à l'expert L. _____ le 7 février 2014. Ce dernier a dû être relancé les 15 décembre 2014 et 8 juin 2015 avant de rendre son rapport complémentaire le 23 juillet 2015. S'il est vrai que l'intimé a pu manquer de diligence en attendant près de dix mois pour envoyer un premier rappel – qui plus est, à l'initiative de l'assurée – puis encore six mois supplémentaires pour le second rappel, cette attitude ne relève pas pour autant d'un déni de justice dans le contexte spécifique d'une mesure d'instruction médicale (dans ce sens TF 8C_856/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3 et les références citées). Pour le surplus, la procédure a suivi son cours par la suite, avec soumission du cas au SMR (avis des 4 août 2015 et 3 mars 2016), organisation de mesures professionnelles (entre août 2016 et février 2017) et actualisation du dossier médical (juin 2017), avant une première décision rendue le 19 juillet 2019 par l'OAI. L'office a encore poursuivi l'instruction à la suite des objections soulevées par l'assurée (31 août et 6 octobre 2017), avec la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique (rapport du 20 juillet 2018 complété le 10 octobre 2018). Sur cette base, l'intimé a rendu un projet de décision le 2 novembre 2018, qu'il a confirmé le 15 janvier 2019.

Cela étant, force est de constater – à l'instar de l'OFAS (cf. courrier du 25 novembre 2016) – que l'enchaînement chronologique tel que décrit ci-dessus ne prête pas le flanc à la critique et ne saurait, en tous les cas, être assimilé à un retard injustifié à statuer.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 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).

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). Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

b) 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 LPGA), 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

c) Tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques 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).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système

de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

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).

5. a) Il est constant que la décision de refus de prestations rendue le 31 janvier 2011 par l'OAI a été annulée le 4 décembre 2012 par la Cour de céans, avec renvoi de la cause à l'office intimé pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique visant à déterminer l'existence, l'évolution et les conséquences de troubles psychiques susceptibles d'être

pris en considération dans le cadre de la demande de prestations du 4 mars 2008 (CASSO 76/11 - 385/2012 précité consid. 5b et 6b). C'est dans ce contexte que l'OAI a mandaté expert le Dr L._____, lequel s'est prononcé dans un rapport du 2 septembre 2013 complété le 23 juillet 2015, après prise de connaissance des conclusions émises en 2008 par le Dr S._____. Au terme de son analyse, l'expert L._____ a en substance conclu à un trouble somatoforme douloureux persistant et à un trouble dépressif récurrent, atteintes jugées sans répercussion sur la capacité de travail.

Il faut toutefois constater que cette expertise, antérieure à l'ATF 141 V 281, ne permet pas de se prononcer à l'aune des réquisits jurisprudentiels désormais en vigueur.

L'expert a en particulier retenu que l'échec des mesures de réadaptation proposées en 2009 s'expliquait « *par la présence du trouble douloureux somatoforme qui s'[était] traduit par un comportement empêchant la mobilisation des ressources existantes* » (cf. rapport d'expertise du 2 septembre 2013 p. 23). Ce constat, posé à la lumière de la pratique précédemment applicable (voir spéc. ATF 130 V 352 et 131 V 49), est révélateur d'une appréciation se heurtant au fondement même de la jurisprudence actuellement en vigueur. En effet, celle-ci met l'accent sur l'examen des ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). En d'autres termes, la procédure probatoire instaurée par l'ATF 141 V 281 vise précisément à analyser dans quelle mesure l'atteinte à la santé influe sur la mobilisation des ressources. Sous ce prisme, l'expertise du Dr L._____ apparaît à tout le moins incomplète, voire contradictoire, dans la mesure où l'expert a vu dans le trouble somatoforme douloureux un obstacle à la mobilisation des ressources de l'assurée mais a malgré tout conclu à une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique. Quant à l'affirmation selon laquelle « *la plainte essentielle, et ce qui limit[ait] la capacité de travail, était bien la plainte concern[ant] la douleur physique intense et persistante* » (cf. rapport d'expertise du 2 septembre 2013 p. 22), elle incite là encore à s'interroger

sur les ressources mobilisables compte tenu du trouble somatoforme douloureux. Si l'expert L._____ a en outre conclu à un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à légère sans incidence sur le plan médico-asséurologique, il s'est pour se faire exclusivement référé aux « *critères en vigueur* » (cf. rapport d'expertise du 2 septembre 2013 p. 20), sans nuancer son propos. Or, la jurisprudence actuelle expose toutefois que les dépressions légères à moyennes doivent elles aussi être appréhendées à l'aune de la grille d'indicateurs développés par la jurisprudence (ATF 143 V 409), analyse qui fait en l'occurrence défaut.

En tout état de cause, les conclusions de l'expert L._____ ne permettent pas de se positionner à l'aune des indicateurs pertinents. En particulier, sous l'angle du degré de gravité fonctionnel, l'expert n'a guère fourni de précisions à l'égard des manifestations concrètes des atteintes retenues (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1), dont on peine par conséquent à saisir l'impact au niveau des ressources de l'assurée. L'expert a de surcroît retenu que l'assuré n'avait jamais jugé utile d'envisager un traitement psychiatrique pour ses douleurs (cf. complément d'expertise du 23 juillet 2015 p. 3), ce qui est inexact : l'intéressée bénéficie en effet depuis le 16 mars 2011 d'une prise en charge psychothérapeutique pour l'aider à affronter sa maladie et gérer ses douleurs (cf. attestation du 2 octobre 2017 du psychologue K._____). L'analyse de la personnalité, sur quelque sept lignes (cf. rapport d'expertise du 2 septembre 2013 p. 20), apparaît de surcroît trop succincte pour répondre aux exigences accrues de motivation en la matière (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). On cherche par ailleurs en vain un véritable examen de la cohérence des troubles, sous l'angle du caractère uniforme ou non des limitations et du poids de la souffrance de l'assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1 et 4.4.2).

Il apparaît ainsi que l'appréciation de l'expert L._____, émise en application d'une jurisprudence aujourd'hui obsolète, ne peut être transposée aux exigences actuellement en vigueur (ATF 141 V 281). La Cour de céans ne saurait par conséquent s'y rallier, pas plus qu'à l'avis du Dr R._____ considérant cette expertise satisfaisante à la lumière de l'ATF 141 V 281 (cf. avis médical SMR du 3 mars 2016).

Au surplus, aucun élément pertinent ne peut être tiré des autres documents versés au dossier postérieurement à l'arrêt de renvoi du 4 décembre 2012. En particulier, aucun psychiatre ne s'est encore prononcé sur l'échec de la mesure d'entraînement mise en œuvre auprès de la Fondation [...] au début de l'année 2017. Pour le reste, il est vrai que le Dr I._____ a évoqué un trouble dépressif récurrent (cf. rapport du 25 juin 2017), que le Dr Y._____ a soupçonné un syndrome douloureux fibromyalgique (cf. rapport du 7 mars 2017) et que le psychologue K._____ a mentionné la présence initiale d'un épisode dépressif sévère ayant bénéficié d'un traitement bien investi (cf. attestation du 2 octobre 2017). Quant à la Dre M._____, elle a préconisé une nouvelle expertise psychiatrique en lien avec une allodynie étendue dans un contexte fibromyalgique, tout en signalant l'absence de décompensation psychique récente et l'abandon de la médication psychotrope (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 20 juillet 2018). De tels avis, s'ils évoquent en particulier une composante dépressive et psychosomatique (fibromyalgie), ne contiennent cependant pas d'examen détaillé de l'état de santé de la recourante à ce niveau et ne permettent donc pas de se positionner à satisfaction sur les ressources résiduelles mobilisables nonobstant les troubles mentionnés, respectivement d'évaluer la capacité de travail encore exigible sur ce plan.

Il suit de là, en d'autres termes, que la Cour n'est toujours pas en mesure de trancher les interrogations soulevées dans l'arrêt de renvoi du 4 décembre 2012, que ce soit sous l'angle psychique ou psychosomatique.

b) Sur le plan strictement somatique, il est constant que dans son arrêt rendu le 4 décembre 2012, la Cour de céans a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'examen clinique de la Dre E._____ du 29 août 2008. Sur cette base, la présente juridiction a considéré que la recourante n'était certes plus à même d'exercer son activité habituelle mais qu'en revanche, dans une activité adaptée, l'exigibilité devait être fixée à 50 % initialement, puis à 85 % après rééducation mais au plus tard

à la fin du mois de septembre 2008 (CASSO AI 76/11 - 385/2012 précité consid. 5a). Il n'y a dès lors plus lieu de revenir sur ce point dans le présent contexte (voir à cet égard TF 8C_472/2016 & 8C_621/2016 du 6 juin 2017 consid. 3.2, non publié *in* ATF 143 V 231 ; voir également TF 9C_340/2013 du 25 juin 2013 consid. 3.1).

Aucun développement d'ordre somatique n'a ensuite été rapporté au dossier jusqu'à l'arrêt de travail prononcé par le Dr I. _____ à compter du 6 février 2017, en raison de douleurs faisant obstacle à une mesure d'entraînement auprès de la Fondation [...]. Le 25 juin 2017, le Dr I. _____ a transmis à l'OAI divers documents faisant en particulier état d'un syndrome panvertébral chronicisé et résistant aux thérapies, avec ostéochondrose érosive L5-S1 et discopathie C5-C6 (cf. rapport d'IRM lombaire du Dr ZZ. _____ du 13 février 2017, rapport du Dr Y. _____ du 7 mars 2017 et rapport du U. _____ du 7 avril 2017). Finalement, l'OAI a confié un mandat d'expertise rhumatologique à la Dre M. _____, laquelle a fait part de ses conclusions dans un rapport du 20 juillet 2018 complété le 10 octobre 2018. Elle y a diagnostiqué des rachialgies irréductibles, multifactorielles, non déficitaires dans le cadre de troubles dégénératifs (avec cervicarthrose, spondylose dorsale et discopathie L5-S1), de discrets troubles statiques et post-ménopausiques et des dysbalances musculaires, estimant que les anciennes activités d'aide-soignante et d'aide-vendeuse n'étaient plus exigibles mais que la capacité de travail atteignait en revanche 60 % dès le mois de juin 2017 dans une activité adaptée.

Si, compte tenu de l'écoulement du temps depuis l'examen de la Dre E. _____ en 2008 et de la teneur succincte des avis médicaux émis en 2017, l'OAI était clairement fondé à actualiser l'aspect rhumatologique au moment de rendre une nouvelle décision, force est toutefois de constater que l'analyse de la Dre M. _____ est loin d'être satisfaisante. Tout d'abord, l'évocation de troubles statiques post-ménopausiques ne saurait être qualifiée d'atteinte invalidante en tant que telle, dès lors que rien ne permet d'assimiler les manifestations de cette évolution (enroulement des épaules, relâchement abdominal, vieillissement musculaire [cf. rapport d'expertise du 2 septembre 2013 p. 34]) à un

trouble réduisant la capacité de travail de l'assurée. On peine en outre à être convaincu par les motifs ayant amené la Dre M. _____ à conclure à une diminution de l'exigibilité depuis l'appréciation de la Dre E. _____ en 2008, avec une capacité résiduelle de travail fixée désormais à 60 % (cf. rapport d'expertise complémentaire du 10 octobre 2018 p. 3). En effet, pour expliquer cette diminution, l'experte M. _____ s'est essentiellement référée à l'âge en tant que processus diminuant la résistance à l'effort de travail sur une pleine journée, ainsi qu'à une évolution de la cervicarthrose avec apparition d'enthèses calcifiées (cf. rapport d'expertise du 20 juillet 2018 p. 42 à 44) et à une hypotrophie musculaire (cf. complément d'expertise du 10 octobre 2018 p. 3). Il faut toutefois relever que l'âge, comme processus de vieillissement, ne saurait être considéré en soi comme un facteur susceptible d'entraver la capacité de travail, s'agissant d'une évolution commune à l'ensemble de la population. Attendu que la Dre M. _____ n'a pas exposé en quoi il se justifierait de suivre un autre raisonnement dans le cas particulier, la simple référence à ce paramètre pour justifier une diminution de l'exigibilité ne peut donc pas être validée par la Cour de céans. Si l'experte a par ailleurs conclu à une diminution de l'exigibilité en lien avec l'évolution de la cervicarthrose et une hypotrophie musculaire, elle a toutefois décrit des limitations fonctionnelles « *déjà reconnues* » (cf. rapport d'expertise du 20 juillet 2018 p. 33 s.), autrement dit inchangées. On peine par conséquent à comprendre qu'une baisse de l'exigibilité somatique ne se trouve corrélée à aucune augmentation des restrictions sur le plan physique. Enfin, on notera que si l'experte a dans un premier temps considéré que la diminution de l'exigibilité devait être arrêtée au jour de l'expertise (cf. rapport d'expertise du 2 septembre 2013 p. 42, 43 et 44), elle a finalement retenu une date d'aggravation au mois de juin 2017 sur la seule base du passage à une antalgie de classe III (cf. complément d'expertise du 10 octobre 2018 p. 4). Or, cette appréciation est doublement sujette à caution. D'une part, une adaptation médicamenteuse ne permet pas encore de conclure à une modification concrète de l'état de santé influant sur la capacité de travail ; d'autre part, la Dre M. _____ a adopté une position ambiguë, en admettant ne pas avoir d'éléments probants permettant de reconnaître rétroactivement une aggravation (cf. complément d'expertise du 10 octobre 2018 p. 3 s.).

Globalement, force est donc d'admettre que l'expertise rhumatologique de la Dre M. _____ est équivoque et ne peut, dès lors, se voir reconnaître valeur probante.

Il découle de ce qui précède qu'en l'état du dossier, aucune appréciation suffisamment claire et motivée ne permet de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'examen clinique effectué en 2008 par la Dre E. _____.

c) En définitive, force est de constater que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante, que ce soit sous l'angle psychiatrique ou somatique. Il apparaît, d'une part, que l'instruction doit être complétée afin de déterminer si la recourante présente une symptomatologie psychique susceptible d'être prise en considération dans le cadre de la demande de prestations du 4 mars 2008, à la lumière de la procédure probatoire instaurée à l'ATF 141 V 281. L'instruction doit d'autre part également être complétée quant à l'aspect physique, en vue de déterminer si l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée ont évolué de manière significative depuis le rapport d'examen clinique de la Dre E. _____ du 29 août 2008. 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 bidisciplinaire sur les plans psychiatrique et rhumatologique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

d) Pour le surplus, vu l'issue du litige, la Cour de céans s'abstiendra de se prononcer plus avant sur les autres arguments des parties.

6. a) En conclusion, le recours doit être admis dans la mesure de sa recevabilité 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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à 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.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, représentée par son époux, ayant agi sans le concours d'un mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision rendue le 15 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire 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.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- B.A. _____ (pour A.A. _____),
- 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 :