

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juin 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Berthoud et Bonard, assesseurs
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 43 LPGA et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) A._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1966, originaire de [...], est arrivée en Suisse en 1982. Elle a obtenu un CFC de vendeuse en boulangerie en 1997. Elle a ensuite travaillé jusqu'en 1999. Mère de quatre enfants, nés en 1991, 1999 et 2001, elle s'est pleinement consacrée aux tâches éducatives depuis 1999 (cf. demande de prestations AI du 29 juillet 2004).

L'assurée a déposé une première demande de prestations AI le 29 juillet 2004 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant valoir des lombosciatalgies l'affectant depuis plusieurs années.

Par décision du 24 janvier 2007, confirmée par arrêt du Tribunal des assurances du Canton de Vaud du 2 mai 2008 (TASS AI 91/07 - 151/2008), l'OAI a rejeté la demande de prestations susmentionnée. Les premiers juges retenaient que les rapports médicaux au dossier n'attestaient que de modestes atteintes à la colonne lombaire qui n'empêchaient pas l'exercice de l'activité habituelle. Sur le plan psychique, le TASS a considéré que le rapport d'expertise du 29 août 2006 du Dr BA._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui ne retenait pas de diagnostic psychiatrique, emportait la conviction.

b) L'assurée a repris une activité lucrative le 1^{er} juillet 2010 en qualité de nettoyeuse au taux d'activité de 20 % auprès de l'entreprise C._____ SA. Après un accident sur la voie publique intervenu en 2011, l'intéressée a bénéficié d'un suivi auprès du Dr D._____, spécialiste en neurochirurgie. En raison d'insuffisances segmentaires au niveau des vertèbres L4/5 et L5/S1 et d'une scoliose lombaire, l'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail à 100 % dès le 6 juillet 2012 selon le certificat médical délivré à cette date par la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale.

Le Dr D._____, a opéré l'intéressée à deux reprises. Ce spécialiste a réalisé le 20 septembre 2012 une stabilisation et une correction de la statique vertébrale par cages intersomatiques et greffe osseuse, ainsi que par vis et barres postéro-latérales au niveau des vertèbres L4-5-S1, puis le 1^{er} octobre 2012 une suture et une plastie de la dure-mère au niveau des vertèbres L4/5, ainsi qu'une décompression, une adhésiolyse et une stabilisation au niveau des deux derniers segments lombaires.

F._____ SA a pris en charge le cas et versé à l'assurée des prestations de perte de gain en cas de maladie du 6 juillet 2012 au 31 décembre 2012. A sa suite, G._____ SA [...], a versé des prestations du 1^{er} janvier 2013 au 5 juillet 2014.

En date du 25 janvier 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, invoquant des douleurs au dos. Elle a ultérieurement complété sa demande en indiquant que, bien portante, elle aurait travaillé comme vendeuse à un taux d'activité compris entre « 80 % et 100 % » (cf. formulaire 531^{bis} du 18 avril 2013).

Dans un rapport du 23 mai 2013, le Dr D._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

« Syndrome résiduel douloureux lombaire, des sacro-iliaques ainsi que des rotateurs des hanches.

Status après :

- Décompressions L4/5 bilatérales et L5/S1 gauche ainsi que suture de la dure mère le 24.03.2009
- Décompressions/discectomies/adhésiolyse L4/5 et L5/S1 avec stabilisations/correction de la statique vertébrale par cages intersomatiques et greffe osseuse ainsi que par vis et barres postéro-latérales L4-5-S1 le 20.09.2012 en raison d'instabilités segmentaires L4/5 et L5/S1 avec adhérences cicatricielles péri-durales et déséquilibre de la balance sagittale
- Suture et plastie de la dure-mère en L4/5 en raison d'une brèche de la dure-mère dans le cadre d'insuffisance de cette dernière et d'un status cicatriciel postopératoire. Opération effectuée le 01.10.2012.

Trouble de l'humeur principalement dus au stress dans le cadre de multiples problèmes familiaux et professionnels.

Trouble de la prise de poids suite à une intervention en tant que nourrisson (atrésie de l'oesophage). »

Le Dr D. _____ a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 20 septembre 2012, retenant que celle-ci était désormais inexigible. Il a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5kg ; soulèvement des charges proche du corps et sans antéflexion du tronc ; éviter les positions répétées ou prolongées avec antéflexion du tronc ; éviter la station assise ou debout prolongée et par conséquent opérer de fréquents changements de position ; éviter les positions avec hyperextension du tronc, ainsi que les rotations du tronc au-delà de 30° ; éviter la position accroupie, maintenue ou trop souvent répétée. Il a préconisé la mise en œuvre de mesure de soutien par l'AI « le plus vite possible ».

Interpellé par l'OAI, le Dr D. _____ a précisé le 6 février 2014 qu'il était peu vraisemblable qu'une activité adaptée puisse être exercée à plus de 40 % ou 50 % vu les limitations fonctionnelles retenues. Selon ce neurochirurgien, la situation n'était pas appelée à évoluer dans les deux prochaines années. A son avis, il n'était toutefois pas improbable que la capacité de travail puisse augmenter par la suite. Rappelant les autres atteintes à la santé affectant l'assurée, le Dr D. _____ a estimé que celle-ci n'aurait pas pu commencer une activité adaptée avant le début de l'année 2014, date à laquelle la situation clinique s'était stabilisée. Il a également indiqué avoir recommandé à sa patiente de consulter un psychiatre s'agissant d'une éventuelle composante psychosomatique.

Le 24 février 2014, le Dr H. _____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a relevé ce qui suit :

« Selon le neurochirurgien (RM du 23 mai 2013) les limitations fonctionnelles sont : le port de charges de plus de 5 kgs, soulèvements en porte à faux, positions répétées ou prolongées en ante flexion du tronc, station assise ou debout prolongée, hyperextension du tronc et rotations de plus de 30°, position accroupie. La CT dans l'activité de femme de ménage est nulle. Par contre le médecin neurochirurgien estime une CT de 40 à 50 % pouvant être augmentée dans une activité adaptée à définir et

nécessitant un encadrement à la réinsertion immédiat (Dr D. _____ du 23 mai 2013 [recte : 6 février 2014]). »

Par rapport du 8 juillet 2014, le Dr I. _____, spécialiste en urologie au Centre hospitalier J. _____ [...] a fait état d'une hospitalisation du 11 au 18 juin 2014 pour une urétéropyélographie rétrograde gauche et pour la pose d'une prothèse endo-urétérale à gauche, consécutivement à une maladie de la jonction pyélo-urétérale sur malrotation du rein gauche. Il a également relevé un syndrome dorso-spondylogène chronique compatible avec un syndrome de Maigne.

L'assurée a ensuite été suivie au Centre hospitalier J. _____ par le Dr K. _____, spécialiste en urologie. Interpellé par l'OAI, ce spécialiste a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de douleurs chroniques lombaires gauches sur malrotation du rein gauche. Il a indiqué que sa patiente avait bénéficié d'une pyéloplastie et d'une néphropexie à gauche le 25 août 2014 dont l'efficacité s'était révélée limitée avec une amélioration très partielle des douleurs. Il a estimé que la capacité de travail serait limitée à 50 % après le sevrage des opiacés prescrits. Il a relevé que sa patiente était focalisée sur la douleur et rapporté un état anxio-dépressif (rapport non daté indexé au dossier le 21 octobre 2014).

L'assurée a consulté le Prof. M. _____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie. Dans un rapport du 9 novembre 2014 adressé à l'OAI, ce dernier a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de malrotation rénale gauche avec dolichocôlon depuis 2013, de syndrome dorso-spondylogène, syndrome de Maigne depuis 2009, de persistance des douleurs du flanc et de constipation. Il a évalué que le pronostic était réservé au vu de la mauvaise réponse aux différents traitements. Il a estimé que l'activité était limitée par les douleurs au flanc gauche.

L'intéressée a aussi bénéficié d'une prise en charge au Centre [...] du Centre hospitalier J. _____. Dans un rapport non daté indexé au dossier le 4 décembre 2015, le Dr L. _____, spécialiste en

anesthésiologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de maladie de la jonction pyélo-urétérale avec malrotation du rein gauche, et de syndrome dorso-spondylogène chronique compatible avec un syndrome de Maigne. Ce spécialiste a mentionné un essai de rotation des opiacés. Il a retenu une incapacité de travail totale en raison des douleurs et de l'effet sédatif des médicaments.

Donnant suite à une demande de renseignement de l'OAI le 6 août 2015, la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au O._____, psychiatre traitante depuis le 25 avril 2014, a retenu le diagnostic psychiatrique avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et mentionné à ce titre également les diagnostics somatiques retenus par les autres médecins traitants somaticiens. Elle a estimé que le pronostic était réservé en raison de l'épisode dépressif actuellement moyen et des comorbidités somatiques. Elle a fait état d'une amélioration des symptômes dépressifs qualifiée de « lentement progressive en raison des douleurs intenses » ainsi que d'une bonne compliance au suivi hebdomadaire et au traitement médicamenteux. La Dre N._____ a décrit un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, accompagné d'une prise en charge psychocorporelle par une infirmière et d'une médication. Elle a estimé que sa patiente se trouvait en incapacité de travail à 100 % dans toute activité depuis le mois de juillet 2012.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée et a donné lieu à un rapport du 12 avril 2016, dans lequel l'enquêteur a conclu à ce que l'assurée présentait un statut d'active à 80 % et un statut ménager à 20 %. Il a estimé que l'intéressée souffrait d'empêchements de 10,8 % liés à l'alimentation, de 4,8 % liés à l'entretien du logement, de 2 % liés aux emplettes et aux courses diverses, de 4,2 % liés à la lessive et de 4 % liés aux divers, soit un total de 25,8 % de la part ménagère fixée à 20 %.

Le 22 juillet 2016, la Dre R._____ et le Dr S._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie au O._____, ont

confirmé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F 32.11). Ils ont retenu, au titre de limitations fonctionnelles psychiques, des troubles de la concentration et de l'attention, des difficultés dans la gestion des émotions (irritabilité importante), un état de fatigue, une diminution de la tolérance au stress, une importante anxiété éprouvée, une humeur abaissée et de la difficulté dans la gestion du temps. La Dre R._____ et le Dr S._____ ont estimé que, sur le plan psychiatrique et dans une activité adaptée aux limitations somatiques, la capacité de travail était « actuellement nulle ».

L'assurée a été hospitalisée au Centre hospitalier J._____ du 18 au 22 avril 2017 pour une pyélonéphrite gauche à *escherichia coli* post scintigraphie rénale le 11 avril 2017 (rapport du Dr K._____, spécialiste en urologie, adressé au Prof. M._____). Elle a consulté le Dr L._____ le 6 juin 2017. Dans son rapport de consultation du 12 juillet 2017, cet anesthésiste a estimé que les douleurs référées par sa patiente ne présentaient probablement pas de lien avec la pyélonéphrite traitée lors du séjour hospitalier susmentionné.

Interrogé par l'OAI, le Dr L._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs chroniques après chirurgie du rachis (« failed back surgery syndrom »), de syndrome dorso-spondylogène chronique compatible avec un syndrome de Maigne et de status après spondylodèse en 2009 et cage métallique au niveau des vertèbres L5-S1 en 2012. S'agissant des opioïdes, il a indiqué deux premiers sevrages aux mois de décembre 2014 et de mars 2016, avec une reprise en raison des douleurs jusqu'au mois de février 2017, date d'un sevrage avec succès. Il a précisé que le pronostic était mauvais en raison des douleurs, d'un ralentissement fonctionnel et de l'effet sédatif des médicaments (tout de même en amélioration depuis l'arrêt des dérivés opioïdes) et que les symptômes étaient incompatibles actuellement avec tout travail du point de vue somatique (rapport du 27 juillet 2017). Quant au service d'urologie, il a indiqué que, du point de vue urologique, l'assurée pouvait exercer une activité à temps plein (rapport du Dr

Y._____, spécialiste en urologie, du 31 août 2017, voir aussi rapport du 21 décembre 2017).

Reprenant l'examen du dossier suite à la production des rapports médicaux susmentionnés, le Dr U._____, médecin au SMR, a préconisé, dans un avis du 13 mars 2018, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie).

Par communication du 30 août 2018, l'OAI a informé l'assurée de la désignation du Dr BA._____, du Dr BB._____, spécialiste en médecine interne générale, et de la Dre BC._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, du Centre d'expertise B._____, en qualité d'experts.

Dans un rapport du 11 septembre 2018, le [...]Centre hospitalier J._____ a fait état d'une ostéoporose d'origine probablement fracturaire, confirmée par une minéralométrie effectuée le 26 avril 2018 par le Dr X._____, spécialiste en radiologie.

Le 4 octobre 2018, à la suite d'une IRM du genou droit, la Dre V._____, spécialiste en radiologie, a fait état d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne s'étendant antérieurement dans le corps et d'une petite déchirure de la corne postérieure du ménisque externe.

Le 13 décembre 2018, le Dr BA._____, le Dr BB._____ et la Dre BC._____ ont rendu leur rapport d'évaluation consensuelle auquel ils ont annexé le détail de leurs appréciations respectives. Ils ont retenu les diagnostics suivants avec ou sans incidence sur la capacité de travail.

- « - Dysthymie (F34.1).
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés et sédatifs, utilisation continue sous prescription médicale (F13.25).
- Spondylodèse et mise en place de cages intersomatiques de L4 à S1 le 20.09.2012.
- Failed back surgery syndrom.

- Lombalgies gauches chroniques persistantes.
- Fracture par insuffisance du calcanéum du pied droit en janvier 2018 traitée conservativement.
- Gonalgie droite.
- Ostéoporose.
- Maladie de la jonction pyélo-urétérale sur malrotation du rein gauche (2013).
- Pyéloplastie gauche laparoscopique robot-assistée (25.08.2014).
- Pyélonéphrite gauche à E. Coli (11.04.2017).
- Constipation chronique sur trouble de la proprioception rectale (19.03.2018).
- Descente périnéale.
- Dolichocôlon.
- Opération atrésie oesophage (nourrisson). »

Le Dr BA._____, le Dr BB._____ et la Dre BC._____ ont répondu comme il suit aux questions de l'OAI :

« **4.3 Constatations/diagnostics d'éléments avant une incidence sur les capacités fonctionnelles**

Le CT scan (juillet 2017) ne montre aucune dilatation de l'arbre urinaire gauche. La scintigraphie rénale montre une fonction symétrique et parfaitement normale des deux côtés, sans retard d'écoulement. Il n'y a pas d'incapacité sur ce plan. La constipation chronique sur trouble de la proprioception rectale n'est pas incapacitante et la descente périnéale pourrait être traitée chirurgicalement, ce qui engendrerait une incapacité transitoire.

Elle est limitée en raison des douleurs lombaires persistantes suite à deux interventions et des gonalgies droites, dans les travaux lourds, les ports de charges, les positions prolongées assise ou debout, les positions penchées en avant.

Pas de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives.

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

Pas de particularités de personnalité avec impact clinique.

4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les ressources sont préservées.

4.6 Contrôle de cohérence

Pas d'incohérence.

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

Elle ne peut plus exercer son ancienne activité de vendeuse, ni de nettoyeuse.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

Si l'activité est adaptée aux limitations fonctionnelles, à 100 %.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

L'assurée n'est pas motivée pour une reprise d'activité quelle qu'elle soit.

4.10 Mesures médicales et thérapies avant une incidence sur la capacité de travail

Une prise en charge plus active en physiothérapie à sec ou en piscine serait probablement bénéfique à moyen-long terme, sans garantie sur une incidence sur la capacité de travail. »

Sur le plan psychiatrique, le Dr BA. _____ a rapporté que l'assurée s'estimait apte à travailler sur le plan mental, mais que son état somatique l'en empêchait. Il n'a pas constaté de trouble ou de particularité importante quant au fonctionnement de la personnalité. Il a indiqué qu'une réinsertion professionnelle était exigible, les diagnostics de dysthymie (F34.1) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés et sédatifs, utilisation continue sous prescription médicale (F13.25) n'étant « nullement un frein à cette démarche ». Il a fait l'appréciation suivante :

« Dans le contexte des problèmes somatiques apparus à partir de 2012, on a parlé d'abord d'un trouble de l'humeur lié au stress, ensuite d'épisodes dépressifs moyens. Elle a été conduite vers un centre de soins avec une bithérapie antidépressive. Son état psychique altéré a été décrit amélioré sous traitement. Cependant, A. _____ nous a expliqué aujourd'hui avoir pris distance à ces traitements, elle a arrêté les antidépresseurs et aussi un suivi régulier. Elle nous a expliqué que son état n'a depuis lors pas particulièrement changé dans le négatif.

Ceci s'est aussi confirmé en expertise. Nous avons vu et décrit une femme avec une très large palette de plaintes somatiques, un peu accentuant, dans un discours très circonstancié, large, horizontal et prenant passablement de place. Elle avait une petite difficulté de se laisser structurer, l'interaction avec elle était tout de même correcte.

Sur le plan affectif, elle nous a décrit des fluctuations d'humeur, des moments de ras-le-bol, de découragement, mais explicitement pas d'état dépressif. En observation, elle était plutôt souriante, il n'y avait pas de tristesse marquée, pas d'énergie vitale significativement abaissée, elle nous a mentionné tout de même des activités plaisantes dans son quotidien. Si l'on prend en considération ces explications et lesdites fluctuations, on peut de ce fait retenir le terme de dysthymie.

Il existe une prescription de Valium depuis dix-neuf ans et A. _____ nous a expliqué que celle-ci a progressivement augmenté avec les années. Aujourd'hui, il n'y a plus de justification pour une telle prescription. De plus, pour la santé cérébrale de l'assurée, un sevrage devrait absolument être proposé et tenté, ce qui n'est jamais facile et peut même nécessiter une approche par voie d'une hospitalisation. Selon notre appréciation, une telle démarche est exigible de la part de l'assurée. »

Le Dr BA. _____ a estimé que toutes les activités exigibles d'un point de vue somatique l'étaient aussi sur le plan psychique. Il a relevé qu'il n'y avait pas de divergences entre les symptômes décrits et l'observation médicale. Appelé à se prononcer sur les capacités, les ressources et les difficultés, il n'a pas indiqué de limitation particulière, rapportant des ressources valables et préservées. S'agissant de la capacité de travail, le Dr BA. _____ a estimé que, sur le plan psychique, celle-ci était entière dans l'activité habituelle, de sorte que, pour sa spécialité, il n'était pas nécessaire de définir une activité adaptée. Il n'a pas retenu de limitations psychiatriques dans la tenue du ménage.

S'agissant du volet de médecine interne, le Dr BB. _____ a indiqué qu'une réadaptation était « tout à fait envisageable », que les ressources étaient préservées (même si l'assurée était lasse de tous les traitements mis en œuvre et des douleurs), que, sans tenir compte des conclusions des autres experts, la capacité de travail de l'intéressée était entière dans l'activité habituelle, comme dans toute autre activité, que, sous réserve de l'avis de ses co-experts, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, que ces points n'étaient pas amenés à évoluer, et que l'assurée ne présentait pas d'empêchement ménager sous l'angle médical.

Sur le plan rhumatologique, la Dre BC. _____ a analysé les imageries mises à sa disposition par l'assurée en ces termes :

« Un scanner lombaire du 26.08.2015 selon le rapport décrit un matériel de spondylodèse en place et sans fracture. La vis S1 droite n'est pas située dans le pédicule. Discrets signes de chambrage au pourtour des vis transpédiculaires L5 et S1 gauches. A noter qu'il n'existe pas de modification notable du status comparativement au CT de juillet 2013. Le matériel chirurgical discal L4-L5 et L5-S1 est

également en place. On retrouve, sans changement depuis juillet 2013, d'importants remaniements ostéo-condensants de la moitié inférieure du corps de L4, de la totalité du corps de L5 et de S1. Il ne s'est pas développé de discarthrose significative au-dessus de la spondylodèse. Discrète arthrose interfacettaire lombaire haute étagée. Canal lombaire de diamètre normal. Sous réserve d'artéfacts métalliques, pas de hernie discale ou de signe de conflit radiculaire. Absence de fracture récente ou ancienne et absence de lésion osseuse focalisée suspecte.

Une IRM cervicale, lombaire et du bassin est répétée le 17.02.2017 et est normale hormis la description d'une « minime discopathie dégénérative étagée et une arthrose interfacettaire en L3-L4, responsable d'un rétrécissement modéré du canal lombaire. Pas de hernie discale ni d'anomalie décelable de la spondylodèse ».

Elle a exposé que l'assurée était limitée du point de vue fonctionnel dans les travaux lourds, les ports de charges, les positions prolongées assise ou debout, les positions penchées en avant, ceci en raison des douleurs lombaires persistantes (consécutives aux deux opérations des mois de septembre et octobre 2012) et des gonalgies droites. Elle a exclu que l'ostéoporose puisse influencer sa capacité de travail. Elle a estimé que les activités habituelles de vendeuse et de nettoyeuse n'étaient plus exigibles. En revanche, la Dre BC._____ a évalué que l'assurée bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans toute activité légère « plutôt assise mais avec possibilité de changer régulièrement de position, sans travaux lourds, sans ports de charges, sans positions penchées en avant ». S'agissant des activités ménagères, elle a recommandé d'alterner les positions et d'éviter le port de charges lourdes.

Dans un avis du 14 mars 2019, la Dre W._____, médecin au SMR, a constaté que l'évaluation consensuelle ne répondait pas à la question de savoir à quelle date la capacité de travail avait passé de 50 % à 100 % dans une activité adaptée. Elle a requis un complément d'instruction auprès de la Dre BC._____.

Par rapport du 3 avril 2019, la Dre BC._____ a précisé que, depuis le 23 mai 2013, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Elle a relevé que l'intéressée souffrait, au mois de juin 2013, de fortes douleurs du flanc

gauche qui se confondaient avec les lombalgies gauches, qui nécessitaient la prise d'opiacés et qui étaient à mettre sur le compte d'une maladie de la jonction pyélo-urétérale, opérée au mois d'août 2014. L'experte rhumatologue a indiqué que les fortes douleurs avaient disparu, mais que les lombalgies gauches avaient persisté et qu'un sevrage des opiacés s'était révélé nécessaire. Pour « toutes ces raisons », elle a estimé que la capacité de travail dans une activité strictement adaptée était passée à 100 % « depuis début 2015 (à la fin du sevrage selon les documents à disposition) ».

Par avis médical SMR du 17 avril 2019, la Dre W._____ a confirmé les conclusions de l'experte rhumatologue, retenant une incapacité de travail à 100 % depuis le 6 juillet 2012, puis une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de soulèvement en porte-à-faux, pas de positions répétées ou prolongées en antéflexion du tronc, pas de station assise ou debout prolongée, pas d'hyperextension du tronc, pas de rotation du tronc, pas de position accroupie et pas de marche prolongée) dès le 23 mai 2013, puis de 100 % depuis le début de 2015.

Par projet de décision du 13 juin 2019, confirmé par décision du 6 septembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente d'invalidité. Il a expliqué que, sans atteinte à la santé, elle continuerait à exercer son activité habituelle à 80 % et que les 20 % restants correspondaient aux travaux habituels du ménage. Il a constaté que les activités habituelles de nettoyeuse et concierge n'étaient plus exigibles. L'OAI a fixé au 6 juillet 2012 le début de la période d'incapacité de travail à 100 %, avec une reprise à 50 % dès le 23 mai 2013 et à 100 % dès le 1^{er} janvier 2015 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de soulèvement en porte-à-faux, pas de positions répétées ou prolongées en antéflexion du tronc, pas de station assise ou debout prolongée, pas d'hyperextension du tronc, pas de rotation du tronc, pas de position accroupie et pas marche prolongée). Il a cité les exemples du domaine

industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi ou dans le conditionnement). Pour 2013, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 33'070 fr. 40 dans l'activité habituelle au taux d'activité de 80 %, un revenu d'invalidé statistique de 24'605 fr. 57 (activités non qualifiées du domaine de la production et des services) à un taux d'activité de 50 % et un abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, aboutissant à un préjudice économique de 8'464 fr. 83 (25,59 %). Compte tenu des empêchements ménagers, le degré d'invalidité atteignait 25,63 % ($[80 \% \times 25,59 \%) + [20 \% \times 25,8 \%)$). Du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2017, le degré d'invalidité correspondait à la part ménagère et se montait à 5,16 %, faute de préjudice économique. Depuis le 1^{er} janvier 2018, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 41'931 fr. correspondant au revenu réalisé à plein temps dans l'activité habituelle. Le revenu d'invalidé pour cette période correspondait à celui d'une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, soit 54'055 fr. 71 à 100 %, de sorte que l'assurée ne présentait plus de préjudice économique.

B. Par acte du 3 octobre 2019, A. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. En substance, la recourante a contesté que son état de santé lui permettait de reprendre un travail dans une activité adaptée.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 12 décembre 2019, se référant à l'expertise du Centre d'expertise B. _____ qui remplissait selon lui les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Les parties ont confirmé leurs conclusions respectives par écritures des 30 décembre 2019 et 27 janvier 2020.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. 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).

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

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et 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.

4. 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 LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le

tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

5. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième

phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165).

b) Selon la jurisprudence, il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418), et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409), la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281).

aa) La preuve 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 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

bb) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite 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).

aaa) Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'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 déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit 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 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).

bbb) 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).

6. En l'espèce, l'intimé a repris l'instruction en requérant notamment des informations actualisées auprès des médecins ayant suivi la recourante et en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Il convient d'examiner successivement la valeur probante des conclusions de l'expertise au moment où celle-ci a été mise en œuvre, puis d'examiner les conclusions médicales des experts et du SMR concernant les périodes d'incapacité de travail avant les examens au Centre d'expertise B._____.

a) La valeur probante des conclusions du Centre d'expertise B._____ peut être confirmée à la date du rapport pour les motifs indiqués dans les considérants qui suivent.

aa) Sur le plan somatique, l'intimé s'est fondé sur l'évaluation consensuelle des experts, sur les rapports de médecine interne et de rhumatologie du Dr BB._____ et de la Dre BC._____, ainsi que sur les rapports émanant des médecins ayant suivi la recourante.

S'agissant de l'axe de la médecine interne, le Dr BB._____ n'a pas identifié d'atteinte ayant une incidence sur la capacité de travail de la recourante. Cet avis est rejoint par celui du Dr Y._____ dans son rapport du 31 août 2017. Ce dernier a réfuté une atteinte à la santé urologique et n'a pas identifié de limitations fonctionnelles durables. Cette appréciation peut être confirmée - au degré de la vraisemblance

prépondérante – dès lors que cette question a été réglée avec l'opération du 25 août 2014. Le Dr BB. _____ ne fait pour le surplus pas état d'autres limitations fonctionnelles.

Sur le plan rhumatologique, l'experte a confirmé les atteintes du rachis. Elle a estimé que la recourante était limitée pour les travaux lourds, les ports de charges, les positions prolongées assise ou debout, ainsi que pour les positions penchées en avant en raison des douleurs lombaires persistantes consécutives aux interventions chirurgicales des 20 septembre et 1^{er} octobre 2012 et des gonalgies à droite. Elle a confirmé que la recourante ne pouvait plus travailler comme vendeuse ou nettoyeuse. En revanche, elle a retenu que l'intéressée pouvait exercer à plein temps toute activité légère adaptée. Les conclusions de la Dre BC. _____ concernant les atteintes au rachis sont superposables à celles du Dr D. _____ en ce qui concerne les limitations fonctionnelles (rapport du 23 mai 2013). S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr Zambaz l'a estimée à 40 % ou 50 % dans son rapport du 6 février 2014 sans toutefois exclure qu'elle puisse augmenter favorablement par la suite. L'experte a tenu compte des atteintes méniscales (IRM du 4 octobre 2018) et procédé à une analyse de l'état de santé de la recourante sur la base des imageries au dossier et en particulier d'une IRM cervicale, lombaire et du bassin du 17 février 2017 qualifiée de « normale » sous réserve d'une « minime discopathie dégénérative étagée et une arthrose interfaccettaire en L3-L4, responsable d'un rétrécissement modéré du canal lombaire ».

La recourante ne met pas en évidence des éléments importants qui auraient été ignorés ou mal appréciés par les experts somaticiens. Au contraire, l'expertise du 13 décembre 2018 a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et des imageries au dossier. Les plaintes de la recourante ont été relevées. Les experts ont analysé les documents que l'intéressée leur a remis et les ont annexés à leur rapport. Les descriptions du contexte et de la situation médicale sont claires. Les conclusions sont bien motivées. Ce rapport remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

bb) Sur le plan psychiatrique et au jour de l'expertise, le Dr BA._____ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés et sédatifs (utilisation continue sous prescription médicale [F13.25]). Ce spécialiste a clairement expliqué les raisons ayant fondé son appréciation. Il a en particulier indiqué pourquoi il concluait à l'absence de symptômes anxieux, d'épisode dépressif, de trouble de la personnalité ou d'autre diagnostic incapacitant.

Comme le relève la Dre W._____ du SMR, les troubles de l'humeur apparus en 2012 dans le contexte somatique ont été traités et l'intéressée a arrêté les antidépresseurs et le suivi psychiatrique. Le Dr BA._____ a rapporté avoir pu observer l'effet bénéfique de la bithérapie antidépressive. Il n'y a ainsi pas d'atteinte fonctionnelle à la santé psychique. Les symptômes décrits par l'expert sont légers (fluctuation de l'humeur, ras-le-bol, découragement) et n'atteignent pas la gravité d'un tableau dépressif. Les capacités professionnelles de la recourante dans une activité adaptée ne sont pas limitées. Quant à l'utilisation de benzodiazépines sous prescription médicale, elle n'a pas d'influence sur la capacité de travail. Il convient toutefois d'y mettre un terme pour éviter à l'avenir le développement de troubles cérébraux. La personnalité de la recourante est décrite sans particularité.

On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions du Dr BA._____. Son bien-fondé n'est d'ailleurs pas remis en cause par les parties, étant rappelé que l'intéressée ne se prévaut que d'atteintes somatiques dans son recours. En l'absence d'atteintes à la santé invalidantes, il convient de constater que la recourante ne présentait pas de limitations psychiques et mentales significatives au jour de l'expertise. Sur cette base, l'expert a estimé que la capacité de travail était entière du point de vue psychiatrique, la recourante disposant de ressources résiduelles sur les plans psychique, mental et social. Le Dr BA._____ a ainsi pu procéder à une évaluation aussi concrète que possible des ressources de la recourante avant d'en tirer la conclusion

qu'elle présentait au jour de l'expertise et pour son domaine de spécialité d'une pleine capacité de travail dans toute activité.

cc) En définitive, il convient de confirmer qu'à la date du prononcé de la décision entreprise, la recourante bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) La Cour de céans ne peut en revanche pas confirmer les périodes d'incapacité de travail retenues par l'intimé avant l'expertise.

aa) Le début de l'incapacité de travail peut être arrêté au 6 juillet 2012, date du premier certificat médical délivré par la Dre E._____, rapidement confirmé par le Dr D._____ qui a opéré la recourante aux mois d'octobre et de décembre 2012. En revanche, on observe que l'intimé a surinterprété les rapports du neurochirurgien traitant. Dans son premier rapport du 23 mai 2013, le Dr D._____ a attesté une incapacité de travail dans toute activité sur la base de sa dernière consultation du 14 février 2013. Dans son deuxième rapport du 6 février 2014, il a estimé qu'il était peu vraisemblable qu'une activité adaptée puisse être exercée à plus de 40 % ou de 50 %. Même si ce n'est pas exposé de manière très claire, il situait prudemment le début de la réadaptation à ce taux à la fin de l'année 2013, respectivement au début de l'année 2014, et non le 23 mai 2013 comme l'a ensuite retenu le SMR (cf. avis 24 février 2014, 14 mars et 17 avril 2019). Or, ce service ne semble pas remettre en cause la valeur probante des rapports du Dr D._____. Dès lors, on ne comprend pas pourquoi le SMR a retenu une autre date que celle indiquée par le neurochirurgien traitant. Il demeure ainsi un important doute quant au bien-fondé de l'appréciation du Dr U._____, de sorte que cette question aurait dû être soumise aux experts.

Sur le plan psychique, le Dr BA._____ s'est également prononcé au jour de l'expertise, relevant toutefois - pour le passé - un état psychique altéré dans le cadre des affections somatiques apparues en

2012. Il a estimé que la mise en œuvre d'une bithérapie antidépressive avait permis d'améliorer la situation. Il n'est ainsi pas complètement exclu que la capacité de travail sur le plan psychique ait été limitée entre l'aggravation des symptômes somatiques survenue en 2012 et l'examen de la recourante par le Dr BA._____.

Un doute demeure quant à la date de la reprise partielle d'une activité adaptée, ce qui implique un premier complément d'instruction consensuel auprès des experts.

bb) Quant à la date à laquelle la capacité de travail a passé de 50 % à 100 % dans une activité adaptée, la conclusion de la Dre BC._____ ne peut pas être confirmée. En effet, celle-ci semble mettre en relation - à tout le moins partiellement - le sevrage aux opiacés et la récupération d'un taux d'activité de 100 % dans une activité adaptée. La Cour de céans n'exclut pas que tel puisse effectivement être le cas. Toutefois, le Dr L._____ a mis en évidence trois sevrages successifs aux mois de décembre 2014 (celui retenu par la Dre BC._____), de mars 2016 et de février 2017, le dernier n'ayant apparemment pas entraîné de rechute (cf. rapport du 27 juillet 2017). Faute de plus amples développements, la réponse apportée par l'experte rhumatologue n'est pas satisfaisante. On relève aussi que la maladie de la jonction pyélo-urétérale, opérée au mois d'août 2014 est également invoquée par la Dre BC._____. Or, le Dr L._____, le Dr K._____ et le Prof. M._____ ont retenu que ce diagnostic avait des effets sur la capacité de travail (rapports non datés indexés au dossier les 21 octobre 2014 et 4 décembre 2015 et rapport du 9 novembre 2014). S'il n'est pas contesté que le status post-opératoire n'entraîne pas d'atteinte à la santé incapacitante sur le plan urologique (rapport du 31 août 2017 du Dr K._____), les experts devront toutefois se prononcer sur l'incidence de la maladie avant l'opération.

Sur le plan psychique, il conviendra également d'examiner si un éventuel palier doit être reconnu en raison de l'état psychique altéré décrit par le Dr BA._____.

Or, le complément d'expertise ne traite pas de ces problématiques. Il aurait dû porter sur une approche consensuelle par les trois experts et non se limiter à l'aspect rhumatologique. L'instruction doit aussi être complétée pour déterminer à quelle date la recourante a recouvré une pleine capacité de travail.

7. a) 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'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 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante. 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 - pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de mettre en œuvre un nouveau complément d'expertise consensuel, pour évaluer les dates à partir desquelles la recourante a bénéficié d'une capacité de travail partielle, puis entière, dans une activité adaptée, conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté de recueillir d'autres renseignements médicaux jugés opportuns par les experts ou les médecins du SMR. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

8. Vu le sort du recours, il est prématuré d'examiner l'évolution du degré d'invalidité de la recourante.

9. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant 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 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'intimé, qui succombe.

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

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 6 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et 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. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- A. _____ (recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :