

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 septembre 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée), née en 1972, a travaillé dès le 1^{er} février 2011 en qualité d'aide-infirmière dans l'établissement médico-social (EMS) la Résidence [...] à [...]. Le 13 juin 2011, dans le cadre de son travail, l'assurée a chuté sur le sol en tentant de rattraper une résidente ; dans sa chute, elle s'est tapé le bas du dos sur la barrière métallique du lit. Une contusion lombaire a été diagnostiquée par la Dresse Q._____ du Centre médical de [...], et de courtes incapacités de travail, les 13 et 14 juin puis du 17 au 26 juin 2011, ont été prescrites. Le traitement médical a pris fin le 20 juin 2011, date de la dernière consultation chez son médecin traitant, le Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale. L'assurée a été licenciée le 31 janvier 2012.

Le 7 mars 2012, K._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles, subsidiairement d'une rente, en raison de la contusion lombaire survenue lors de l'accident du 13 juin 2011 et d'une « reprise du travail trop tôt ».

Dans le cadre de l'instruction de la demande de l'assurée, divers rapports médicaux ont été produits, à savoir notamment un rapport du 15 mars 2012 du Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel ce médecin posait les diagnostics de syndrome lombaire modeste et maladie de Bastrup, de destruction inflammatoire du disque L5-S1 avec impression L5 gauche et d'arthrose des articulations sacro-iliaques, comme affectant la capacité de travail et attestait une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-infirmière depuis le 22 novembre 2011, estimant qu'une reprise de l'activité professionnelle respectivement une amélioration de la capacité de travail était attendue, mais à fixer selon l'évolution clinique. Un rapport du Dr E._____, médecin traitant de l'assurée depuis mai 2012, a également été produit. Ce médecin retenait les diagnostics affectant la capacité de travail de traumatisme rachidien et de status post-traumatique réactionnel et attestait une incapacité de travail totale dans

l'activité d'auxiliaire de soin, activité dont la reprise devait dépendre de l'évolution clinique avec suivi psychiatrique, en soulignant que la patiente présentait une instabilité émotionnelle avec de possibles traits paranoïdes, en sus de limitations physiques pour la station debout et le port de charges. Le Dr D._____, psychiatre traitant, s'est également prononcé le 18 septembre 2012, en évoquant une « véritable et profonde dépression » en raison des douleurs et limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne de l'assurée, et d'une incapacité de travail de longue durée ayant engendré son licenciement. Il retenait également un PTSD (post traumatic stress disorder) et était d'avis que l'état psychologique d'alors n'était pas propice à des mesures de réadaptation mais une nouvelle formation pourrait être suivie « sans aucun problème » sitôt que la situation psychologique de sa patiente serait nettement améliorée. Dans un rapport ultérieur du 4 février 2013, il retenait un état anxiodépressif sévère et indiquait que l'incapacité de travail demeurait totale.

Dans ce contexte, l'assurance perte de gain de l'assurée a estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire. C'est ainsi que l'assurée a été examinée le 11 février 2013 au Bureau d'expertises M.____ ([...]) par la Dresse V._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et par le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 17 avril 2013, les experts ont posé les diagnostics affectant la capacité de travail de spondylodiscarthrose lombaire sans radiculopathie ni myélopathie (M 47.8) et de trouble panique (F 41.0) ; ils ont retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un status après contusion lombaire en juin 2011 (S 30.0), une insuffisance pondérale (E 45), un status après appendicectomie par voie laparoscopique et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Sur le plan somatique, la Dresse V._____ a estimé que dans une activité adaptée, respectant les mesures d'épargne du rachis et ne nécessitant pas de soulever de manière occasionnelle des charges de plus de 15 kg et répétitive de plus de 5 kg avec des alternances de position, il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, le Dr P._____ a indiqué que le tableau actuel des symptômes anxieux et dépressifs de l'assurée

mettait en évidence un syndrome dépressif incomplet ainsi qu'un élément anxieux atteignant le degré d'un trouble spécifique. Il a expliqué pour quelles raisons il ne retenait ni de trouble dépressif selon la CIM-10, ni d'autres troubles de l'humeur ayant valeur de maladie, ni de PTSD et a expliqué que le syndrome anxio-dépressif observé à partir de janvier 2012 avait évolué de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, à un trouble panique à partir d'avril 2012. L'expert P._____ ne retenait aucune limitation fonctionnelle en lien avec le trouble anxieux qui justifiait une incapacité de travail totale et durable, mais un sentiment d'insécurité persistant permettait d'envisager une reprise du travail à 50% dès le jour de l'expertise avec une augmentation un mois plus tard. Il n'y avait pas d'indication psychiatrique à un changement d'activité professionnelle. Enfin, pour ce qui était du trouble somatoforme, le caractère invalidant était déterminé par des critères juridiques qui ne permettaient en l'occurrence pas de retenir un tel caractère. En conclusion, les Drs V._____ et P._____ ont retenu, de manière consensuelle, une diminution de la capacité de travail de 20% en raison de l'atteinte somatique, dès la récurrence de lombalgie avec sciatalgie gauche en novembre 2011, dans un poste d'aide-infirmière nécessitant le port de charges répétitives de plus de 5 kg et occasionnellement de plus de 15 kg. Les experts ont considéré par ailleurs que dans une activité adaptée, correspondant à l'ancienne activité de l'assurée mais avec des aménagements, cette dernière présentait une capacité de travail entière sur le plan somatique ; la comorbidité psychiatrique justifiait quant à elle une incapacité de travail de 50% pour la durée d'un mois encore à compter de la date de l'expertise. Les experts ont encore précisé que le haut score de kinésiophobie et le lourd handicap allégué subjectivement constituaient des facteurs de mauvais pronostic pour une reprise professionnelle.

Par décision du 1^{er} octobre 2014, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à la rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2012 au 31 mai 2013, niant le droit aux prestations d'invalidité pour la période postérieure.

Par arrêt du 13 juin 2016 (AI 256/14 - 147/2016), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Sur le plan somatique, la CASSO a considéré que les conclusions des experts du Bureau d'expertises M._____ pouvaient être suivies. En revanche, du point de vue psychiatrique, il convenait d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence, applicable sur le plan du droit intertemporel, conduisait à une appréciation différente s'agissant du trouble somatoforme douloureux affectant l'assurée, dans la mesure où l'expert retenait, sur la base des anciens critères, que ce diagnostic ne présentait aucun caractère incapacitant. D'autres éléments faisaient défaut dans l'expertise du Dr P._____, si bien qu'il avait lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire ou pluridisciplinaire tenant compte, d'une part, de la nouvelle grille d'analyse posée par le Tribunal fédéral et, d'autre part, d'une nouvelle intervention chirurgicale subie par l'assurée en 2015.

B. A la suite de l'arrêt de renvoi précité, une expertise bi-disciplinaire a été mise en œuvre auprès du Dr X._____, spécialiste en rhumatologie, et du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie. Ceux-ci ont rendu leurs rapports respectifs en date des 25 mars 2018 et 24 avril 2018.

Sur le plan somatique, l'expert X._____ a retenu des lombopygialgies récurrentes sur hypo-extensibilité du moyen fessier et status post-spondylodèse L5-S1. En interrogeant l'assurée, l'expert a noté une évolution globalement favorable des douleurs lombaires depuis l'intervention de mars 2015. Le status montrait peu de limitations objectives. Les radiographies faisaient état d'un matériel de spondylodèse en place sans anomalies majeurs surajoutées. L'expert a relevé un niveau de fonctionnement au quotidien peu limité par les douleurs lombaires résiduelles. Il a en définitive retenu l'absence de port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier comme limitation fonctionnelle.

Sur le plan psychiatrique, l'expert T._____ n'a observé aucun signe de psychopathologie au status et, en particulier, aucun signe en faveur d'un trouble somatoforme. L'étude du fonctionnement social et des

ressources déployées par l'assurée ne montrait aucune limitation significative. En conséquence, l'expert psychiatre n'a retenu aucun diagnostic incapacitant ni aucune limitation d'ordre psychiatrique. L'expert a également signalé un « trouble anxieux et dépressif mixte léger secondaire à la douleur » et des traits de personnalité anxieuse qui n'avaient aucun caractère incapacitant. Il a expliqué pourquoi il ne retenait plus le diagnostic de trouble panique et de trouble somatoforme douloureux comme en 2013.

Les experts ont ainsi conclu à une capacité de travail de 60% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée respectant les mesures d'épargne du rachis, tout en mentionnant qu'il y avait eu une diminution de la capacité de travail depuis mars 2015, date de l'opération du rachis et qu'une reprise d'activité en octobre 2015, soit six mois après l'intervention, aurait pu être raisonnablement exigée.

Invités, sur demande de l'OAI du 25 juillet 2018, à préciser leurs conclusions consensuelles, les experts ont indiqué, dans un courrier du 21 novembre 2018, que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité d'aide-soignante était nulle de mai 2013 à mars 2015, mais de 100% dans une activité adaptée de mai 2013 à octobre 2014 et de 50% de novembre 2014 à mars 2015, date de l'opération, jusqu'en octobre 2015.

Par avis du 21 janvier 2019, le Dr B._____ du Service médical régional AI (SMR) a repris les conclusions de l'expertise. Ainsi, outre la période d'incapacité de travail totale (de novembre 2011 à février 2013, époque de l'expertise rhumatologique et psychiatrique effectuée au Bureau d'expertises M._____ sur mandat de l'assurance perte de gain maladie) retenue lors de la précédente décision annulée, l'intéressée avait subi, dans une activité adaptée, une nouvelle période d'incapacité de travail entre novembre 2014 et octobre 2015, d'abord à 50% puis à 100% dans les suites de l'opération de mars 2015 et durant la convalescence y relative. Dès novembre 2015, l'exigibilité était à nouveau entière dans une activité adaptée.

L'OAI, se fondant sur les rapports d'expertises des 25 mars 2018 et 24 avril 2018, ainsi que sur les conclusions consensuelles du 21 novembre 2018, a, par projet de décision du 15 avril 2019, reconnu à l'assurée le droit à une rente entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 mai 2013 puis à une demi-rente du 1^{er} novembre 2014 au 28 février 2015, suivie d'une rente entière du 1^{er} mars 2015 au 31 janvier 2016.

Le 28 mai 2019, l'assurée s'est opposée au projet précité. Dans le cadre de la contestation, elle a notamment produit un rapport du 27 mai 2019 du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, un rapport du 15 mai 2019 de son médecin-traitant, le Dr E._____, un rapport du 1^{er} février 2016 du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un rapport du 27 août 2018 du Dr S._____, spécialiste en urologie ainsi qu'un rapport du 30 août 2017 du service des urgences du Centre hospitalier F._____.

Par avis SMR du 28 janvier 2020, le Dr B._____ a estimé que les rapports produits n'apportaient pas d'éléments permettant de s'écarter des conclusions de l'expertise bidisciplinaire.

Le 6 février 2020, l'OAI a adressé à l'assurée la motivation de la décision qui confirmait le projet du 15 avril 2019. Il a également répondu aux griefs invoqués par celle-ci dans un courrier daté du même jour.

Par décision du 6 juillet 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2014 au 28 février 2015 puis une rente entière du 1^{er} mars 2015 au 31 janvier 2016, étant précisé que celle-ci avait déjà mise au bénéfice d'une rente entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 mai 2013.

C. Par acte du 8 septembre 2020, l'assurée, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision précitée, en concluant à son annulation et à ce qu'il soit constaté qu'elle a droit à des prestations de

l'assurance-invalidité avec effet au 1^{er} novembre 2012 et au-delà du 31 janvier 2016 et, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle fait en substance valoir que l'intimé n'a jamais interpellé l'expert T._____ pour lui soumettre le rapport du psychiatre D._____ du 27 mai 2019 et que l'expert précité n'a jamais rendu de rapport complémentaire à la suite des questions supplémentaires posées par l'intimé en date du 25 juillet 2018. La décision entreprise devrait ainsi être annulée pour ces seuls motifs d'ordre formel. La capacité médico-théorique retenue serait inexploitable et irréaliste compte tenu des limitations fonctionnelles de la recourante et l'activité habituelle d'aide-soignante en EMS ne serait plus exigible compte tenu des contraintes qu'elle implique. Enfin, la recourante réfute l'argument de l'intimé selon lequel les constatations des médecins consultés doivent être admis avec réserve et celui de l'expert l'emporter. Elle sollicite en outre la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets orthopédique, rhumatologique et psychiatrique.

Par réponse du 20 octobre 2020, l'intimé propose le rejet du recours. Il estime en substance que les motifs d'ordre formel invoqués par la recourante n'enlèvent rien à la valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr T._____, que celle-ci sollicite une expertise pluridisciplinaire avec volet orthopédique mais ne précise pas en quoi ce volet serait indispensable et que la décision litigieuse se fonde sur l'exigibilité dans une activité adaptée, si bien que l'argument de la recourante concernant l'activité habituelle n'a pas à être examiné plus avant.

Répliquant le 13 novembre 2020, la recourante soutient qu'une simple interpellation du SMR en lien avec le rapport du Dr D._____ n'est pas suffisante et ne peut se substituer à une interpellation des experts, ce d'autant que le médecin précité a évoqué des éléments faisant apparaître des divergences flagrantes avec l'expertise du Dr T._____. Concernant la nécessité d'un volet orthopédique, la recourante renvoie à une précédente écriture du 11 juillet 2019 ainsi qu'au rapport du 1^{er} février 2016 du Dr L._____ annexé à dite écriture. S'agissant de la capacité de travail exigible, la recourante rappelle que l'intimé n'a jamais

mis en place de mesure professionnelle en sa faveur et que l'expertise, qui retient un taux de 60% dans l'activité habituelle alors que l'expert rhumatologue note comme limitation fonctionnelle l'absence de port de charges en porte à faux avec long bras de levier, serait incohérente. La recourante relève encore que sa problématique urinaire n'est pas compatible avec la majorité des emplois. Elle réitère enfin la nécessité de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. A l'appui de son écriture, elle produit une lettre de son conseil du 12 août 2020 au Dr E. _____ ainsi que la réponse de celui-ci du 4 octobre 2020.

Par duplique du 7 décembre 2020, l'intimé maintient sa position, en se référant à un avis SMR du 24 novembre 2020, selon lequel les pièces nouvellement produites n'apportaient pas d'éléments objectifs qui auraient été ignorés ou qui n'auraient pas été pris en compte lors de l'expertise de début 2018 ou encore qui seraient apparus entre cette expertise et la décision litigieuse du 7 juillet 2020. Il relève en outre qu'il n'a pas mis en place de mesures professionnelles, dans la mesure où le degré d'invalidité de la recourante se situait nettement au-dessous du seuil des 20% requis pour l'octroi de telles mesures.

Par déterminations du 7 janvier 2021, la recourante déclare maintenir ses conclusions, tout en renvoyant à ses précédentes écritures.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité avec effet au 1^{er} novembre 2012 et au-delà du 31 janvier 2016, étant précisé que celle-ci a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 mai 2013 puis d'une demi-rente du 1^{er} novembre 2014 au 28 février 2015, suivie d'une rente entière du 1^{er} mars 2015 au 31 janvier 2016.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) 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).

Conformément à l'art. 28 al. 2 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 trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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 LPGA), 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) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1, 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1, 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

5. a) Selon la jurisprudence récente, 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 consid. 4.2 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

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

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

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la

même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. a) En l'espèce, à la suite de l'arrêt de renvoi de la CASSO du 13 juin 2016, l'intimé s'est vu contraint de mettre en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique, qu'il a confiée aux Drs X._____, rhumatologue, et T._____, psychiatre. C'est sur les rapports y relatifs des 25 mars 2018 et 24 avril 2018, ainsi que sur le complément du 21 novembre 2018, que l'intimé s'est fondé pour octroyer à la recourante, par décision du 6 juillet 2020, une demi-rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2014 au 28 février 2015, suivie d'une rente entière du 1^{er} mars 2015 au 31 janvier 2016, celle-ci ayant déjà été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 mai 2013.

Les experts ont procédé à des examens complets chacun dans leurs domaines de compétences respectifs en rendant un rapport par spécialité (rhumatologie et psychiatre), avant de mettre en commun leurs appréciations, pour aboutir à une conclusion consensuelle relative à la capacité de travail exigible. L'expert rhumatologue a en particulier pris en considération les plaintes de la recourante (cf. pp. 4 et 5 du rapport d'expertise rhumatologique). Son rapport a été établi en pleine

connaissance du dossier (cf. l'anamnèse en pp. 2 à 4 du rapport d'expertise). L'expert X._____ a procédé à un examen clinique complet (cf. pp. 8 à 10 dudit rapport) et a décrit le contexte médical (cf. notamment pp. 11 et 12 du rapport d'expertise). Il a également procédé à une appréciation claire de la situation médicale (pp. 11 à 13 du rapport) et les conclusions de son rapport, complétées en date du 21 novembre 2018, sont bien motivées (pp. 15 à 17 du rapport). Pour ce qui est plus spécifiquement du domaine psychiatrique, on relèvera que l'expert T._____ a posé des diagnostics conformes à la classification mondiale des maladies (CIM-10) et a précisé pour quelles raisons ils excluaient certains diagnostics retenus auparavant (notamment par rapport au trouble somatoforme douloureux ou au trouble panique ; cf. pp. 16 et 17 du rapport d'expertise psychiatrique). Il a procédé à l'examen de la gravité des atteintes par des constats objectifs (cf. pp. 11 à 13 du rapport). Il s'est exprimé sur les ressources disponibles de la recourante (cf. p. 11 du rapport), sur sa personnalité (cf. p. 15 du rapport), a constaté que celle-ci ne prenait pas le traitement prescrit par son psychiatre traitant, dans la mesure où les dosages plasmatiques montraient des résultats négatifs (cf. pp. 17 et 18 du rapport). Enfin, l'expert s'est également prononcé sur l'indicateur de la cohérence (pp. 19 à 20 du rapport) avant de conclure – logiquement – à une capacité de travail de 100%, en tout cas depuis 2013, du point de vue psychiatrique tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (cf. p. 21 du rapport), dès lors qu'il n'avait retenu aucun diagnostic psychiatrique incapacitant. Il y a ainsi lieu de constater que tant le rapport de l'expert X._____ que celui du Dr T._____ remplissent les réquisits posés par la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante.

b/aa) Cela étant, la recourante critique l'expertise réalisée par les Drs X._____ et T._____ à plusieurs égards. Elle estime en effet, dans un premier grief en lien avec cette expertise, que la décision litigieuse devrait être annulée pour des motifs formels, en particulier parce que l'intimé n'a jamais interpellé l'expert T._____ pour lui soumettre le rapport du psychiatre D._____ du 27 mai 2019 et parce que l'expert T._____ n'a pas rendu de rapport complémentaire à la suite des

questions supplémentaires posées par l'intimé en date du 25 juillet 2018. Elle relève en outre que le rapport du 21 novembre 2018 n'est signé que de la main du Dr X._____.

Contrairement à ce que soutient la recourante, un rapport complémentaire a bel et bien été établi par le Dr X._____ le 21 novembre 2021 à la suite des questions posées par l'intimé. D'ailleurs, la recourante le mentionne dans son recours. Dans ce document, le Dr X._____ a bien précisé qu'il avait été rédigé après s'être entretenu avec le Dr T._____. Ainsi, le fait que l'expert X._____ n'ait pas fait contresigner par le Dr T._____ les réponses communes aux questions du complément d'expertise n'est pas un motif pour annuler la décision querellée. Il en va de même pour la non-interpellation de l'expert T._____ au sujet du rapport du Dr D._____ du 27 mai 2019. Le Dr T._____ a en particulier fondé son opinion sur ses propres observations cliniques au cours de l'entretien de février 2019 ainsi que sur l'anamnèse. Quant au SMR, il a, après analyse de la situation médicale, expliqué pour quelles raisons les rapports des Drs E._____, D._____ et L._____ n'apportaient pas d'éléments permettant de s'écarter des conclusions de l'expertise bidisciplinaire précitée et de modifier sa position. C'est ainsi qu'il a relevé des contradictions dans les affirmations du Dr D._____ notamment en rapport avec les idées suicidaires scénarisées et des tentamens, éléments que l'on ne retrouvait pas dans l'expertise du Dr T._____. En particulier, ce médecin justifiait son appréciation uniquement par la présence de telles idées chez la recourante. Or de mars 2017 - début de la consultation (une seule consultation en 2016) - à janvier 2018, on ne trouvait aucune mesure thérapeutique en lien avec des idées suicidaires et des tentamens ou corroborant la gravité des troubles annoncés dans ce rapport telle qu'une hospitalisation ou un traitement. D'ailleurs l'expertise relevait un manque de suivi médicamenteux par la recourante. En juillet 2017, la recourante avait pu partir trois semaines en vacances par avion en [...]. En août 2017, à l'occasion d'un passage aux urgences du Centre hospitalier F._____, l'anamnèse ne faisait pas mention d'un traitement antidépresseur ou de tentamens récents. En août 2018, soit 9 mois après le décès de son

compagnon, l'assurée n'exprimait, lors de l'expertise, aucune idée suicidaire et indiquait une absence de tentamens depuis 2014. En outre, les éléments biographiques indiqués par le Dr D._____ étaient connus lors de l'expertise psychiatrique. Partant, le rapport peu motivé du Dr D._____ était insuffisant pour mettre en doute les conclusions de l'expertise.

Le Dr E._____ commentait, dans son rapport du 15 mai 2019, le projet de décision AI du 15 avril 2019 sans avancer d'arguments médicaux. Par ailleurs, les éléments mentionnés par le Dr L._____ dans son rapport du 1^{er} février 2016, déjà formulés dans un précédent rapport du 13 mars 2015, avaient été pris en compte par les experts qui avaient reconnu une incapacité de travail post-opératoire de six mois à 100%. Le rapport du Dr S._____ du 27 août 2018 faisait, quant à lui, état d'un diagnostic de status post-infection urinaire récidivante, sans mention de limitations fonctionnelles ou d'incapacité de travail. Le bilan urologique ne montrait en outre pas d'anomalies majeures. Enfin, le rapport du service des urgences du Centre hospitalier F._____ faisait suite à une consultation pour un unique épisode aigu de céphalées dont on ne pouvait rien tirer (cf. avis SMR du 28 janvier 2020).

En conclusion, de l'avis du SMR, les rapports produits dans le cadre de la procédure administrative ne faisaient état d'aucun éléments objectifs pouvant remettre en cause les conclusions de l'expertise.

S'agissant du rapport du 4 octobre 2020 du Dr E._____ produit au stade de la procédure de recours, il y a lieu de se référer aux constatations du SMR faites dans son avis du 24 novembre 2020. Il a en particulier relevé, concernant les douleurs rachidiennes et l'aspect psychique, que le Dr E._____ ne donnait pas d'éléments objectifs pouvant faire le poids par rapport à l'expertise bidisciplinaire qui avait largement exploré les plaintes de l'assurée dans ce domaine. En effet, le Dr E._____ faisait état du ressenti de l'assurée sans décrire de status objectif ni mentionner de diagnostic précis. Au surplus, les experts psychiatres successifs, en 2013, puis en 2019, ne renaient pas le diagnostic de trouble de la personnalité évoqué par le Dr E._____, dont

ce n'était, au demeurant, pas la spécialité. Concernant les troubles urinaires dont se plaignait l'assurée, le Dr E._____ n'apportait aucun élément en faveur de modifications anatomiques et/ou fonctionnelles de l'appareil urinaire. De plus, ce médecin ne mentionnait aucune investigation spécifique en ce sens ou de prise en charge spécialisée. Son rapport ne donnait donc aucune consistance à une atteinte sur cet axe. Enfin, lors de l'expertise, aucun empêchement de cet ordre n'avait été relevé tant dans la journée type que lors des status (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 24 avril 2018, p. 10 et rapport d'expertise rhumatologique du 19 juin 2018, p. 5). Pour mémoire, le Dr S._____, urologue, n'avait retenu, à l'issue d'un bilan approfondi (ultrasons, cystoscopie.) aucune atteinte organique de l'appareil urinaire (cf. rapport du 12 juillet 2019). Concernant les « migraines », le Dr E._____ ne posait pas de diagnostic mais indiquait rapporter le ressenti subjectif de l'assurée. En ce sens, il ne reprenait pas le terme de « migraine » qui décrit un type de céphalées répondant à des critères diagnostics très précis dont le traitement fait l'objet de guidelines. D'ailleurs, ce diagnostic de « migraine » n'avait pas été retenu lorsque l'assurée avait consulté les urgences du Centre hospitalier F._____ pour des maux de tête en août 2017 (cf. rapport du 12 juillet 2019).

Il y avait ainsi lieu de constater que le rapport du Dr E._____ ne faisait état d'aucun élément objectif pouvant remettre en cause les conclusions de l'expertise.

En l'occurrence, les avis médicaux du SMR, convaincants, peuvent être suivis tant en ce qui concerne les pièces produites dans le cadre de la procédure administrative que celles produites dans le cadre du recours, étant précisé que les rapports du SMR ne sont pas dénués de toute valeur probante et qu'il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

bb) Dans un deuxième grief, la recourante soutient que la capacité médico-théorique retenue par l'intimé paraît inexploitable et irréaliste, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et que même une activité simple comme celle exercée auprès des [...] est parfois difficile à assumer pour elle.

C'est le lieu de relever que si les experts et le médecin du SMR ont effectivement retenu des limitations fonctionnelles sur le plan somatique, ils ont en revanche conclu au fait que l'intéressée, âgée de 46 ans lors de l'expertise de 2018, disposait d'une capacité de travail entière dans une activité respectant les mesures d'épargne du rachis. Il n'y a, en l'occurrence, pas matière à revenir sur cette appréciation qui se fonde sur une analyse fouillée et sur un examen détaillé des atteintes à la santé de la recourante et des répercussions sur la capacité de travail exigible.

cc) La recourante fait encore valoir qu'il est nécessaire de mettre sur pied une expertise avec un volet orthopédique.

Dans l'arrêt de renvoi du 13 juin 2015, la CASSO laissait le choix à l'intimé de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire ou pluridisciplinaire. Celui-ci a opté pour une expertise bidisciplinaire, dont on ne peut lui en faire grief, dans la mesure où elle respecte l'injonction de l'autorité cantonale. On se contentera donc de relever que le conseil de la recourante n'explique pas en quoi le volet orthopédique qu'il requiert aurait été indispensable en plus des volets rhumatologique et psychiatrique. Son argument doit ainsi être écarté.

c) C'est en définitive à bon droit que l'intimé, se fondant sur l'expertise probante des Drs X._____ et T._____ réalisée en 2018, a tenu compte d'une capacité de travail de la recourante nulle dans l'activité habituelle de mai 2013 à mars 2015 mais de 100% dans une activité adaptée de mai 2013 à octobre 2014 et de 50% de novembre 2014 à mars 2015, date de l'opération, jusqu'en octobre 2015, avant de considérer que celle-ci avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès novembre 2015.

7. Pour le surplus, la recourante ne revient pas sur la méthode de calcul utilisée par l'intimé pour déterminer le degré d'invalidité, ni sur les chiffres retenus à titre de revenus avec et sans invalidité. Elle n'a pas formulé non plus de grief à l'encontre du taux d'abattement pris en compte. Vérifié d'office, le calcul opéré par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique et peut être confirmé.

8. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert, à titre subsidiaire, la recourante par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

9. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Celle-ci étant toutefois au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires seront provisoirement supportés par l'Etat.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Me Olivier Carré peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 21 juin 2021 et compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'028 fr. 75, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement mis à la charge de l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), mis à la charge de K._____, sont provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité de Me Olivier Carré, conseil d'office de K._____, est arrêtée à 2'028 fr. 75 (deux mille vingt-huit francs et septante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :