

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juin 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Piguet, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. Le 1^{er} décembre 2010, L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a fait état d'un cancer du sein, existant depuis le mois d'octobre 2009.

Dans un rapport médical du 21 décembre 2010, la Dre V._____, spécialiste en oncologie, a posé le diagnostic de carcinome canalaire invasif au sein gauche, associé à des lésions d'hyperplasies canalaire atypiques allant jusqu'au carcinome *in situ*. Une biopsie exérèse de diagnostic a été réalisée le 14 juin 2010, puis une reprise du lit de tumorectomie avec recherche de ganglions sentinelles (recherche négative) le 12 juillet 2010, et une radiothérapie a été effectuée. La Dre V._____ a également précisé que l'assurée souffrait de fibromyalgie.

Le 22 décembre 2010, l'assurée a communiqué à l'OAI que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 80 % depuis avril 2007 comme aide-infirmière, par nécessité financière.

Le Dr C._____, médecin généraliste traitant, a retenu dans un rapport du 7 juin 2011 les diagnostics de cancer du sein gauche opéré le 14 juin 2010, d'état anxiodépressif et d'arthralgies à l'épaule. Il a également mentionné au status des cervicalgies bilatérales.

Prenant position sur les éléments médicaux recueillis au cours de l'instruction, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est exprimé en ces termes dans un avis médical du 8 novembre 2011 :

« Il s'agit d'une assurée portugaise, mariée, âgée de 46 ans. Elle vit en Suisse, depuis septembre 1988. Elle n'a pas de formation professionnelle. En 1996, elle obtient une attestation de la Croix-Rouge. Elle travaille, depuis avril 2007, comme aide-infirmière (...) à un taux de 80%.
[...]

L'assurée est à l'arrêt de travail, à 100%, dès le 2 juin 2010 ; à 70%, dès le 1^{er} décembre 2010 ; à 50%, dès le 3 janvier 2011. Dans un rapport médical du 18 mars 2011, à l'assureur perte de gain (dossier perte de gain du 20 juin 2011), le Dr X._____, du service d'oncologie de l'hôpital de [...], dit que l'assurée, pour son problème de cancer du sein, peut reprendre son travail à son taux antérieur de 80%, dès le 1^{er} avril 2011. Ce médecin le confirme dans un rapport médical du 6 juin 2011.

Dans un rapport médical du 7 juin 2011, le Dr C._____, médecin généraliste, parle d'un état anxio-dépressif. Il dit que la capacité de travail de l'assurée est nulle, dès le 21 mai 2011. Un traitement antidépresseur de Fluoxétine est introduit. L'assurée n'est pas suivie par un psychiatre. Dans un rapport médical complémentaire du 11 octobre 2011, le médecin atteste toujours une incapacité de travail de 50%.

Comme l'assurée semble souffrir d'une fibromyalgie et comme l'assurée n'a pas de suivi psychiatrique spécialisé, afin de pouvoir déterminer l'exigibilité actuelle, nous devons organiser une expertise psychiatrique. »

L'OAI a mandaté le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 14 mai 2012, il a posé pour seul diagnostic affectant la capacité de travail un trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement en voie de rémission (F41.2), excluant toute pathologie avec répercussion sur la capacité de travail. Il a écrit ce qui suit en conclusion de son rapport :

« (...) [C]et état anxio-dépressif s'est déclenché en réaction à l'atteinte cancéreuse, il y avait certainement une accentuation [à] l'automne 2011 et ensuite amélioration. Il existe aujourd'hui deux aspects résiduels. Celui de la dysthymie et celui d'un état anxieux d'intensité légère. Le tableau est légèrement surchargé par des appréhensions irrationnelles (ne croit pas ses médecins). Après pondération de tous les éléments, nous sommes arrivés à la conclusion que l'assurée, d'un point de vue purement psychique et psychiatrique, n'a plus d'incapacité de travail de principe mais une diminution de rendement de l'ordre de 30%. Il y a ici inclus ce qui concerne la fatigue et fatigabilité sur le plan psychique.

Comme il était difficile, voire impossible de se déterminer rétroactivement, nous proposons d'appliquer ce taux à partir dès maintenant.

Dans les informations que nous avons obtenues, il y a la notion d'un œdème récidivant du bras gauche. Effectivement, pour son travail, ceci peut jouer un rôle limitatif. Il est dès lors nécessaire d'obtenir un constat médical détaillé à ce sujet. »

Se déterminant à propos de cette expertise dans un avis médical du 30 mai 2012, le SMR a fait les constatations suivantes :

« (...) Cet examen confirme effectivement la présence d'un trouble anxieux et dépressif mixte ; une affection dont les éléments constitutifs dépressifs n'atteignent pas le seuil diagnostique de l'épisode dépressif léger et les éléments anxieux constitutifs ne permettent pas d'atteindre le seuil diagnostique de l'anxiété généralisée.

En découle logiquement l'absence de toute incapacité justifiée ; sur ce point, on ne peut suivre la conclusion de l'expert concernant une éventuelle baisse de rendement ou capacité au travail. D'autant que son examen confirme l'état anxiodépressif soutenu par le médecin traitant.

Dans pareil cadre, la fibromyalgie présente est non-invalidante au sens de la jurisprudence en vigueur.

Ainsi, dès le 1^{er} avril 2011, l'assurée doit reprendre son activité habituelle à 100% du 80% habituel. Dans la mesure où une activité adaptée permet de respecter la limitation fonctionnelle de fatigabilité, elle est théoriquement possible en plein à la même date.

En cas de statut mixte, on retiendra l'absence d'empêchement ménager durable, dans une activité qui est sans aucun impératif de rendement. »

Le 7 juin 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que son incapacité de travail n'avait pas duré une année au moins. Le 27 juin 2012, l'assurée a signifié son désaccord avec ce projet.

Dans un rapport du 25 juillet 2012, le Dr C. _____ a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % en raison de la fatigabilité qu'elle présentait.

Le 23 août 2012, le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F43.22), de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (F45.4) et de personnalité dépendante (F60.7). Compte tenu d'une situation psychologique ne cessant de se péjorer et d'un état anxiodépressif qualifié de sévère, il a considéré que la capacité de travail de l'intéressée n'excédait pas 50 % dans son activité habituelle, justifiant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

Dans un avis du 4 septembre 2012, le SMR a estimé que le rapport du Dr C._____ n'apportait aucun élément médical nouveau et que le rapport du Dr T._____, comparé au rapport d'expertise psychiatrique, ne permettait pas de conclure à l'incapacité de 50 % soutenue.

Par décision du 7 novembre 2012, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité. Celle-ci n'a pas recouru contre cette décision, de sorte qu'elle est entrée en force.

B. Désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat, l'assurée a mandaté, en date du 11 février 2013, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à titre d'expert.

Dans son rapport du 2 avril 2013, le Dr D._____ a retenu comme diagnostics un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, gravité actuelle modérée (F32.5), un trouble panique avec agoraphobie (F40.01), un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (F45.4), une dépendance aux anxiolytiques (F13.2), une boulimie nerveuse (F50.2) ainsi qu'un trouble de la personnalité non spécifié (F60.9) et des traits de personnalité limite (abandonnique) et perfectionniste, décompensés. Il a émis diverses critiques à l'encontre de l'expertise du Dr P._____. Le Dr D._____ a également reproché au SMR, par le biais d'un médecin non psychiatre, et à l'OAI de s'être écartés de manière incompréhensible de la capacité de travail résiduelle retenue par l'expert P._____, ainsi que de la nécessité d'évaluer la répercussion de l'œdème récidivant du bras gauche sur la capacité de travail. Il a considéré que la capacité de travail devait être estimée *a posteriori* ainsi :

- 0 % entre le 14 juin 2010 et le 30 novembre 2010,
- 24 % du 1^{er} au 31 décembre 2010,
- 40 % du 1^{er} janvier au 31 mars 2011,
- 80 % du 1^{er} avril au 19 mai 2011,
- 0 % du 20 mai au 11 juillet 2011,
- 40 % depuis le 12 juillet 2011 et jusqu'au 12 mars 2013,

- 30 % depuis le 13 mars 2013, structuré sur trois demi-journées, ce qui représente la capacité de travail à long terme.

Sur la base de cette expertise, l'assurée, agissant par l'intermédiaire de son conseil, s'est adressée en date du 3 avril 2013 à l'OAI, faisant valoir un motif de révision/reconsidération au sens de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) d'une part, ainsi que de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA d'autre part, en raison de l'aggravation de son incapacité de travail.

A l'invitation de l'OAI, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, enregistrée à la date du 3 avril 2013.

Dans un avis médical du 21 octobre 2013, le SMR, a fait les observations suivantes :

« Les diagnostics retenus par le Dr D. _____ figurent en page 25 de son rapport dont un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques F 45.4, soit un TSD [trouble somatoforme douloureux, réd.] au sens de la jurisprudence du TFA. Ce problème n'est pas nouveau puisqu'il était déjà signalé dans le rapport médical du 21 décembre 2010 et discuté par l'expert P. _____ dans son rapport de 2012.

La capacité de travail estimée par le Dr D. _____ en page 31 est de 30% à répartir sur 3 demi-journées en matinée bien qu'il écrive en page 31 : « Il existe ainsi un risque, que si la situation perdure comme actuellement, l'expertisée ne parvienne pas à assumer à long terme le taux de 40% sur 2 journées complètes ... ». Actuellement l'assurée a selon le Dr D. _____ une activité à 40% sur 2 journées complètes.

Concernant le suivi médical psychiatrique, le Dr D. _____ relève en page 17 qu'il existe un suivi au sein du cabinet du Dr T. _____, psychiatre, et que depuis le début du suivi en 2011, l'assurée n'a consulté que 3 fois le Dr T. _____.

En page 16 le Dr D. _____ note que l'assurée utilise tous les jours son ordinateur pour échanger avec ses amies au Portugal via les réseaux sociaux. Il n'y a donc pas de désinsertion sociale.

En page 24, l'expert écrit : « L'expertisée souhaite après la fin de l'examen psychiatrique d'une durée de plus de 3 heures enchaîner immédiatement avec des tests auto-évaluatifs. Elle frappe par son côté volontaire. Elle semble apprécier l'encadrement médical et l'attention qui lui est portée ». Il n'y a donc pas de fatigabilité, pas

de plaintes concernant l'attention et/ou la concentration, ni de baisse de l'élan vital.

Le Dr D._____ retient comme premier diagnostic un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, de gravité actuelle modérée F32.5. Ce diagnostic correspond dans la CIM-10 à *Major depressive disorder, single episode, in full remission*, soit épisode dépressif majeur, épisode isolé, en rémission complète. L'épisode actuel n'est ni de gravité moyenne ou sévère.

Le rapport psychiatrique du 23 août 2012 retenait déjà un épisode dépressif sévère, un TSD et un trouble de la personnalité. Le SMR s'est prononcé sur ces 3 problèmes dans son avis du 4 septembre 2012 et aucune aggravation de l'état de santé psychique n'est démontrée depuis lors. De plus en cas d'apparition d'un tableau de dépression de gravité légère ou moyenne dans un contexte établi de TSD/fibromyalgie, celui-ci doit être assimilé au TSD/fibromyalgie (jurisprudence du TFA).

En page 28, le Dr D._____ écrit que la décompensation actuelle du trouble de la personnalité a débuté en 2010-2011, soit bien antérieurement à l'expertise P._____.

Aucune aggravation, ni fait nouveau susceptible d'influencer durablement la capacité de travail exigible ne sont donc rendus plausibles depuis l'expertise P._____ de 2012 et le dernier avis SMR de septembre 2012.

Il s'agit donc de l'appréciation différente d'une situation similaire à celle qui prévalait en 2012.

Nous maintenons donc notre position. »

Par projet de décision du 11 décembre 2013, puis par décision du 14 février 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 3 avril 2013, au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 7 novembre 2012. Il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

C. Par acte du 12 mars 2014, l'assurée a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales, concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'OAI est tenu d'entrer en matière sur la demande de révision/reconsidération formulée en vertu de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA, subsidiairement à sa réforme en ce sens que l'OAI est tenu d'entrer en matière sur la demande de révision présentée en vertu de l'art. 17 LPGA, plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée

et au renvoi de la cause à l'administration intimée pour nouvelle instruction et/ou décision au sens des considérants.

Par arrêt du 1^{er} février 2016 (AI 50/14 - 19/2016), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours en tant qu'il portait sur la révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, l'a déclaré irrecevable en tant qu'il portait sur la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, et l'a admis en tant qu'il concernait le moyen tiré de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, annulant la décision attaquée et renvoyant la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

D. Par formulaire daté du 5 juillet 2016, l'EMS « [...] » a communiqué à l'OAI que le contrat de travail de l'assurée était passé à 40 % depuis le 1^{er} août 2013.

Dans un rapport du 16 juillet 2016, le Dr C._____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif, de fibromyalgie et d'hémiplégie du membre supérieur gauche et a fait état d'un nodule thyroïdien comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail. Il a attesté une incapacité de travail en toutes activités de 100 % du 21 mai 2011 au 10 juillet 2011, puis de 50 % depuis lors. Il a annexé un rapport du service d'oncologie de l'Hôpital [...] du 16 février 2015 faisant état d'une rémission complète du carcinome du sein gauche, d'un nodule thyroïdien du lobe gauche, de troubles dépressifs traités, d'une fibromyalgie, d'un diabète de type II non insulino-requérant et d'un status après deux accouchements par césarienne. Un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 30 janvier 2014 mentionnait des signes de discopathie dégénérative en C5-C6 et C6-C7 et d'uncarthrose en C5-C6.

A l'initiative du SMR (avis du 3 août 2016), une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre, avec un volet de psychiatrie, de rhumatologie et de médecine interne. Elle a été attribuée de manière aléatoire au S._____ (ci-après : S._____).

Dans leur rapport du 5 mai 2017, les Drs Z._____, spécialiste en médecine interne générale, N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et H._____, spécialiste en rhumatologie, ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies bilatérales prédominant à gauche et ceux sans effet sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de fibromyalgie, de status après une tumorectomie du sein gauche suivie par une radiothérapie complémentaire associée à une hormonothérapie en rémission complète et de nodule thyroïdien du lobe gauche sans signification clinique. Ils ont estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était limitée à 50 %, mais qu'elle était entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans port de charges, ni travail en porte-à-faux ou au-dessus du niveau des épaules, et avec une diminution de rendement de 20 % compte tenu des douleurs.

Le 4 août 2017, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle avait travaillé dans le nettoyage de locaux à raison de 7 heures par semaine de 1994 à 2010 pour l'entreprise « [...] », activité qu'elle avait arrêtée à la suite de son opération car elle n'était plus en mesure de la poursuivre pour des raisons de santé.

Dans un avis du 18 décembre 2018, le SMR a estimé que l'expertise était concluante et a retenu comme limitations fonctionnelles l'absence de travail répétitif des membres supérieurs, de travail en hauteur, de manipulations de charges de plus de 5 kg et de positions en porte-à-faux. Selon lui, ces limitations contre-indiquaient totalement l'activité d'auxiliaire de santé en EMS. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière avec une baisse de rendement de 20 % du fait des douleurs, depuis le 1^{er} avril 2011.

Le statut d'active à 80 % et ménagère à 20 % a été confirmé à l'issue d'une enquête ménagère à domicile. Le rapport établi le 9 avril 2019 a par ailleurs constaté que le degré d'invalidité de l'assurée dans les tâches ménagères était de 12,2 %, taux qui tenait compte de l'aide du mari et du fils, laquelle était exigible.

Le 7 octobre 2019, l'OAI a réceptionné les rapports des IRM de la colonne dorso-cervicale et lombaire réalisées respectivement le 2 mars 2018 et le 24 septembre 2019.

Dans un avis juriste du 12 novembre 2019, l'OAI a estimé que l'expertise avait pleine valeur probante et que ses constats devaient prévaloir sur ceux du Dr D._____. Le statut de l'assurée devait être fixé à 90 % active et 10 % ménagère puisqu'elle avait exercé une activité accessoire à hauteur d'environ 10 % de manière stable durant plusieurs années, dont il convenait de tenir compte pour le calcul du revenu sans invalidité. Dès 2011, le degré d'invalidité global était de 18,82 % ($19,56 * 0,9 + 12,2 * 0,1$) et dès 2018, avec la nouvelle méthode mixte, il était de 26,82 % ($28,45 * 0,9 + 12,2 * 0,1$). L'OAI a conclu à l'existence d'une appréciation différente d'un même état de fait, en comparant la situation actuelle avec celle prévalant lors de la première décision de refus de prestations du 7 novembre 2012.

Par projet de décision du 28 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa nouvelle demande de prestations.

L'assurée a contesté ce projet par courriers des 6 décembre 2019, 27 février 2020 et 7 août 2020, en prenant également position sur l'avis juriste du 12 novembre 2019. Elle a produit un rapport établi le 25 février 2020 par le Dr T._____ et la psychologue [...], qui disaient soutenir sa demande de rente d'invalidité à 50 % en raison de la résistance de sa maladie à tout traitement psychothérapeutique et médicamenteux et de l'aggravation de ses douleurs psychosomatiques chroniques. Ceux-ci ont posé les diagnostics de dysthymie (F34.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de personnalité anxieuse (évitante, F 60.6) et de boulimie (F50.2). L'apparition de nouvelles zones somatiques douloureuses avait entraîné une exacerbation des symptômes psychiques. L'assurée n'arrivait à assumer ni son ménage, ni son travail et se trouvait isolée socialement.

L'assurée a également fait parvenir à l'OAI des certificats d'incapacité totale de travail du 9 janvier au 2 février 2020, ainsi qu'un rapport du Dr J._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, du 16 janvier 2020 dans lequel il a posé les diagnostics de syndrome cervico-dorsolombaire récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et de syndrome myofacial douloureux. Il a précisé que l'IRM de la colonne cervico-dorsale ne mettait pas en évidence de discopathie significative et que l'IRM lombaire avait montré la présence d'une minime discopathie L5-S1 compatible avec l'évolution due à son âge. L'ensemble de la symptomatologie s'inscrivait en avant-plan de douleurs poly-insertionnelles faisant évoquer la présence d'une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

Le 31 juillet 2020, l'assurée a transmis un nouveau certificat d'arrêt de travail, pour la période du 15 juillet au 30 novembre 2020.

L'assureur perte de gain maladie de l'assurée a informé l'OAI qu'il avait versé à celle-ci des indemnités journalières depuis le 9 janvier 2020 et qu'il y mettait fin au 31 décembre 2020, estimant que l'assurée pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée.

Dans un avis du 29 mars 2021, le SMR a estimé que les avis somatique et psychiatrique produits ne permettaient pas de conclure à une aggravation significative de l'état de santé susceptible de modifier la capacité de travail de l'assurée, ni de justifier la présence de nouvelles limitations fonctionnelles. Il a notamment indiqué que les points douloureux relevés par le rhumatologue attestaient de la fibromyalgie déjà connue et prise en compte, et que les autres constatations somatiques étaient minimales. Les diagnostics de trouble de personnalité anxieuse/évitante et de boulimie n'étaient pas étayés et l'expertise de 2017 avait conclu à l'absence d'une organisation pathologique de la personnalité et pris en compte les comportements alimentaires de l'assurée.

Par décision du 9 juillet 2021, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assurée au motif qu'il n'y avait « aucune modification dans son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans [sa] précédente décision ». Par courrier séparé du même jour, faisant partie intégrante de cette décision, l'OAI a pris position sur les objections avancées par l'assurée.

E Par acte de son mandataire du 14 septembre 2021, L. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'un droit à une rente d'invalidité entière lui soit reconnu à compter du 1^{er} octobre 2013, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle instruction et/ou décision. Elle a en substance reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte du caractère incapacitant de ses atteintes, attesté par les Drs J. _____ et T. _____, ni de l'aggravation de son état de santé depuis la précédente décision et depuis également l'expertise du S. _____. Elle s'est prévalué du fait que son assureur perte de gain maladie avait reconnu l'existence d'une totale incapacité de travail jusqu'au 31 décembre 2021. Elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie.

Dans sa réponse du 27 octobre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a précisé qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'était indiquée en l'espèce, se référant aux conclusions de son service de réadaptation.

Par réplique du 23 novembre 2021, la recourante a fait valoir que les experts du S. _____ ne pouvaient valablement conclure rétroactivement à l'existence d'une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} avril 2011 alors même que le Dr D. _____, dans son rapport du 2 avril 2013, avait attesté d'une pleine incapacité de travail invalidante. Elle a pour le reste repris les arguments de son recours.

Par duplique du 21 décembre 2021, l'OAI a maintenu que les constats du S._____ devaient prévaloir sur ceux du Dr D._____ et rappelé que le SMR avait pris position sur les rapports produits postérieurement à l'expertise du S._____.

La recourante a déposé des observations complémentaires le 4 février 2022. Elle a requis la tenue d'une audience en vue d'entendre les différents experts.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA 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 auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations déposée le 3 avril 2013 et sur laquelle la Cour de céans a enjoint l'OAI d'entrer en matière, par arrêt du 1^{er} février 2016 (AI 50/14 - 19/2016).

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020,

RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 9 juillet 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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]). Lorsque 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 la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

d) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

e) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la

présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418) et aux syndromes de dépendance primaire à des substances psychotropes (ATF 145 V 215).

Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent désormais en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

4. a) Il s'agit en l'occurrence de déterminer si la situation de la recourante s'est modifiée depuis la décision du 7 novembre 2012 de manière à influencer son droit à des prestations.

Dans cette décision, l'OAI a estimé que la recourante n'avait pas présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % pendant une année, puisqu'elle bénéficiait à nouveau, depuis le 1^{er} avril 2011, d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Suivant l'avis du SMR du 30 mai 2012, l'OAI a en particulier nié la survenance d'une nouvelle incapacité de travail pour des raisons psychiques au-delà du 1^{er} avril 2011. Il a admis l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte, qui s'était déclenché en réaction à l'atteinte cancéreuse, ainsi que d'une fibromyalgie, mais s'est écarté des conclusions du Dr P. _____, en ne retenant pas de diminution de rendement de l'ordre de 30 % dès la

date de l'expertise, mais posant uniquement de la fatigabilité comme limitation fonctionnelle.

b) A la suite de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans, l'OAI a recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitants de la recourante puis a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie, qui a été confiée au S._____.

Le rapport d'expertise établi le 8 mai 2017 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Comme le relève l'OAI, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, y compris l'atteinte somatique, les experts se sont fondés sur des examens complets, ont pris en considération les plaintes de la recourante et établi leur rapport en pleine connaissance du dossier et du contexte médical. Leur appréciation de la situation médicale, qui a fait l'objet d'un consilium, est claire et leurs conclusions dûment motivées. Les experts ont par ailleurs appliqué les nouveaux indicateurs jurisprudentiels pour déterminer l'éventuel caractère invalidant des affections psychiques et psychosomatiques.

c) Sur le plan psychique, les experts indiquent que le tableau clinique que présente la recourante est compatible avec un diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, avec humeur anxieuse et dépressive. Toutefois, au vu de la durée de la symptomatologie, il n'est plus possible de retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. Comme l'expertisée mentionne une symptomatologie dépressive discontinue, les experts retiennent le diagnostic de dysthymie (F45.4). Ils précisent qu'il s'agit d'une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif. Les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours pendant lesquels ils se sentent bien, mais la plupart du temps il se sentent fatigués et déprimés, ce qui correspond aux éléments obtenus lors de l'anamnèse et à l'observation (expertise du S._____ p. 25). Les experts relèvent que,

bien que les diagnostics retenus soient sensiblement différents et que l'impact de la fatigue sur le rendement ne soit pas retenu, leur appréciation de la situation est proche de l'évaluation du Dr P._____ (expertise du S._____ p. 26). Cela va clairement à l'encontre d'une aggravation de l'état psychique de la recourante.

Dans son expertise, le Dr P._____ avait mentionné que le décès de l'ancienne cheffe de la recourante d'un cancer du sein avait provoqué une forte réaction émotionnelle et un effondrement avec la réalisation qu'elle pourrait aussi mourir de cette maladie (expertise du Dr P._____ p. 14). Le Dr D._____ a précisé que le décès en question et l'aggravation de l'état psychique sont intervenus en mai 2011 et non en novembre 2011 comme retenu par le Dr P._____ (expertise du Dr D._____ p. 36). Cette différence dans les dates n'est toutefois pas déterminante. En effet, il n'en demeure pas moins que la recourante a confirmé que son état psychique s'était amélioré à la suite des traitements ; elle décrivait la persistance d'un état psychique fluctuant avec passages de normalité et des moments où elle était affectée (expertise du Dr P._____ p. 14).

Dans son arrêt de renvoi du 1^{er} février 2016, la Cour de céans a relevé différents éléments qui pouvaient laisser penser à l'existence d'une aggravation, notamment la présence de nouveaux symptômes tels qu'une insomnie globale et une irritabilité, ainsi que des divergences dans les observations cliniques des experts P._____ et D._____. Dans le cadre de l'expertise du S._____, la recourante se plaignait encore d'insomnie et d'un sommeil non réparateur. S'intéressant plus précisément aux troubles du sommeil, les experts ont écarté un déficit manifeste de sommeil ainsi qu'une éventuelle pathologie manifeste du sommeil. La recourante a par ailleurs précisé que les troubles de l'endormissement survenaient deux fois par semaine environ et que si elle se réveillait une à deux fois dans la nuit, elle se rendormait. Les jours où elle ne travaillait pas, elle faisait une sieste d'environ trois-quarts d'heure, avec un sommeil réparateur (expertise du S._____ p. 12). S'agissant de l'anxiété majeure avec irritabilité mentionnée par le Dr D._____, la

recourante a indiqué aux experts du S._____ qu'elle était anxieuse, tendue et crispée, mais en lien avec ses douleurs (expertise du S._____ p. 11). Le Dr D._____ évoquait une perte de l'élan vital accompagnée d'une aboulie et d'une anhédonie partielles, la présence de troubles cognitifs handicapants. Il a observé une baisse de la thymie, des pleurs, ainsi qu'une atteinte anxieuse majeure associée à une conduite phobique. Ces éléments ne sont pas retrouvés lors de l'expertise du S._____, l'assurée présentant une humeur anxieuse mais d'intensité faible, n'étant pas dépressive, ne pleurant pas et souriant à plusieurs reprises, étant vigilante et ne montrant pas de déficit attentionnel durant l'entretien, ni de trouble mnésique (expertise du S._____ p. 19). Elle se sentait triste et déprimée de façon plus marquée un ou deux jours par semaine environ, mais pouvait avoir des activités de plaisir. Aucun élément de phobie sociale n'était évoqué (expertise du S._____ p. 11). Comme déjà mentionné plus haut, les experts du S._____ ont précisé que leurs observations rejoignaient celles du Dr P._____. Le rapport d'expertise du S._____ permet dès lors d'écarter de manière convaincante l'existence d'une aggravation de l'état psychique de la recourante depuis la décision du 7 novembre 2012.

Les experts du S._____ mentionnent à cet égard que beaucoup des diagnostics retenus par le Dr T._____ et le Dr D._____ ne sont retrouvés ni à l'anamnèse, ni à l'examen clinique. Outre l'absence d'éléments pouvant conduire à l'existence d'un trouble panique avec agoraphobie, diagnostic qui n'a au demeurant jamais été évoqué par le psychiatre traitant, les experts du S._____ se sont intéressés aux comportements alimentaires de la recourante et n'y ont décelé aucun élément pathologique (expertise p. 12). Ils ont par ailleurs procédé à l'examen de la personnalité de la recourante et ont conclu, de manière convaincante, à l'absence d'organisation pathologique de la personnalité (ibidem). Le Dr P._____ ne notait pas non plus de particularité s'agissant de la personnalité de la recourante, qui lui paraissait tout à fait compensée, toutes les informations indiquant un bon fonctionnement dans la réalité (expertise du Dr P._____ p. 9).

Il ressort en outre de l'expertise du S._____ que le suivi psychothérapeutique a été interrompu en 2014, soit environ une année après l'expertise du Dr D._____, et que la recourante n'avait plus de traitement psychothérapeutique ambulatoire au moment de l'expertise (expertise du S._____ p. 10), ce qui va également à l'encontre d'une aggravation sur le plan psychique.

Dans son rapport du 25 février 2020, le Dr T._____ mentionne à nouveau un suivi psychothérapeutique à partir du 5 novembre 2018, mais ne retient plus qu'un diagnostic de dysthymie, à l'instar des experts du S._____, et reprend le diagnostic de boulimie, écarté de manière motivée par ces derniers. Il pose en outre le diagnostic de personnalité anxieuse évitante (F60.6) sans toutefois la moindre motivation, et sans expliquer pourquoi il modifie son appréciation, ayant auparavant conclu à l'existence d'une personnalité dépendante (F60.7) dans son rapport du 23 août 2012. Comme vu ci-dessus, les experts du S._____, tout comme le Dr P._____, ont exclu de manière convaincante une pathologie de la personnalité. Le rapport du 25 février 2020, dépourvu de description clinique et de motivation, ne saurait remettre en question les conclusions de l'expertise du S._____, ni étayer l'existence d'une aggravation depuis cette expertise.

d) Sur le plan somatique, il est admis que la recourante a souffert d'un carcinome du sein gauche diagnostiqué en 2009, qui n'entraîne plus aucune incapacité de travail depuis avril 2011 et est désormais en rémission complète depuis 2013 (expertise du S._____ p. 25 ; rapport du Dr X._____ du 18 mars 2011 ; rapport du service d'oncologie de l'Hôpital [...] du 16 février 2015).

La recourante présente par ailleurs un nodule thyroïdien, diagnostiqué en 2015. Ce diagnostic est certes nouveau mais l'ensemble des médecins s'accorde sur le fait qu'il reste sans influence sur la capacité de travail (expertise du S._____ p. 22 ; rapport du Dr C._____ du 18 juillet 2016).

Les experts ont retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de cervico-brachialgies bilatérales prédominant à gauche. Cette atteinte n'est toutefois pas nouvelle. Le Dr C._____ avait en effet déjà fait état d'arthralgies à l'épaule et de cervicalgies dans son rapport du 7 juin 2011, lesquelles avaient motivé la réalisation d'une IRM cervicale, qui avait mis en évidence une spondylose cervicale (rapport du Dr C._____ du 11 octobre 2011).

L'examen clinique de l'experte rhumatologue ne montre pas de limitations dans la mobilité, ni d'élément pour une souffrance des tendons de la coiffe des rotateurs. La mobilité de la colonne cervicale, localisation de la plainte principale, est rigoureusement normale bien que décrite comme douloureuse. La Dre H._____ constate que la radiographie actuelle de la colonne cervicale montre des altérations dégénératives modérées et banales, et rappelle que l'IRM de janvier 2014 n'avait pas montré de pathologie spécifique grave. Elle en conclut que le tableau clinique présenté par l'assurée est celui d'une fibromyalgie - dont tous les points sont présents (expertise p. 18) - et qu'il y a donc clairement un manque de corrélation entre l'importance des douleurs alléguées par l'assurée et les constatations objectives faites à l'examen clinique, sans que l'on ait affaire à une assurée démonstrative (expertise p. 24).

De son côté, le Dr J._____ arrive à la même conclusion. Dans son rapport du 16 janvier 2020, il pose les diagnostics de syndrome cervico-dorsolombaire récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et de syndrome myofacial douloureux, constate que les résultats des IRM de la colonne cervico-dorsale et lombaire montrent seulement une minime discopathie en L5-S1 compatible avec l'évolution due à l'âge, et relève finalement l'existence de douleurs poly-insertionnelles faisant évoquer la présence d'une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

e) La recourante est en effet connue pour présenter une atteinte psychosomatique. Dans leur expertise, les experts du S._____

retiennent tant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) que celui de fibromyalgie. Ces atteintes ne sont pas nouvelles et étaient déjà connues lors de la première demande de prestations de la recourante, la Dre V._____ faisant état d'une fibromyalgie dans son rapport du 21 décembre 2010 et le Dr T._____ d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (F45.4) dans son rapport du 23 août 2012. Le Dr D._____ a posé le diagnostic de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (F45.4) dans son rapport du 2 avril 2013. Il faut relever à cet égard que ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui sont déterminantes (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées).

Dans son avis du 30 mai 2012, le SMR a estimé que cette atteinte n'était pas invalidante au sens de la jurisprudence en vigueur. Dans son rapport du 21 décembre 2010, la Dre V._____ l'avait d'ailleurs citée comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail.

Dans le rapport d'expertise du S._____, les experts retiennent l'existence d'une aggravation de la fibromyalgie à la suite d'une affection somatique importante, à savoir le cancer du sein (expertise p. 24). La recourante a exposé que depuis le cancer, les douleurs de la fibromyalgie se sont nettement intensifiées et surtout localisées dans l'hémicorps gauche. Elles se situent principalement dans membre supérieur gauche, dans la colonne cervicale avec des maux de tête, mais également dans le membre inférieur gauche. L'assurée décrit une aggravation progressive des douleurs depuis 2010 malgré les traitements tentés. Elle a bénéficié à plusieurs reprises de traitements médicamenteux, que ce soit antalgique ou anti-inflammatoire, ainsi que de séances de physiothérapie. A noter que le Dr T._____ fait également état d'une aggravation des douleurs psychosomatiques chroniques dans son rapport du 25 février 2020. On ne saurait toutefois y voir, comme la recourante le soutient, une aggravation intervenue à la suite de l'expertise du S._____ et le Dr T._____ ne l'indique pas non plus.

Par rapport à son activité professionnelle, la recourante explique qu'après une journée de travail, les douleurs sont nettement intensifiées et qu'elle sollicite davantage son membre supérieur droit puisque le membre supérieur gauche lui fait de plus en plus mal. Il lui est par ailleurs difficile de ménager son membre supérieur gauche comme conseillé par son oncologue, dans le cadre de son travail astreignant d'auxiliaire de santé. Au moment de l'expertise, elle était d'ailleurs en arrêt de travail pour deux semaines en raison d'une exacerbation des douleurs cervicales et du membre supérieur gauche (expertise p. 9). L'experte rhumatologue conclut que l'on peut raisonnablement estimer la capacité de travail de la recourante en tant qu'auxiliaire de santé à 50 % au vu du caractère astreignant de cette activité. Elle considère que dans une activité adaptée, à savoir sans travail répétitif des membres supérieurs, ni travail en hauteur, ni port de charges lourdes au-delà de 5 kg, ni position en porte-à-faux, la capacité de travail de la recourante est de 100 % avec un rendement de 80 % (expertise p. 24). Dans son avis du 18 décembre 2018, le SMR a quant à lui estimé que les limitations fonctionnelles arrêtées par les experts contre-indiquaient totalement l'exercice de l'activité habituelle d'auxiliaire de santé.

Dans la mesure où l'OAI et le SMR ont reconnu que l'activité habituelle d'auxiliaire de santé n'était plus exigible, il importe peu que l'assureur perde de gain maladie ait reconnu l'existence d'une totale incapacité de travail durant l'année 2021.

Il ressort de ce qui précède que l'atteinte psychosomatique de la recourante s'est progressivement aggravée depuis son cancer du sein et impacte désormais sa capacité de travail dans son activité habituelle et entraîne une perte de rendement de 20 % dans une activité adaptée, alors qu'auparavant la fibromyalgie n'était pas jugée incapacitante.

L'on est par conséquent en présence d'une modification de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA, et non d'une appréciation différente d'un même état de fait comme retenu à tort par l'OAI. Il

convient encore d'examiner si cette modification est susceptible d'influencer le droit aux prestations de la recourante.

5. L'OAI a retenu que la recourante avait un statut de 90 % active et 10 % ménagère. Cette dernière avait contesté ce statut dans le cadre de ses observations dans la procédure d'audition, mais ne soulève plus de grief à ce sujet dans son recours.

Il faut en effet constater que ce statut correspond à la situation effective de la recourante jusqu'à la survenance de son cancer, puisqu'elle travaillait à 80 % en tant qu'auxiliaire de santé et à hauteur d'environ 10 % comme nettoyeuse, comme elle l'a expliqué à l'OAI dans un courrier du 4 août 2017, étant précisé qu'elle avait dû arrêter cette activité à la suite de son opération car elle n'était plus en mesure de la poursuivre pour des raisons de santé.

6. a) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

b) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est

évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

c) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

d) Jusqu'au 31 décembre 2017, la méthode mixte utilisait également la méthode générale de comparaison des revenus pour la part

de l'activité lucrative et la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité pour le temps consacré aux travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA. En revanche, le revenu qui aurait pu être obtenu de l'activité à temps partiel n'était pas extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. L'invalidité totale de la personne assurée résultait de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (art. 27bis RAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2017 ; ATF 137 V 334 ; 131 V 51 consid. 5.1.2).

7. En l'occurrence, l'OAI a considéré qu'il n'y avait aucun motif de révision tout en précisant que, même s'il en admettait un, il n'en résulterait aucune conséquence sur le droit aux prestations de la recourante puisque sa capacité de travail est entière, avec une diminution de rendement de 20 %, dans une activité adaptée (cf. lettre du 9 juillet 2021, faisant partie de la décision litigieuse). Dans l'avis juriste du 12 novembre 2019, l'OAI avait constaté que le degré d'invalidité global était de 18,82 % dès 2011 (soit de 19,56 % pour la part active et de 12,2 % pour la part ménagère) et de 26,82 % dès 2018 en application de la nouvelle méthode mixte (soit 28,45 % pour la part active et 12,2 % pour la part ménagère).

Le degré d'invalidité de 12,2 % pour la part ménagère ressort du rapport d'enquête économique sur le ménage du 9 avril 2019. Il n'est pas contesté et peut effectivement être confirmé. L'enquêtrice a en effet procédé à une analyse détaillée des empêchements présentés par la recourante dans les différents domaines du ménage tout en tenant compte de l'aide exigible de son mari et de son fils, de sorte que son rapport peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (sur cette question, cf. ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées).

Le degré d'invalidité pour la part active résulte de la comparaison des gains effectuée par le service de réadaptation les 9 janvier et 28 novembre 2018. Pour calculer le revenu sans invalidité, l'OAI a additionné les revenus des activités d'auxiliaire de santé à 80 % et de

nettoyeuse à 10 %, ce qui donne un revenu de 53'092 fr. 20 en 2011 à 90 %.

Pour le calcul du degré d'invalidité, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2). Il s'agit en l'occurrence de l'année 2013. Après indexation, le revenu sans invalidité de la recourante aurait été de 53'998 fr. 48 en 2013 à 90 %. Dans la mesure où la recourante n'a pu reprendre son activité d'auxiliaire de santé qu'à 40 % à la suite de son atteinte à la santé et que cette activité n'apparaît au demeurant plus exigible, c'est à juste titre que l'OAI s'est référé aux données salariales statistiques de l'ESS pour calculer le revenu sans invalidité. Il convient de se baser sur le revenu que pouvaient percevoir les femmes dans des activités simples en 2012 (4'112 fr.) et de l'indexer à 2013 (+ 0,7 %). Compte tenu d'une semaine de travail de 41,7 heures et d'une baisse de rendement de 20 %, le revenu d'invalidé de la recourante pour 2013 aurait été de 41'440 fr. 97. Le degré d'invalidité pour la part active était donc de 23,26 % et le degré d'invalidité global de 22,15 % ($23,26 \% * 90 \% + 12,2 \% * 10 \%$).

Le 1^{er} janvier 2018 est entrée en vigueur une nouvelle méthode de calcul en cas de statut mixte (RO 2017 7581). Indexé à 2018, le revenu sans invalidité de la recourante aurait été de 55'748 fr. pour un 90 %, ce qui correspond à 61'942 fr. 22 pour un plein temps. Le revenu d'invalidé, calculé sur les données de l'ESS 2018, est de 43'744 fr. 97, de sorte que son degré d'invalidité pour la part active était de 29,38 %. Le taux d'invalidité global était donc de 27,66 % ($29,38 \% * 90 \% + 12,2 \% * 10 \%$), qu'il convient d'arrondir à 28 %.

Ces taux d'invalidité n'atteignent pas le seuil de 40 % qui ouvre le droit à une rente d'invalidité.

Il en résulte que l'on n'est pas en présence d'un motif de révision susceptible d'influencer le droit aux prestations, si bien que l'OAI

était légitimé à rejeter la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 3 avril 2013.

8. Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante, à savoir d'ordonner une expertise pluridisciplinaire et de tenir une audience en vue d'entendre les experts. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. 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 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de L._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (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 :