

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 octobre 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Perreten et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 17 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. a) E._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le 1^{er} avril 2012 à 50 % en qualité d'employée d'exploitation et femme de ménage auprès de la Fondation de [...] à [...].

Le 2 juin 2014, l'assurée 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), au motif qu'elle souffrait d'un anévrisme cérébral depuis janvier 2013.

Dans un rapport médical du 8 juillet 2014 adressé à l'OAI, le Dr W._____, médecin généraliste traitant, a indiqué que l'assurée souffrait de céphalées invalidantes avec un status après cure d'anévrisme non rompu de la bifurcation carotidienne droite en 2014. Il a par ailleurs noté les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'hypertension artérielle traitée, d'état anxieux et dépressif, de colectomie subtotale en raison de troubles digestifs fonctionnels, ainsi que de cure de hernie discale L4-L5 par chirurgie. Il a indiqué que l'assurée avait repris son activité habituelle à 50 % et précisé qu'on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de sa capacité de travail.

Dans un rapport médical du 12 janvier 2015, la Dre R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis novembre 2012 et a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique, F41.0).

L'assurée s'est retrouvée en arrêt de travail à 100 % dès le 28 janvier 2015 en raison « d'une décompensation d'un trouble anxieux et dépressif avec évolution vers un syndrome douloureux diffus suite à une agression verbale et physique » (rapports médicaux initiaux LAA du Dr W._____ des 30 avril et 29 mai 2015). La Dre R._____ a retenu, en plus des diagnostics déjà posés, l'existence d'un état de stress post-traumatique (F43.1 ; rapport du 7 septembre 2015).

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), une expertise psychiatrique a été mise en œuvre auprès du Centre médical V. _____ par le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 5 septembre 2016, il a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique ; F41.0), d'état de stress post-traumatique (F43.1), de maladie cérébro-vasculaire (anévrisme, opération du 25.02.2014) et de trouble de la personnalité borderline (F60.31). L'expert a retenu que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de « 75 % dans une activité du marché économique libre » et de « 85 % dans une activité adaptée ». Il a considéré qu'elle aurait pu reprendre une activité adaptée quelque temps après l'opération de l'anévrisme, au début peut-être à 50 %.

Le 3 octobre 2016, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle souffrait d'une atteinte au système digestif, avec des crises douloureuses régulières incapacitantes, et a produit un rapport médical établi le 14 septembre 2016 par le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie viscérale.

Dans son avis médical du 19 octobre 2016, le SMR a estimé qu'il s'agissait d'une colopathie fonctionnelle commune, n'entraînant pas d'incapacité durable.

Le rapport d'enquête ménagère du 14 novembre 2016 a conclu que l'assurée avait un statut de 70 % active et 30 % ménagère, dans la mesure où elle avait effectué de nombreuses heures supplémentaires à côté de son emploi à 50 %. Malgré le souhait de l'assurée de travailler à 100 %, un tel taux ne pouvait pas être retenu puisqu'aucune démarche n'avait été entreprise pour trouver un second emploi à 50 % ou un autre emploi à 100 %. Son invalidité dans les tâches ménagères s'élevait à 38,90 %.

Dans le cadre de ses objections au projet de décision de l'OAI du 28 février 2017, l'assurée a produit un rapport de la Dre R. _____ du 14 mars 2016 [recte : 2017] qui mentionnait un épisode sévère du trouble dépressif en février 2017 avec un passage à l'acte interrompu grâce à la présence d'un tiers, ainsi que le rapport de l'expertise psychiatrique ordonnée par son assureur perte de gain maladie et confiée au Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce rapport du 2 février 2016 retenait les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants et se prononçait comme suit sur la capacité de travail :

« F33.11/F33.0 Episode dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique F33.11, actuellement en rémission partielle. Symptomatologie dépressive légère actuellement avec syndrome somatique, F33.0.

F43.1 Etat de stress post traumatique en rémission partielle.

F41.0 Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique], actuellement en rémission partielle.

[...]

Nous constatons actuellement des limitations fonctionnelles modérées mais significatives (ralentissement psychomoteur modéré, fragilité psychologique).

Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique et de l'évolution actuellement objectivée, l'expert considère que la capacité de travail médico-théorique de l'investiguée d'un point de vue psychiatrique est actuellement nulle. Au cas où le processus de guérison actuellement en cours continue la progression actuelle, une reprise à 20% est attendue pour le 01.03.2016, à 50% pour le 01.04.2015 [sic] et à 100% pour le 01.05.2015 [sic]. Ce programme de reprise a été discuté avec l'assurée. »

Par décision du 15 juin 2017, l'OAI a refusé de mettre l'assurée au bénéfice de mesures professionnelles ou d'une rente d'invalidité. Il a estimé qu'elle avait retrouvé une capacité de travail de 85 % dans une activité adaptée dès le 3 avril 2014, se fondant sur les avis du SMR des 29 septembre 2016 et 13 juin 2017, et que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 70 %. Au niveau des limitations fonctionnelles, l'assurée était inapte à effectuer des travaux lourds, à travailler en porte-à-faux et devait exercer un métier léger à semi-sédentaire ; sur le plan psychique, elle présentait une fatigabilité accrue et un état anxiodépressif.

b) Le recours interjeté par l'assurée contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a été partiellement admis par arrêt du 14 mai 2019 (AI 224/17 - 145/2019) et la décision du 15 juin 2017 réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité a été octroyée à l'assurée du 1^{er} juillet 2015 au 31 juillet 2016. Dans cet arrêt, la Cour des assurances sociales a confirmé l'existence, sur le plan somatique, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis avril 2014, les limitations fonctionnelles étant l'exercice d'un métier léger à semi-sédentaire, sans travaux lourds ni positions en porte-à-faux. Elle a jugé que les conclusions de l'expertise du Dr F. _____ n'étaient pas convaincantes, que l'expertise du Dr H. _____ avait valeur probante et a constaté que le SMR avait fait une lecture erronée de cette dernière dans son avis du 17 août 2017. Au niveau psychiatrique, la Cour a retenu que la recourante avait présenté des incapacités de travail temporaires en 2013 et 2014, puis s'était retrouvée en totale incapacité de travailler dès fin janvier 2015, avant de retrouver une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de mai 2016. S'agissant de l'épisode dépressif sévère intervenu en février 2017, la Cour des assurances sociales a relevé que les rapports au dossier ne permettaient pas de retenir une dégradation significative de l'état de santé qui aurait duré plus de trois mois, du moins pas avant que la décision du 15 juin 2017 soit rendue.

c) Le recours interjeté contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral a finalement été retiré (TF 9C_416/2019 du 16 septembre 2019).

B. Par courriers des 29 mai et 8 août 2019, E. _____ a annoncé à l'OAI une aggravation de son état de santé. Le formulaire de nouvelle demande de prestations n'a été rempli qu'ultérieurement, le 24 janvier 2022.

Elle a transmis à l'OAI un rapport du 30 septembre 2019 de la Dre N. _____ du Service de pneumologie du G. _____ (ci-après : G. _____) qui mentionnait que l'indication à une résection opératoire des nodules pulmonaires présentés par l'assurée avait été retenue en raison

de leur caractère suspect, mais que l'assurée avait dans l'intervalle dû être hospitalisée à partir du 13 septembre 2019 en raison d'une dysfonction thyroïdienne sévère.

Donnant suite à l'avis du SMR du 7 novembre 2019, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins de l'assurée, obtenant notamment un rapport du 31 décembre 2019 du Dr W._____, qui a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de céphalées chroniques d'origine mixte, de hernie discale L5-S1 en 2008 réopérée, de troubles majeurs du transit intestinal, de status après colectomie subtotale en 1994 et reprise en 2019. Il a retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une hypertension artérielle, une hypothyroïdie, un état anxieux et dépressif, un adénocarcinome pulmonaire en octobre 2019, un tabagisme majeur et un status après clip d'anévrisme en 2014. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle et ne s'est pas prononcé sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, n'étant d'ailleurs pas en mesure de se déterminer sur l'ensemble des limitations fonctionnelles.

Le 10 décembre 2019, le G._____ a transmis à l'OAI les dates des séjours antérieurs de l'assurée et fait savoir qu'elle était suivie en oncologie.

Le 30 mars 2020, l'assurée a précisé qu'elle s'était fait opérer des intestins en mars 2018 et d'un cancer des poumons en octobre 2018.

Le 16 avril 2020, l'OAI a réceptionné plusieurs rapports émanant du Dr T._____, spécialiste en chirurgie thoracique au G._____. Il en ressortait que l'assurée avait subi en octobre 2019 une segmentectomie apicale du lobe inférieure droit ainsi qu'une résection wedge du lobe supérieur droit, avec comme diagnostic un adénocarcinome pulmonaire de stade pT1 N0 M0. L'évolution était favorable et seul un suivi par le service d'oncologie était nécessaire.

Par lettre du 15 juin 2020, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé. Elle a produit plusieurs rapports médicaux :

- Dans un rapport du 3 juin 2020, le Dr W._____ a posé les diagnostics de diabète non insulino-dépendant, carcinome pulmonaire, état anxieux et dépressif, cervico-dorso-lombalgies chroniques, status après interventions abdominales multiples entraînant actuellement une possible incontinence des selles y compris nocturne. Il a estimé que sa capacité de travail était nulle en toutes activités.
- Dans un rapport du 9 juin 2020, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie viscérale, a mentionné les actes médicaux effectués en lien avec les problèmes intestinaux de l'assurée, notamment une laparotomie, adhésiolyse, résection cæco-sigmoïdienne et anastomose iléo-rectale latéro-terminale pour constipation chronique probablement d'origine mixte le 16 avril 2019. Il a listé ses antécédents médico-chirurgicaux et retenu comme diagnostics secondaires l'anévrisme découvert en 2014, un tabagisme actif, un herpès labial et l'adénocarcinome pulmonaire.
- La Dre R._____ a retenu, dans son rapport du 18 mai 2020, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique ; F41.0), d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble mixte de la personnalité (traits de personnalité histrionique et de personnalité émotionnellement labile ; F61.0). Elle a considéré que l'assurée n'était pas en mesure d'exercer son activité professionnelle habituelle et qu'une reprise du travail semblait difficilement envisageable compte tenu de son âge et des difficultés somatiques concomitantes. Elle a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : humeur dépressive, problèmes de prise de décision, endurance limitée (fatigue et léthargie), difficultés de mémoire, problèmes de motivation ou d'initiative, plaintes corporelles, problèmes de confiance en soi / image de soi, somnolence due à un sommeil interrompu ou manque de sommeil, problèmes de concentration / perte d'intérêt, labilité émotionnelle et impulsivité.

Par avis du 13 août 2020, le SMR a sollicité la mise en œuvre d'une expertise de médecine interne, oncologie, gastroentérologie et psychiatrie, afin de pouvoir déterminer précisément les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assurée de manière rétrospective depuis le 15 juin 2016.

Cette expertise a été attribuée à V._____, plus particulièrement aux Drs M._____, spécialiste en médecine interne générale, Z._____, spécialiste en gastroentérologie et médecine interne générale, X._____, spécialiste en oncologie médicale et médecine interne générale, et J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. A la demande du Dr M._____, un volet rhumatologique a été ajouté et confié à la Dre S._____, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport du 9 février 2021, les experts ont pris les conclusions suivantes :

« 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Diarrhée avec 7 à 10 selles jour, août 2019, K591
- Incontinence pour selles liquides, août 2019, R15
- Colectomie totale avec anastomose iléo-rectale, avril 2019, Z904
- Abdomen multi-opéré et status adhérentiel, K660
- Dysphagie non-investiguée, 2020, R13
- Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, F33.4
- Trouble panique, F41.0, en rémission partielle
- Accentuation de traits de personnalité (émotionnellement labile, impulsive, avec tendance projective et traits histrioniques de type conversion), Z73.1
- État de stress post-traumatique, F43.1 en rémission partielle, avec éléments projectifs résiduels
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques (Zolpidem), F13
- Discarthrose lombaire, M51.3
- Hernie discale bilatérale sans lombosciatique actuelle, M51.2
- Status après cure de hernie discale L5-S1 opérée à deux reprises en 2008
- Adénocarcinome du lobe inférieur droit, stade pT1b, pNO, R01
- Résection Wedge le 23.10.2019 du lobe supérieur droit, segmentectomie VI du lobe inférieur droit, curage ganglionnaire, bloc intercostal, mise en place d'un drain par thoracoscopie
- Tabagisme actif jusqu'en 2019 à 25 UPA
- Hypertension artérielle, I10
- Diabète de type II, E11
- Hypothyroïdie sur maladie d'Hashimoto, E04.1

- Status après craniotomie orbito-zygomatique droite pour clipping microchirurgical d'un anévrisme de la bifurcation de l'artère carotidienne interne droite en février 2014

4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Les limitations psychiatriques sont : l'expertisée présente des difficultés à planifier et structurer ses journées. En raison de fatigue et motivation faible, une baisse de rendement est possible. En raison de difficultés cognitives, l'apprentissage de tâches nouvelles est diminué, des tâches simples et répétitives sont à favoriser. Les prises de décision sont difficiles à prendre et peuvent mener à des angoisses, elle est sensible à la critique. Diminution de tolérance au stress et à la frustration, avec exacerbation d'anxiété et réactions émotionnelles. Des difficultés dans les relations interpersonnelles peuvent subvenir dans un milieu confrontant. La présence de personne de couleur est déconseillée, car elle peut réveiller des symptômes d'état de stress post traumatique.

Au niveau gastroentérologique, les limitations fonctionnelles sont dues au besoin d'un accès permanent et rapide aux WC pour une évacuation fréquente à 7 - 10 par jour, entraînant également un port de protection dans les situations particulières et la nuit. Une alimentation fragmentée purée-mixée est en ce moment nécessaire. Sur le plan rhumatologique, l'expertisée est apte à exercer une activité professionnelle même physique, sous réserve d'une adaptation du poste de travail, pour éviter en particulier le port de charge au-delà de 8 kg, la position penchée en avant répétée, mais elle est parfaitement apte à une activité sédentaire.

Il n'y a pas de limitations pour la médecine interne générale et l'oncologie.

[...]

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

Pour l'expert rhumatologue, depuis 2015 elle peut assumer une activité à 70% avec réduction du rendement de 10% en prenant en compte toutes les limitations décrites auparavant.

Pour l'expert psychiatre, du 05.09.2016 au 31.12.2019 elle a une capacité de travail de 45% (50% avec 10% de rendement) en raison d'un état anxio-dépressif chronicisé. Dès janvier 2020, la capacité de travail est de 54% (60%-10% de diminution de rendement) en raison des limitations décrites.

Pour l'expert gastroentérologue, il existe une diminution du rendement fluctuante entre 2016 et 2019 et une capacité de travail de 70% depuis août 2019.

Il n'y a pas de limitation pour la médecine interne générale et l'oncologie.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

Idem pour l'expert psychiatrique qui ajoute qu'une capacité de travail de 80% (100%-20% de diminution de rendement) devrait être atteignable dans les six mois avec l'arrêt de surconsommation d'hypnotique.

Pour l'expert gastroentérologue, l'expertisée a une capacité de travail à 70% depuis août 2019. Aussi améliorabile suivant les résultats des bilans et traitements.

Pour la médecine interne, l'oncologie et la rhumatologie, la capacité de travail est à 100%, toujours avec les limitations décrites.

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

Elle est d'origine rhumatologique, psychiatrique et gastroentérologique. Sa capacité totale dans son activité antérieure est de 63% de 2015 au 04-09-2016, 45% du 05-09-2016 au 31-12-2019 et de 54% depuis janvier 2020. »

Dans son avis du 18 février 2021, le SMR a jugé qu'un complément d'expertise était nécessaire en vue d'interroger les experts oncologue et psychiatre sur la capacité de travail retenue et de réaliser un examen neuropsychologique.

Par courrier du 8 mars 2021, l'assurée a transmis des questions à l'intention des experts.

Le 19 mars 2021, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI.

Dans un complément d'expertise du 5 juillet 2021, l'experte oncologue a précisé que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % d'une activité à plein temps et l'experte psychiatre a justifié la capacité de travail réduite qu'elle retenait par l'existence chez l'assurée de difficultés cognitives et à structurer ses journées, qui étaient très probablement dues à ses consommations erratiques de Zolpidem. Une expertise neuropsychologique a été réalisée par le Dr K._____ qui, dans son rapport du 5 juillet 2021, a posé le diagnostic de trouble neurocognitif léger avec perturbation comportementale (apathie, troubles de l'humeur avec labilité émotionnelle) et conclu à l'existence depuis janvier 2015 d'une capacité de travail de 48 % dans l'activité habituelle et de 72 % dans une activité adaptée, avec comme limitations fonctionnelles un ralentissement de la vitesse de traitement, une tendance à privilégier la vitesse à la précision (risque d'erreurs accru) et une fatigue modérée.

Dans un avis du 14 juillet 2021, le SMR a retenu, sur la base de l'expertise, l'existence d'une capacité de travail dans l'activité habituelle de 48 % depuis janvier 2015 et, dans une activité adaptée, de 48 % de

janvier 2015 à décembre 2019 puis de 54 % dès janvier 2020, avec les limitations fonctionnelles suivantes :

« LF : Psy - Cog : difficultés à planifier, structurer les journées et à la prise de décisions, fatigabilité, favoriser tâches simples, séquencées et répétitives, allongement du temps de réalisation d'activités même simples, diminution des capacités d'apprentissage, nécessité de pauses régulières, troubles de l'attention, difficultés pour enchaîner les étapes dans une marche à suivre, manque de confiance en soi, diminution de la tolérance au stress et à la frustration, nécessité d'un environnement stable, non confrontant et sans stress, avec cahier des charges claires / Rhumato : pas de port de charges au-delà de 8kg, pas de position penchée en avant répétée / Digestif : nécessité d'un accès rapide et permanent aux WC, nécessité de port de protection, nécessité d'alimentation fractionnée mixée. »

Le 20 décembre 2021, une nouvelle enquête sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a maintenu l'existence d'un statut de 70 % active et 30 % ménagère et a conclu à l'existence d'une invalidité de 39,2 % dans les tâches ménagères.

Par projet de décision du 26 janvier 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer un quart de rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 49 % dès le 1^{er} novembre 2019, puis de 47 % depuis le 1^{er} avril 2020. Il a repris les capacités de travail et limitations fonctionnelles ressortant de l'avis du SMR du 14 juillet 2021 ainsi que le statut et l'empêchement dans la part ménagère figurant dans l'enquête sur le ménage. Il a retenu un revenu sans atteinte à la santé de 52'651 fr. 87 (salaire touché pour l'emploi à temps partiel rapporté à un plein temps) et a calculé le revenu d'invalidité sur la base des données salariales statistiques, en appliquant un abattement de 5 % pour la période de janvier 2018 à décembre 2019, et de 10 % pour la période à compter de janvier 2020. Les calculs du degré d'invalidité étaient les suivants :

De janvier 2018 à décembre 2019

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	70.00 %	52.73 %	36.91 %
Ménagère	30.00 %	39.20 %	11.76 %

Degré d'invalidité 48.67 %

Et à partir de janvier 2020 :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	70.00 %	49.98 %	34.98 %
Ménagère	30.00 %	39.20 %	11.76 %
Degré d'invalidité			46.74 %

Par décision du 25 février 2022, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation pour impotent de degré léger à partir du 1^{er} janvier 2021, en lien avec les actes ordinaires de la vie « manger » et « aller aux toilettes ».

L'assurée a présenté ses objections au projet de décision du 26 janvier 2022 par courrier du 3 mars 2022. Elle a souligné que ses médecins traitants attestaient une totale incapacité de travailler. Elle a produit un rapport du 15 mars 2021 du Dr [...], médecin au cabinet de la Dre R._____, qui reprenait en substance les termes du rapport du 18 mai 2020, en précisant que l'état de stress post-traumatique était en rémission (F43.1).

Par courrier du 11 mai 2022, l'OAI s'est déterminé sur les objections de l'assurée, qui n'étaient pas propres à modifier sa position.

Par décisions des 19 mai et 2 juin 2022, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2019.

C. Par actes du 29 juin 2022 (AI 166/22) et du 7 juillet 2022 (AI 177/22), E._____ a recouru contre ces décisions auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à leur réforme en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2019, subsidiairement à leur annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle

décision. Elle a fait valoir qu'elle avait toujours cherché à travailler à 100 %. Elle a contesté la valeur probante de l'expertise, relevant diverses imprécisions et incohérences, et pointant l'absence d'anamnèse faite dans le cadre de l'expertise psychiatrique. Elle a reproché aux experts d'avoir minimisé l'impact de ses atteintes à la santé mentale et de ne pas avoir été en mesure d'expliquer pourquoi ils retenaient une capacité de travail de 63 % en 2015 contrairement à l'évaluation de l'époque. Elle a considéré que l'évaluation consensuelle de sa capacité de travail par les experts était incompatible avec leurs conclusions intermédiaires, puisque sa capacité de travail était réduite à 50 % d'un point de vue strictement oncologique et qu'il y avait lieu de tenir compte d'une diminution de rendement de 30 % sur le plan gastroentérologique et de 10 à 20 % en raison de sa forte médication, ainsi que de son besoin de pauses allongées d'un point de vue neuropsychologique et de ses cinq rendez-vous médicaux par semaine minimum. Dans la mesure où l'intimé avait reconnu son besoin d'un accompagnement pour les nécessités de la vie dans le cadre de sa demande d'allocation pour impotent, il n'était pas cohérent de conclure à l'existence d'une capacité de travail.

Par réponses du 15 septembre 2022, l'OAI a proposé le rejet des recours.

Le 22 septembre 2022, la juge instructrice a prononcé la jonction des causes AI 166/22 et AI 177/22 compte tenu de leur connexité.

Dans sa réplique du 19 octobre 2022, la recourante a pour l'essentiel fait valoir que la capacité de travail retenue par l'OAI n'était en tous les cas pas exigible, estimant qu'il convenait d'interpeller le service de réadaptation de l'OAI sur ce point.

Par duplique du 10 novembre 2022, l'OAI a précisé que l'allocation pour impotent était en lien avec l'alimentation et l'incontinence, que ces limitations avaient dûment été prises en compte dans l'évaluation du droit à la rente et que son service de réadaptation

s'était déjà prononcé sur la mise en valeur de la capacité de travail sur le marché de l'emploi.

Dans ses déterminations du 25 novembre 2022, la recourante a réitéré ses arguments.

Sur demande de la juge instructrice, la recourante a confirmé qu'elle requérait une audience de débats publics et a produit la liste des opérations de son mandataire, par courrier du 3 juillet 2023.

Une audience de débats publics s'est tenue en date du 28 septembre 2023 à 14h, au cours de laquelle les parties ont maintenu leurs conclusions. A cette occasion, la recourante a déposé une écriture reprenant les arguments de sa plaidoirie, à savoir que son statut était de 100 % active depuis le décès de son compagnon en décembre 2019 et que le dossier n'avait pas suffisamment été instruit par l'OAI sur le plan médical et de la réadaptation. Elle a produit des copies d'arrêts du Tribunal fédéral et une nouvelle liste des opérations de son mandataire.

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, déposés 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), les recours sont recevables.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée le 29 mai 2019, respectivement sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAI lui a octroyé un quart de rente à compter du 1^{er} novembre 2019.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, l'OAI a reconnu à la recourante le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2019, soit six mois après le dépôt de la nouvelle demande, en date du 29 mai 2019, si bien qu'il y a lieu d'appliquer l'ancien droit au présent litige.

4. a) 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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.

b) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

Selon l'art. 29bis RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI celle qui a précédé le premier octroi. La jurisprudence a précisé que l'art. 29bis RAI est applicable seulement au calcul de la période d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, mais pas à la détermination de la période d'attente selon l'art. 29 al. 1 LAI. Ainsi, en cas de nouvelle demande de rente, le délai de

six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LAI doit être respecté, celui-ci étant de nature procédurale (ATF 142 V 547 consid. 3).

d)

aa) 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]).

bb) 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 l'incapacité d'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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) 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]).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

f) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent 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).

5. a) La recourante a bénéficié par le passé d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} juillet 2015 au 31 juillet 2016, en raison d'un épisode dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique, d'un état de stress post-traumatique et d'un trouble panique (anxiété épisodique paroxystique), troubles qui se sont améliorés dès mai 2016 comme la Cour des assurances sociales l'a constaté dans son arrêt du 14 mai 2019.

La recourante a annoncé une aggravation de son état de santé à l'OAI le 29 mai 2019. L'OAI a alors fait réaliser une expertise pluridisciplinaire auprès de V._____, puis un complément d'expertise, ainsi qu'une enquête ménagère à domicile, sur la base desquels il a octroyé à la recourante un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2019.

b) Comme c'était déjà le cas lors de la première demande de prestations, l'OAI a retenu que la recourante avait un statut mixte, à savoir qu'elle travaillerait à 70 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé et exercerait à 30 % des activités ménagères. Dans son recours, la recourante conteste ce point de vue en alléguant qu'elle avait toujours cherché à travailler à 100 %. La question du statut a toutefois déjà été tranchée dans l'arrêt CASSO du 14 mai 2019 (AI 224/17 - 145/2019 consid. 6a/bb). Dans son écriture du 28 septembre 2023, la recourante fait valoir que son statut s'est modifié avec le décès de son compagnon, en décembre 2019, depuis lequel elle aurait dû travailler à plein temps pour des raisons financières. Il ressort toutefois des enquêtes ménagères effectuées à domicile que la recourante vit seule depuis mai 2016, à la suite du départ de sa fille. Lors de l'enquête du 10 novembre 2016, qui a conduit à lui reconnaître un statut de 70 % active et 30 % ménagère, la recourante n'a en outre pas indiqué qu'elle bénéficiait de revenus de la part d'un conjoint. Il n'y a donc pas d'élément nouveau qui permettrait de s'écarter de ce qui a été précédemment jugé. A l'issue de la nouvelle enquête ménagère à domicile effectuée le 20 décembre 2021, l'enquêtrice retient d'ailleurs le même statut de 70 % active et 30 % ménagère, lequel doit être confirmé.

6. a) Contrairement à ce que soutient la recourante, dont les critiques seront examinées plus en détails ci-après (consid. 6e), l'expertise réalisée par V. _____ le 9 février 2021 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les experts ont en effet pris leurs conclusions de manière motivée et convaincante en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse de la recourante, après avoir entendu ses plaintes et procédé à un examen clinique détaillé.

aa) Sur le plan de la médecine interne générale, le Dr M. _____ constate l'existence d'une surcharge pondérale, d'une hypertension artérielle, d'un diabète de type II, d'une hypothyroïdie traitée, de céphalées chroniques et d'un status après craniotomie orbito-zygomatique droite pour clipping microchirurgical d'un anévrisme de la bifurcation de l'artère carotidienne interne droite en février 2014. Il

précise que ces atteintes ne sont pas incapacitantes et qu'il existe ainsi une capacité de travail entière pour la médecine interne générale (expertise pp. 13-14). Dans son rapport du 31 décembre 2019, le Dr W._____ mentionne également que l'hypertension artérielle, l'hypothyroïdie et le status après clip d'anévrisme en 2014 sont sans répercussions sur la capacité de travail.

bb) Au niveau gastroentérologique, le Dr Z._____ pose les diagnostics de diarrhée avec 7 à 10 selles par jour et d'incontinence pour selles liquides depuis août 2019, de colectomie totale avec anastomose iléo-rectale en avril 2019, d'abdomen multi-opéré et status adhérentiel, de dysphagie non-investiguée et d'excès pondéral. Ces atteintes entraînent depuis août 2019 une diminution de rendement de 30 % en toutes activités et comme limitations fonctionnelles le besoin d'un accès permanent et rapide aux WC pour une évacuation fréquente à 7-10 par jour, le port de protection dans les situations particulières et la nuit, ainsi que la nécessité, pour le moment, d'une alimentation fragmentée purée-mixée (expertise pp. 19-20).

cc) L'experte oncologue reprend les diagnostics fournis par le G._____, à savoir l'existence d'un adénocarcinome du lobe inférieur droit, stade pT1b, pN0, R01, d'un tabagisme actif jusqu'en 2019 et, en date du 23 octobre 2019, la résection wedge du lobe supérieur droit, une segmentectomie VI du lobe inférieur droit, un curage ganglionnaire, un bloc intercostal et la mise en place d'un drain par thoroscopie. La Dre X._____ liste également des diagnostics secondaires et comorbidités, qui ne sont pas en lien avec l'oncologie. Elle relève que la recourante est en rémission complète et qu'en dehors de la totale incapacité de travail du 22 octobre au 12 novembre 2019 signée par le Dr T._____, il n'y a, du point de vue strictement oncologique, pas d'incapacité de travail, la recourante ayant dès lors une capacité de travail de 100 % de son précédent pourcentage (50 %). La Dre X._____ précise cependant qu'il n'est pas possible de parler de guérison du cancer avant un délai de cinq ans d'évolution depuis l'opération (expertise pp. 23-25). Dans son rapport du 31 décembre 2019, le Dr W._____ classe également

l'adénocarcinome pulmonaire parmi les diagnostics sans effet sur la capacité de travail.

dd) Sur le plan psychiatrique, la Dre J._____ retient l'existence d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), d'un trouble panique en rémission partielle (F41.0), d'une accentuation de traits de personnalité (émotionnellement labile, impulsive, avec tendance projective et traits histrioniques de type conversion ; Z73.1) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques (Zolpidem ; F13).

L'experte psychiatre reprend les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble panique qui avaient été retenus précédemment par le Dr H._____ dans son expertise du 2 février 2016, laquelle s'est vu reconnaître une pleine valeur probante (arrêt CASSO Al 224/17 - 145/2019 du 14 mai 2019 consid. 5b/bb). Elle ne pose en revanche pas le diagnostic d'état de stress post-traumatique que le Dr H._____ avait retenu - tout en précisant que ce trouble était alors en rémission partielle - car elle estime que les critères sont actuellement insuffisants pour un tel diagnostic. Elle mentionne toutefois que des éléments d'état de stress post-traumatique sont encore présents, sous forme de comportement d'évitement de son ancien lieu de travail et de personnes de couleur, bien qu'elle continue à voir journallement une voisine originaire du [...] (expertise p. 33). A noter que dans son rapport du 15 mars 2021, le Dr L._____ mentionne que l'état de stress post-traumatique est en rémission.

Contrairement à la Dre R._____, qui retient un trouble mixte de la personnalité (traits de personnalité histrionique et de personnalité émotionnellement labile, F61.0), la Dre J._____ écarte l'existence d'une telle pathologie au motif que celle-ci nécessite la présence de traits caractériels dysfonctionnels dans tous les domaines depuis la fin de l'âge adulte, ce qui n'est pas le cas de la recourante et n'avait d'ailleurs pas été constaté par les deux précédents experts psychiatres. Elle explique que durant les périodes de déstabilisation, les traits de personnalité

dysfonctionnels peuvent se révéler lorsqu'un individu arrive au bout de ses ressources adaptatives, comme cela a été le cas chez la recourante dans l'enchaînement successif d'événements qui ont précipité la crise. Elle estime qu'une composante histrionique de sa personnalité est probablement présente, au vu des vertiges, malaises et de la tendance à des amnésies dissociatives qu'elle décrit, probablement dans le cadre des attaques de panique. L'expertisée présente par ailleurs des mécanismes défensifs de passage à l'acte et de projection, d'une part, avec des sentiments d'impuissance et de victimisation sur lesquels elle ne peut que peu agir, ainsi que de clivage, d'autre part, avec une tendance à l'idéalisation et au rejet, se reflétant dans quelques contradictions retrouvées dans son discours (expertise p. 33).

La Dre J._____ pose de manière nouvelle le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, laquelle exacerbe les troubles cognitifs. Elle explique que le Zolpidem est non seulement très addictif sur le long terme, mais déstructure les journées et peut présenter un effet dit paradoxal, avec une excitation et possiblement une exacerbation des angoisses. Elle met cette surconsommation en lien avec le déconditionnement et la déstructuration relatées par la recourante et relève que cette dernière a déjà eu un sevrage d'anxiolytiques et d'antalgiques en 2018. Elle considère que cette consommation irrégulière et à doses élevées doit être vérifiée par les médecins traitants, ainsi que par la prescription d'ordonnances.

L'experte psychiatre considère que la recourante bénéficie, en toutes activités, d'une capacité de travail de 45 % (50 % avec 10 % de diminution de rendement) du 5 septembre 2016 (date de l'expertise du Dr F._____) au 31 décembre 2019 en raison d'un état anxiodépressif chronicisé et, dès janvier 2020, d'une capacité de travail de 54 % (60 % moins 10 % de diminution de rendement) en raison des limitations fonctionnelles, à savoir des difficultés à planifier et structurer ses journées, des difficultés cognitives impliquant un apprentissage diminué de tâches nouvelles et recommandant l'exercice de tâches simples et répétitives, des difficultés à la prise de décision pouvant mener à des angoisses, une

sensibilité à la critique, une diminution de la tolérance au stress et à la frustration avec exacerbation de l'anxiété et des réactions émotionnelles, des difficultés dans les relations interpersonnelles pouvant subvenir dans un milieu confrontant, de sorte qu'il convient de favoriser un environnement stable, avec peu de confrontations, un stress limité et des responsabilités atteignables et prévisibles (expertise p. 35). Les limitations fonctionnelles retenues par la Dre J. _____ rejoignent globalement celles listées par la Dre R. _____ dans son rapport du 18 mai 2020 et par le Dr L. _____ dans son rapport du 15 mars 2021. L'experte indique qu'on assiste à une chronicisation des atteintes, avec toutefois une légère amélioration depuis 2019, permettant diverses activités. Selon elle, après l'arrêt de la surconsommation d'hypnotiques, une capacité de travail de 80 % (100 % moins 20 % de diminution de rendement) devrait être atteignable dans les six mois. Dans son avis du 14 juillet 2021, le SMR relève néanmoins que cette consommation erratique est peu claire, peu documentée et que les taux sanguins objectifs sont indétectables, si bien qu'il en conclut qu'elle n'est pas prouvée et qu'il n'y a par conséquent pas lieu de retenir d'exigibilité à un sevrage (ou à une diminution de consommation).

Les rapports émanant du cabinet de la Dre R. _____ des 18 mai 2020 et 15 mars 2021 concluent que la recourante n'est pas en mesure d'exercer son activité professionnelle habituelle et qu'une reprise du travail semble difficilement envisageable. Il faut, d'une part, constater que cette appréciation tient compte d'éléments qui ne se rapportent pas uniquement à l'état psychique de la recourante, tels que son âge et ses difficultés somatiques concomitantes. D'autre part, les rapports précités ne sont pas à même de remettre en cause les conclusions détaillées et motivées auxquelles la Dre J. _____ est arrivée après avoir procédé à l'évaluation de la capacité de travail de la recourante au moyen des critères jurisprudentiels applicables. L'experte a en effet tenu compte de la gravité inhérente à chaque diagnostic retenu, étant rappelé que le trouble dépressif récurrent est en rémission et le trouble panique en rémission partielle. Elle a constaté la bonne compliance médicamenteuse de la recourante à son traitement de Duloxétine et l'éventualité d'une

surconsommation d'hypnotiques. Elle a tenu compte des différentes comorbidités, estimant qu'elles fragilisent certainement l'expertisée, mais qu'aucune ne représente une incapacité durable, d'autant moins que la recourante a pu travailler durant de nombreuses années avant les événements de 2013-2016. L'experte a examiné soigneusement la personnalité de la recourante, relevant l'existence d'une accentuation de certains traits de personnalité. Elle a observé que la recourante a atteint un certain degré de stabilité, en partie grâce à la psychothérapie ainsi que par suite du départ de son agresseur du lieu de travail, et qu'elle a pu intégrer un atelier d'ergothérapie, où elle se sent sécurisée et où elle se rend volontiers. L'experte constate que la recourante a des ressources mobilisables et relève différentes incohérences, notamment une nette discrépance entre la description de journées déstructurées et le calendrier hebdomadaire comprenant de nombreuses activités, majoritairement dans les soins, correspondant pratiquement à un 40-50 % horaire (expertise pp. 33-35).

ee) Au niveau rhumatologique, la Dre S. _____ pose les diagnostics de discarthrose lombaire et de hernie discale bilatérale sans lombosciatique actuelle. Elle considère que dans son activité habituelle, la recourante ne peut assumer un emploi qu'à 70 % depuis 2015 car elle ne peut pas effectuer des efforts répétitifs sur un temps complet. Dans ce temps de présence, sa performance est réduite de 10 % du fait des précautions qu'elle doit prendre. Dans une activité adaptée, sans port de charges de plus de 8 kg ni efforts en position penchée en avant, son temps de travail est de 100 %, sans diminution de rendement (expertise pp. 42-43).

ff) Dans leur évaluation consensuelle, les experts concluent ainsi, pour la période qui nous concerne, à l'existence d'une capacité de travail de 45 % du 5 septembre 2016 au 31 décembre 2019, puis de 54 % dès janvier 2020.

b) A la demande du SMR et de l'OAI, une expertise neuropsychologique complémentaire a été effectuée le 5 juillet 2021 par

le Dr K._____. Celle-ci conclut à la présence d'un trouble neuropsychologique léger à moyen en termes de gravité d'atteinte, respectivement d'un trouble neurocognitif léger avec perturbation comportementale (apathie, troubles de l'humeur avec labilité émotionnelle) selon le manuel diagnostique DSM-5. La symptomatologie relevée reflète des causes multiples avec, au premier plan, les aspects psychiatriques et, au second plan, une composante de nature toxique (importante médication psychotrope) et très probablement également vasculaire (plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire, anévrisme de l'artère carotidienne droite clippé en 2014). Cette atteinte entraîne comme limitations fonctionnelles un ralentissement de la vitesse de traitement, un léger risque d'erreurs attentionnelles et une fatigue nécessitant des pauses régulières. Le neuropsychologue conclut à une capacité de travail réduite, estimée à 48 % dans l'activité habituelle et à 72 % dans une activité adaptée, depuis janvier 2015. Dans son avis du 14 juillet 2021, le SMR observe que la capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenues par l'experte psychiatre trouvent leur explication dans l'atteinte neurocognitive légère à moyenne décrite dans le volet neuropsychologique et que les limitations fonctionnelles retenues par l'experte psychiatre et le neuropsychologue se rejoignent, tout comme les capacités de travail, qui sont proches.

c) L'OAI a également sollicité un complément d'expertise dans le cadre duquel les experts ont répondu aux questions du SMR et de la recourante.

Réinterrogée sur la capacité de travail retenue, la Dre X._____ a indiqué que du point de vue strictement oncologique, l'expertisée a actuellement une capacité de travail de 50 % d'un temps plein. Cette indication s'inscrit toutefois en contradiction des conclusions précises et détaillées qu'elle a prises dans l'expertise de base, selon lesquelles il n'y a pas d'incapacité de travail d'un point de vue strictement oncologique (expertise consensuelle p. 6 et volet oncologique p. 25), ce que confirme en outre le médecin traitant (rapport du Dr W._____ du 31 décembre 2019). L'on ne voit d'ailleurs pas pour quelle raison le cancer,

qui est en rémission complète depuis l'intervention chirurgicale en 2019, aurait un caractère invalidant. La Dre X. _____ n'apporte aucune indication à ce sujet. Les indications qu'elle donne dans le complément d'expertise, qui résultent probablement d'une erreur, ne sont en tous les cas pas propres à remettre sérieusement en cause le caractère probant des conclusions consensuelles de l'expertise de base, qui rejoignent en outre l'appréciation du médecin traitant.

Dans le complément d'expertise, la Dre J. _____ apporte des précisions sur son appréciation et explique que la recourante n'a pas spontanément mentionné de détresse en lien avec son incontinence dans ses plaintes spontanées et qu'aucune anamnèse n'a été faite car, dans la partie psychiatrique, les questions sont approfondies selon les spécialités.

Le Dr Z. _____ démontre que la capacité de travail de 70 % qu'il retient permet de tenir compte de manière adéquate du temps nécessaire à la recourante pour ses passages réguliers aux WC.

Les experts confirment en outre qu'ils ont tenu compte du traitement lourd pris par la recourante, qui peut diminuer son rendement de 10 à 20 % dans le cadre d'une lenteur au travail avec un besoin de pauses. Ils précisent que les différentes incapacités de travail retenues s'additionnent mais que celle psychiatrique prend le dessus sur les autres, dans le cadre aussi de l'expertise neuropsychologique effectuée. Invités par la recourante à se prononcer sur le fait qu'ils concluent à l'existence d'une capacité de travail de 63 % dans l'activité habituelle de 2015 au 4 septembre 2016 alors que selon la décision de l'OAI du 25 septembre 2020, rendue à la suite de l'arrêt CASSO du 14 mai 2019, elle se trouvait en totale incapacité de travail de fin janvier 2015 à mai 2016, les experts se sont référés à l'expertise neuropsychologique effectuée qui leur permettait de pouvoir maintenant affirmer que, depuis janvier 2015, la recourante présente une capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici de 48 %, dans le cadre de limitations neuropsychologiques. Cette question sera examinée plus avant ci-dessous (cf. consid. 6f).

d) Il faut constater que les rapports médicaux au dossier ne permettent pas de remettre en cause les conclusions motivées et détaillées prises par les experts dans leur rapport d'expertise du 9 février 2021.

Dans son rapport du 3 juin 2020, le Dr W._____ conclut certes à une capacité de travail nulle en toutes activités, estimant qu'une réinsertion professionnelle paraît illusoire. Son rapport est toutefois succinct, ne comporte pas d'anamnèse ni de status et il ne motive pas pour quelles raisons il conclut à une totale incapacité de travail. Dans ces conditions, son appréciation ne saurait l'emporter sur celle des experts. Il en va de même du rapport qu'il a établi le 31 décembre 2019, dans lequel il ne se prononçait d'ailleurs pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée ni sur l'ensemble des limitations fonctionnelles.

Quant aux rapports émanant du cabinet de la psychiatre traitante, ceux-ci ne permettent pas non plus de remettre en cause les conclusions de l'expertise, comme cela a déjà été examiné ci-dessus, en lien avec les conclusions de l'experte psychiatre (cf. consid. 6a/dd).

e) Dans son recours, la recourante formule différentes critiques à l'encontre de la valeur probante de l'expertise. Elle relève notamment plusieurs imprécisions, comme le fait qu'il est indiqué que le français est sa langue maternelle, qu'elle serait arrivée en Suisse à 18 ans et que son mari serait mort en 2021, et fait état d'incohérences dans les dates de survenance de certaines atteintes, sans préciser desquelles il s'agit. Ces imprécisions portent toutefois sur des points de seconde importance et ne sont pas propres à remettre en cause la valeur probante de l'expertise du 9 février 2021. Au demeurant, il est relevé par tous les experts que la recourante maîtrise parfaitement le français et la Dre J._____ a observé que les éléments anamnestiques retrouvés dans les expertises précédentes et la présente, de même que certaines dates, sont contradictoires et difficiles à établir (expertise p. 35).

Il est erroné d'affirmer, comme le fait la recourante, que l'expertise psychiatrique ne contient pas d'anamnèse. Dans ses réponses lors du complément d'expertise, la Dre J._____ explique uniquement qu'il n'y a pas d'anamnèse particulière en lien avec les problèmes d'incontinence de la recourante, cette dernière n'ayant pas spontanément mentionné de détresse à cet égard (expertise complémentaire p. 4). Cela étant, lors de son examen clinique, l'experte a tenu compte de la fatigue décrite par la recourante et du fait qu'elle ne pouvait pas marcher en raison de douleurs intestinales et d'une incontinence (expertise p. 28). Le volet psychiatrique contient, comme il se doit, une anamnèse, avec la description des antécédents psychiatriques et médicaux de la recourante, sa biographie, ainsi qu'une anamnèse sentimentale, familiale et sociale (expertise pp. 28-31). La Dre J._____ a en outre pris ses conclusions en ayant connaissance du décès de l'ex-compagnon de la recourante en décembre 2019, mais a pris en compte une légère amélioration de sa situation depuis la fin de l'année 2019, respectivement le début de l'année 2020, avec la possibilité d'activités diverses (expertise pp. 34-35). L'experte psychiatre avait par ailleurs conscience des problèmes d'incontinence fécale de la recourante (expertise p. 29) et du fait que ceux-ci généraient chez elle un sentiment de honte, comme relevé dans le rapport de la Dre R._____ du 18 mai 2020 qui faisait partie du dossier consulté par la Dre J._____ (expertise pp. 54-55). Elle a d'ailleurs tenu compte du fait que les différentes comorbidités la fragilisaient certainement (expertise p. 34).

La recourante reproche aux experts d'avoir minimisé l'impact de ses atteintes à la santé mentale. Il apparaît au contraire que celui-ci a été dûment pris en compte, la Dre J._____ ayant procédé à un examen du caractère invalidant des troubles en application des indicateurs définis à cet effet par la jurisprudence (cf. consid. 4f ci-dessus) et ayant conclu à l'existence d'une capacité de travail limitée sur le plan psychiatrique.

S'agissant des capacités de travail retenues, les experts ont précisé que l'incapacité de travail psychiatrique prenait le dessus sur les autres et que la diminution de rendement de 10 à 20 % due au traitement

lourd pris par la recourante avait été prise en compte dans l'examen de sa capacité de travail (expertise complémentaire p. 5).

Contrairement à ce que la recourante soutient, l'OAI n'a pas reconnu le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie dans le cadre de la demande d'allocation pour impotent qu'elle a déposée. Il n'y a dès lors aucune contradiction avec le fait de retenir l'existence d'une capacité de travail.

Dans son écriture du 28 septembre 2023, la recourante estime que l'OAI aurait dû instruire davantage la question des conséquences de sa dépendance aux hypnotiques sur sa capacité de travail. Il apparaît cependant que l'experte psychiatre a arrêté la capacité de travail exigible à 45 % dès le 5 septembre 2016 puis à 54 % dès janvier 2020 en tenant compte des effets de la médication puisqu'elle précise que l'arrêt de la surconsommation d'hypnotiques conduirait la recourante à retrouver une capacité de travail de 80 % dans les six mois (expertise p. 35). On peine à comprendre la recourante en tant qu'elle critique la position du SMR à cet égard, qui lui est favorable, puisque ce dernier s'en est tenu à l'existence d'une capacité de travail sur le plan psychiatrique de 45 % dès le 5 septembre 2016 puis de 54 % dès janvier 2020 en estimant qu'un sevrage ou une diminution de consommation n'était pas exigible, dans la mesure où cette surconsommation ne paraissait pas avérée (avis du 14 juillet 2021).

f) Au vu de ce qui précède, l'OAI, respectivement le SMR, étaient légitimés à se fonder sur les conclusions de l'expertise de V._____.

C'est cependant de manière erronée que le SMR retient, dans son avis du 14 juillet 2021, que la capacité de travail de la recourante était de 48 % dès janvier 2015 dans son activité habituelle et également dans son activité adaptée, ce jusqu'en décembre 2020. Il convient en effet de rappeler que la situation médicale de la recourante a fait l'objet d'un précédent examen dans le cadre de la première demande de prestations

qu'elle a déposée, à l'issue duquel il a été constaté, sur la base de l'expertise du Dr H._____, qu'elle avait présenté une totale incapacité de travail de janvier 2015 à mai 2016. Les appréciations des experts de V._____ ne sont pas propres à remettre en cause ce qui précède. Ils ont procédé, comme demandé par l'OAI, à une appréciation rétroactive de la capacité de travail de la recourante, mais ont, dans ce cadre, omis de tenir compte de l'incapacité de travail attestée par le Dr H._____ dans son rapport d'expertise, dont ils avaient pourtant connaissance, ainsi que de l'évolution positive que celui-ci avait objectivée. Il n'en demeure pas moins que l'état de santé psychique de la recourante s'est par la suite à nouveau dégradé comme l'attestent les rapports au dossier. Il ressort notamment du rapport de la Dre R._____ du 18 mai 2020 que la situation de la recourante s'est péjorée en lien avec les difficultés auxquelles elle a dû faire face à partir du deuxième semestre de l'année 2017. La Dre J._____ fait remonter la diminution de la capacité de travail à laquelle elle conclut (45 % en toutes activités) au 5 septembre 2016, soit la date du rapport d'expertise du Dr F._____, dont la valeur probante n'avait cependant pas été reconnue dans l'arrêt CASSO du 14 mai 2019. Il existe donc bel et bien une dégradation de la santé de la recourante depuis la fin de son droit à la rente, contrairement à ce que pourrait laisser à penser la réponse des experts aux questions complémentaires de la recourante, dans laquelle ils se réfèrent aux conclusions de l'expertise neuropsychologique, qui fixe la date de début d'incapacité de travail partielle en janvier 2015. Cette date a été arrêtée uniquement sur la base des déclarations de la recourante (expertise neuropsychologique p. 7), lesquelles sont contredites par les pièces médicales du dossier et doivent par ailleurs être appréciées avec circonspection dans la mesure où les experts ont observé des troubles de la mémoire chez la recourante (voir notamment expertise psychiatrique p. 32). Dans la mesure où le droit à la rente ne peut s'ouvrir qu'à partir du 1^{er} novembre 2019, soit six mois après le dépôt de la nouvelle demande de prestations (cf. également consid. 8a ci-dessous), il n'est pas nécessaire d'examiner de manière plus précise à quel moment l'aggravation de l'état de santé psychique de la recourante est intervenue, celle-ci étant en tous les cas antérieure au

dépôt de cette nouvelle demande et constituant une reprise d'invalidité (art. 29bis RAI ; consid. 4b *supra*).

S'agissant de la hauteur de la capacité de travail, le SMR retient, de manière non critiquable, qu'il convient de tenir compte de celle arrêtée par l'experte psychiatre, qui comprend également les limitations fonctionnelles liées aux perturbations comportementales décrites dans le trouble cognitif léger (avis du 14 juillet 2021). Or c'est une capacité de travail (en toutes activités) de 45 % que la Dre J._____ retient jusqu'en décembre 2019 - et qui est confirmée par les experts dans l'évaluation consensuelle - et non de 48 % comme mentionné par erreur par le SMR. Pour les mêmes motifs, il convient de prendre ensuite en compte la capacité de travail de 54 % fixée par les experts à partir de janvier 2020, à la suite d'une légère amélioration de l'état de santé de la recourante.

Les capacités de travail arrêtées ci-dessus au niveau psychiatrique valent tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il ressort de la comparaison des gains effectuée par l'OAI que le revenu d'invalidité a été calculé sur la base des données salariales statistiques, c'est-à-dire en référence à une activité adaptée. Il se justifie en effet de procéder de la sorte au vu des limitations fonctionnelles existant sur le plan rhumatologique. Si la Dre S._____ n'exclut pas l'exercice de l'activité antérieure mais la limite à hauteur de 63 % (soit 70 % de temps de travail avec un rendement diminué de 10 %), le renvoi à une activité adaptée, pleinement exigible d'un point de vue rhumatologique, paraît plus indiqué en l'espèce au vu des limitations fonctionnelles présentes. La Dre S._____ retient en effet que l'assurée est apte à exercer une activité professionnelle même physique, sous réserve d'une adaptation du poste de travail pour éviter en particulier le port de charges au-delà de 8 kg et la position penchée en avant répétée (expertise p. 42). Il n'apparaît toutefois pas clairement que ces adaptations puissent être faites dans l'activité d'employée d'exploitation et femme de ménage qu'exerçait la recourante.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que la requérante a bénéficié d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 45 % jusqu'en décembre 2019, puis de 54 % dès janvier 2020.

7. a) La requérante considère que cette capacité de travail n'est pas exigible. Elle doute qu'il existe sur le marché du travail des activités compatibles avec ses limitations fonctionnelles et qu'un employeur l'engagerait. Elle requiert que le service de réadaptation de l'OAI soit interpellé sur ce point.

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 ad art. 7).

c) Dans sa duplique du 10 novembre 2022, l'OAI relève que son service de réadaptation a déjà pris position sur la situation de la

recourante. Dans son rapport final du 3 août 2021, le service précité a en effet souligné que selon les éléments ressortant de l'expertise, l'assurée dispose de ressources mobilisables et de capacités adaptatives. Il a estimé, comme cela apparaît sur la fiche de calcul du salaire exigible, que la recourante pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, comme ouvrière dans le conditionnement léger ou comme aide administrative sur des tâches simples (saisie de données, aide dans un service courrier/scannage). Contrairement à ce qu'avance la recourante, ce n'est pas le nombre de diagnostics posés qui est déterminant pour juger de l'exigibilité d'un retour à l'emploi, mais leur impact sur la capacité de travail. Si, en l'occurrence, les limitations fonctionnelles retenues limitent en effet dans une certaine mesure l'éventail de postes accessibles à la recourante, ce dont l'OAI a tenu compte en appliquant un abattement sur le revenu d'invalidé, l'on ne saurait conclure que la mise en œuvre de sa capacité de travail sur le marché de l'emploi serait inexigible. Il ressort des arrêts produits par la recourante à l'audience du 28 septembre 2023 que la mise en valeur de la capacité de travail sur le marché de l'emploi est avant tout de la compétence des spécialistes de l'intégration et l'orientation professionnelles. Or l'OAI a précisément soumis le dossier de la recourante à son service de réadaptation, lequel a estimé, en pleine connaissance des limitations fonctionnelles, qu'un retour à l'emploi était exigible. Rien ne justifie de s'écarter de ses conclusions.

8. a) Dans la mesure où la recourante a déposé sa nouvelle demande de prestations le 29 mai 2019, le droit à la rente ne peut s'ouvrir qu'à partir du 1^{er} novembre 2019 comme l'a constaté à juste titre l'OAI. La reprise de l'invalidité au sens de l'art. 29bis RAI n'influence en effet pas le délai d'attente de l'art. 29 al. 1 LAI (cf. consid. 4b *supra*). Il convient donc de calculer le degré d'invalidité par rapport à l'année 2019, puis 2020, compte tenu de la modification de sa capacité de travail dès janvier 2020.

b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

c) 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).

La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

d) En l'occurrence, la recourante ne conteste pas le salaire sans invalidité retenu par l'OAI, qui est le même que celui fixé lors de la première demande de prestations, à savoir 36'856 fr. 31 pour l'année 2016, pour un taux d'occupation de 70 %. Compte tenu de la nouvelle méthode mixte d'évaluation de l'invalidité entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, ce montant doit être rapporté à un taux d'activité de 100 % (cf. consid. 4d/cc ci-dessus), ce qui donne 52'651 fr. 87. Il convient d'indexer ce montant jusqu'en 2019, soit l'année d'ouverture du droit à la rente, et non 2018 comme l'a fait l'OAI, respectivement jusqu'en 2020 pour la modification du droit à la rente, et de tenir compte à cet effet de

l'évolution des salaires nominaux des femmes (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Le revenu sans invalidité doit donc être fixé à 53'658 fr. 06 pour 2019 et à 54'140 fr. 98 pour 2020.

Pour le calcul du revenu avec invalidité, c'est à juste titre que l'OAI s'est basé sur les données salariales statistiques, la recourante n'ayant pas repris d'activité professionnelle. Il convient de se référer à l'ESS 2018 pour le calcul du degré d'invalidité en 2019, en procédant à l'indexation correspondante (+ 1 %), et à l'ESS 2020 pour le calcul du degré d'invalidité en 2020. Le revenu auquel pouvaient prétendre les femmes pour des activités simples et répétitives dans les domaines de la production et des services était de 4'371 fr. selon l'ESS 2018 et de 4'276 fr. selon l'ESS 2020, pour une semaine de 40 heures. Après indexation et adaptation à la durée de travail hebdomadaire moyenne durant les années en question, qui était de 41,7 heures, les salaires annuels de référence se montent respectivement à 55'228 fr. 02 et 53'492 fr. 76. Comme vu ci-dessus, il y a lieu de tenir compte d'une capacité de travail de 45 % - et non de 48 % - en 2019, ce qui conduit à un revenu de 24'852 fr. 61. En 2020, la capacité de travail de la recourante est passée à 54 %, ce qui mène à un revenu de 28'886 fr. 09.

Dans sa décision, l'OAI a appliqué un taux d'abattement de 5 % pour le calcul du revenu d'invalidité en 2018 et de 10 % pour le calcul relatif à l'année 2020. Ce faisant, il s'est écarté de la proposition de son service de réadaptation, qui proposait déjà un taux d'abattement de 10 % à partir de 2018, compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante (cf. feuille de calcul du salaire exigible du 3 août 2021). Au moment de l'ouverture du droit à la rente en 2019, la recourante était en effet âgée de 55 ans, ce qui impacte ses possibilités d'emploi et entraîne par conséquent un désavantage salarial. S'agissant de ses limitations fonctionnelles, celles-ci sont relativement nombreuses et limitent dans une mesure non négligeable l'éventail de postes qui lui sont accessibles. Outre les limitations fonctionnelles d'ordre psychique, qui restreignent déjà ses possibilités d'activités, il faut en particulier tenir compte de la nécessité pour la recourante d'avoir un accès rapide et permanent à des toilettes en

raison de ses problèmes gastroentérologiques. Il ressort de l'expertise du Dr Z. _____ qu'il ne s'agit pas uniquement pour la recourante de pouvoir s'absenter de son poste de travail de manière régulière durant la journée, mais qu'elle doit avoir un accès rapide et permanent aux WC, ce qui implique qu'elle doit pouvoir, à tout moment, quitter son poste de travail. Or cette limitation n'apparaît pas compatible avec un nombre non négligeable d'emplois simples et répétitifs, notamment ceux à la chaîne, auxquels la recourante est renvoyée. Compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante, l'abattement de 5 %, respectivement de 10 %, auquel a procédé l'OAI n'apparaît pas suffisant pour tenir compte du désavantage salarial subi par la recourante en raison de ses atteintes à la santé. Il se justifie, au vu de ce qui précède, d'appliquer un taux d'abattement de 15 %. Les revenus d'invalidé de la recourante doivent dès lors être arrêtés à 21'124 fr. 72 pour 2019 et à 24'553 fr. 18 pour 2020.

S'agissant des empêchements présentés par la recourante dans ses activités ménagères, le rapport d'enquête à domicile du 10 janvier 2022 conclut à l'existence d'une invalidité de 39,2 %. Ce taux n'est pas contesté et n'apparaît effectivement pas critiquable au vu du contenu de cette enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références).

Le calcul du degré d'invalidité pour l'année 2019 est dès lors le suivant :

- Revenu sans invalidité :	53'658 fr. 06
- Revenu avec invalidité :	21'124 fr. 72
- Empêchement économique :	60,63 %
- Taux d'invalidité pour la part active de 70 % :	42,44 %
- Empêchement ménager :	39,20 %
- Taux d'invalidité pour la part ménagère de 30 % :	11,76 %
- Taux d'invalidité global	54,2 %

Le calcul du degré d'invalidité pour l'année 2020 se présente ainsi :

- Revenu sans invalidité :	54'140 fr. 98
- Revenu avec invalidité :	24'553 fr. 18
- Empêchement économique :	54,65 %
- Taux d'invalidité pour la part active de 70 % :	38,26 %
- Empêchement ménager :	39,20 %
- Taux d'invalidité pour la part ménagère de 30 % :	11,76 %
- Taux d'invalidité global	50,02 %

e) Il résulte de ce qui précède que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2019 et que l'amélioration de sa capacité de travail dès janvier 2020 n'influence pas son droit à la rente.

9. a) Le recours est partiellement admis. Les décisions attaquées sont réformées en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2019.

b) 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 hauteur de 300 fr. à la charge de la partie intimée et de 300 fr. à la charge de la recourante, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'400 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. La liste des opérations qu'il a déposée le 3 juillet 2023 ne peut pas être intégralement suivie, pas plus que celle produite le 28 septembre 2023 qui ne concerne pas la présente affaire en dehors des deux dernières positions. L'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. La liste des opérations apparaît notamment manifestement excessive, dès lors que le mandataire représentait déjà la recourante dans le cadre de la procédure administrative et dans la précédente procédure de recours. En outre, la motivation de la décision du 2 juin 2022 étant identique à celle de la décision du 19 mai 2022 et le recours déposé contre celle-ci consistant en un copier-coller de celui du 29 juin 2022, l'opération du 7 juillet 2022 de prise de connaissance de la décision et de rédaction du recours ne saurait être chiffrée à 1h15. Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'100 fr., 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]). L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 700 fr. (2'100 fr. - 1'400 fr.), sera provisoirement supporté par le canton.

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par 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). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. Les décisions rendues par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud les 19 mai et 2 juin 2022 sont réformées en ce sens qu'E. _____ a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2019.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs) sont mis par 300 fr. (trois cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et sont par 300 fr. (trois cents francs) provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 1'400 fr. (mille quatre cents francs) à E. _____ à titre de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office du recourant, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 700 fr. (sept cents francs), débours et TVA compris.
- VI. La partie 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 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 Jean-Michel Duc (pour E. _____),
- 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 :