

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 février 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, à Bienne,

et

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

Art. 16 et 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée et/ou la recourante), née en 1971, de nationalité turque, au bénéfice d'un permis C, séparée de son époux, mère de deux enfants nés en 1999 et 2003 et sans formation professionnelle, a travaillé à 30% jusqu'en 2005 en qualité de nettoyeuse au service de la Ville de [...].

Le 10 janvier 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI et/ou l'intimé), en raison de troubles psychiatriques.

Dans le document de détermination du statut (part active/part ménagère) qui lui a été soumis par l'OAI, l'assurée a indiqué, le 28 janvier 2013, qu'elle travaillerait à 100% sans atteinte à la santé depuis « 18 ans » par nécessité financière.

Le Dr N._____, chef de clinique au sein du Département de psychiatrie du Centre hospitalier [...] (Centre hospitalier J._____) et psychiatre traitant de l'assurée, a fait état, dans un rapport du 7 février 2013, d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et de trouble panique avec agoraphobie.

Dans un rapport du 11 février 2013, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics d'état anxio-dépressif important, de fibromyalgie et de cervicarthrose.

Une expertise psychiatrique a été diligentée dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations déposée par l'assurée. Le Dr H._____, expert mandaté par l'OAI, a rendu un rapport le 4 décembre 2014. Il estimait que l'assurée avait présenté une incapacité de travail passagère totale dès le 11 septembre 2012 au plus tôt, date de la prise en charge à la policlinique psychiatrique, avant de recouvrer une capacité de

travail médico-théorique entière dans toute activité dès janvier 2014 ou juin 2014 au plus tard. L'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné une dysthymie, un épisode dépressif majeur ou un trouble de l'adaptation actuellement léger, un trouble panique avec agoraphobie légers et une personnalité dépendante.

Par décision du 17 juillet 2015, confirmant un projet de décision du 20 janvier 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2014.

B. Le 6 novembre 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant une discopathie cervicale multiétagée avec hernie foraminale C4-C5 et C5-C6 à droite ainsi qu'une tendinopathie du sus-épineux et du long chef du biceps du même côté.

Dans le document de détermination du statut (part active/part ménagère), l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à un taux de 60% sans atteinte à la santé depuis 2010 par nécessité financière.

Dans un rapport du 12 janvier 2018, la Dre I._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, a retenu, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, des cervico-brachialgies droites chroniques depuis juillet 2016 avec tendinopathie du supra-épineux et du long chef du biceps ainsi qu'une discopathie cervicale avec hernie foraminale C4-C5 et C5-C6 depuis mai 2017. Elle a mentionné une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle depuis mars 2017 et de 50% au jour du rapport en raison d'une fatigabilité liée aux douleurs pluri-étagées. Dans un rapport joint du 9 juin 2017, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état des mêmes diagnostics que la Dre I._____ avec la précision qu'il résultait de l'IRM de l'épaule droite une coiffe des rotateurs en continuité mais un tendon

supra-épineux hétérogène et un long chef du biceps dans sa gouttière. Quant au Dr C._____, spécialiste en neurochirurgie, il a relevé, dans un rapport du 18 mai 2017, également joint à celui de la Dre I._____, qu'un traitement à visée anti-inflammatoire ou de la physiothérapie n'avait pas de raison d'être compte tenu de l'ancienneté des symptômes et de l'origine des douleurs, soit probablement une compression chronique au niveau des racines nerveuses cervicales qui restait à confirmer par électromyogramme.

Le 22 mai 2017, l'assurée a été examinée par le Dr R._____, spécialiste en neurologie, lequel a réalisé une électromyographie. Le spécialiste précité a conclu son rapport, daté du même jour, en mentionnant que l'examen était normal et ne montrait pas d'argument pour une lésion radiculaire du membre supérieur droit ou pour une atteinte tronculaire comme une neuropathie d'enclavement. Il en déduisait que l'origine de la symptomatologie douloureuse présentée par la patiente était de deux types : d'une part, une radiculopathie très probablement de type irritatif C6 à droite et, d'autre part, une composante locale avec des nuchalgies irradiant vers la région occipitale déterminant ainsi des céphalées cervicogènes.

Dans un avis du 2 février 2018, la Dre F._____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a estimé que les douleurs invoquées n'étaient pas nouvelles, étant déjà connues et décrites lors de la précédente demande, et qu'elles n'empêchaient pas l'assurée d'assumer toutes les tâches ménagères ainsi qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de celle-ci. Elle a toutefois précisé que « Dans un souci d'exhaustivité, si cela lui paraît nécessaire, afin de déterminer au mieux ces LF [limitations fonctionnelles], nous proposons au gestionnaire d'interroger l'assurée sur le nouveau suivi rhumatologique initié puis d'interroger le spécialiste concerné par le biais d'un formulaire AI ».

Par projet de décision du 3 mai 2018, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations au motif qu'aucune modification de son état de santé ayant une incidence sur la

capacité de travail retenue dans la précédente décision n'avait été constatée.

Dans un courrier du 28 mai 2018, la Dre I._____ s'est étonnée du fait que ni le Dr C._____, ni le Dr T._____ n'aient été contactés afin d'avoir leurs avis quant à la capacité de travail de l'assurée. Elle a précisé que les douleurs cervicales de sa patiente étaient rapidement invalidantes, fatigantes et, à force, insupportables, et qu'une activité à 100% serait au-dessus de ses capacités.

Par courrier du 4 juin 2018, l'assurée a contesté le projet de décision du 3 mai 2018, en faisant valoir qu'elle n'était pas en mesure de travailler à 100% compte tenu des hernies cervicales et des déchirures musculaires au niveau de l'omoplate droite.

Dans un avis SMR du 18 juin 2018, le Dr P._____ a conclu que les atteintes au niveau de la colonne cervicale et au niveau de l'épaule droite étaient objectivement modestes, qu'une activité bien adaptée biomécaniquement était a priori exigible à 100% et que l'instruction devait être complétée sur le plan neurologique et orthopédique en interrogeant les spécialistes concernés.

Le Dr T._____, dans un rapport du 6 juillet 2018, a indiqué qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis le 21 novembre 2017 et qu'il n'avait pas prescrit d'arrêt de travail. Il signalait une mobilisation complète et symétrique des épaules avec une coiffe des rotateurs compétente. Il précisait que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assurée (pas de mobilisations répétitives de l'épaule droite, pas de mobilisation de l'épaule au-dessus du buste, pas de port de charges de plus de 2,5 kg), celle-ci était apte au travail, le taux et le rendement restant toutefois incertains en raison des cervicalgies.

Dans un courrier du 27 septembre 2018, le Dr C._____ a précisé que l'assurée n'avait plus été revue à sa consultation depuis le 18 mai 2017 et qu'il lui était ainsi difficile de répondre au questionnaire de l'OAI.

Dans un avis SMR du 10 octobre 2018, le Dr P._____ a conclu que l'assurée présentait des troubles dégénératifs cervicaux mais sans répercussion neurologique déficitaire objective, qu'il n'existait pas d'atteinte déficitaire au niveau de l'épaule droite et que, partant, il n'y avait pas lieu de s'écarter de la position qui reconnaissait une capacité de travail exigible de la part de l'assurée de 100% dans une activité adaptée, très légère au plan biomécanique.

Par décision du 6 novembre 2018, confirmant le projet du 3 mai 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

Saisie d'un recours de l'assurée essentiellement fondé sur les limitations fonctionnelles posées le 6 juillet 2018 par le Dr T._____ et la modification du statut de personne active (passant de 100 à 60%), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis ledit pourvoi par arrêt du 24 février 2020 (AI 386/18 - 61/2020), annulé la décision du 6 novembre 2018 et renvoyé la cause à l'OAI, à charge pour cet office de mettre en œuvre une enquête économique sur le ménage afin de déterminer le statut de l'assurée, puis une expertise rhumatologique et psychiatrique permettant d'apprécier la gravité des atteintes ainsi que les répercussions de celles-ci sur la capacité de travail de l'assurée.

C. Par courrier du 23 décembre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait mandaté le centre médical d'expertises B._____ pour procéder à une expertise pluridisciplinaire.

Le 26 avril 2021, les experts de B._____, à savoir la Dre Q._____, spécialiste en rhumatologie, le Dr A.W._____, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr B.W._____, spécialiste en psychiatrie, ont rendu leur rapport. De l'évaluation consensuelle de ce rapport, il ressort que les experts ont retenu comme diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail de l'assurée :

- Des cervicalgies/cervicobrachialgies droites chroniques, non déficitaires sur troubles dégénératifs (discopathies étagées, hernie foraminale C4-C5 et C5-C6 à droite), M53.1
- Des lombalgies chroniques sur discrets troubles dégénératifs, M54.5
- Des gonalgies bilatérales sur très discrets troubles dégénératifs débutants, M17.0
- Une fibromyalgie, M79.7
- Une périarthrite scapulo-humérale bilatérale prédominant à gauche, M75.3
- Une rhizarthrose bilatérale débutante probable, M19.0
- Des vertiges paroxystiques positionnels bénins
- Des infections urinaires à répétition, en cours de traitement et d'investigation
- Une hypothyroïdie sur thyroïdite d'Hashimoto ; très discrète hypothyroïdie actuelle
- Une insuffisance veineuse des membres inférieurs
- Un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, F32.11
- Un syndrome douloureux somatoforme persistant, F45.4
- Un trouble de la personnalité dépendante, F60.7.

Les experts mentionnent de façon consensuelle que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle de nettoyeuse peut être considérée comme nulle depuis décembre 2016 en raison de l'atteinte cervicale et de la périarthrite scapulo-humérale droite, mais que la capacité de travail est pleine dans une activité adaptée depuis toujours sur le plan somatique. Sur le plan psychiatrique, hormis une période d'incapacité de travail de septembre 2012 à juin 2014 en raison d'un épisode dépressif sévère, la capacité de travail est également jugée entière.

Du volet rhumatologique du rapport, il ressort notamment que les investigations radiologiques ont objectivé des troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire et des troubles dégénératifs très discrets des deux genoux. L'examen clinique des deux épaules parle également en faveur d'une périarthrite scapulo-humérale sur lésion de la coiffe des

rotateurs, mais il n'y a pas de signe clinique ou radiologique en faveur d'une étiologie rhumatismale inflammatoire/immunologique, l'assurée présentant principalement un syndrome musculo-squelettique douloureux de type fibromyalgie. Il est également précisé que si la cohérence et la plausibilité des plaintes étaient conservées, une nette exagération de celles-ci et des limitations fonctionnelles en découlant était constatée en l'absence d'objectivation sur le plan clinique et radiologique. L'expert a également relevé que l'assurée ne montrait plus aucune autonomie dans les activités de la vie quotidienne.

Dans le volet psychiatrique, l'expert relève que le syndrome douloureux somatoforme persistant, bien que manifeste, est de faible intensité et marqué par une accentuation des douleurs non totalement expliquées par une atteinte somatique sous-jacente. Quant au trouble de la personnalité, il n'est pas considéré comme décompensé, puisque l'assurée ne souffre pas de sa dépendance. L'expert expose en outre que l'assurée a tendance à contrôler que la porte soit bien fermée et se relève parfois la nuit pour vérifier mais qu'on ne peut parler de véritable rituel. Il souligne également l'absence de trouble de la sphère psychotique et mentionne que l'assurée a parfois la sensation qu'une personne vient dans son lit la nuit sans qu'il s'agisse d'un véritable syndrome dissociatif. Il précise que l'intéressée ne présente pas d'attitude d'écoute et qu'il n'existe pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée. L'expert B.W. _____ se rallie de surcroît aux conclusions du Dr H. _____ retenant en 2014 un épisode dépressif « certainement d'intensité légère » ; il conclut à un épisode d'intensité moyenne au jour de l'entretien, la disparition des attaques de panique et de l'agoraphobie apparus en 2009 marquant une amélioration clinique. S'agissant des ressources, l'expert mentionne que la persévérance est faible, mais que l'assurée peut s'adapter aux règles et aux routines ; son contact est marqué par un émoussement des affects, mais elle peut travailler en groupe, car elle ne présente pas d'agressivité ou d'irritabilité ; elle a besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, n'a pas confiance en ses décisions et jugements et son activité spontanée est impactée par une passivité sous-jacente. Elle a enfin des difficultés à planifier et structurer les tâches et a

de nombreuses difficultés à s'adapter au changement. A la lumière de ces éléments, l'expert psychiatre considère que, depuis juin 2014, la capacité de travail est entière, malgré l'existence d'une fatigue légère, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, avec des ressources jugées faibles, mais sans troubles cognitifs suffisamment importants pour limiter le rendement.

Du calcul du salaire exigible auquel a procédé le service de réadaptation de l'OAI le 27 juillet 2021, il est ressorti que le revenu sans invalidité devait être arrêté à 54'693 fr. 72 sur la base des données statistiques, qu'il en allait de même du revenu avec invalidité (aucun abattement n'étant du reste justifié) et qu'il en résultait un taux d'invalidité nul. S'agissant des activités considérées comme adaptées, ledit service a évoqué un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ou ouvrière dans le conditionnement.

Au terme de l'évaluation économique sur le ménage réalisée le 6 octobre 2021, le statut de 100% active dès 2018 a été retenu. L'évaluatrice a exposé que l'assurée n'avait pas compris le sens de la question sur le formulaire 531bis et que, compte tenu de la situation financière et de l'âge des enfants, il y avait lieu de retenir que dès que ses enfants auraient été indépendants et, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait travaillé à 100% dans une activité ne demandant pas de formation, en relevant qu'elle vivait seule avec ses deux enfants, dont l'un était aux études.

Par projet de décision du 20 octobre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a tout d'abord précisé que le droit hypothétique à la rente ne pourrait prendre naissance qu'à compter du 1^{er} mai 2018, soit à l'issue d'un délai légal de six mois à compter de la demande de prestations déposée le 6 novembre 2017. Cela posé, l'office a retenu que, depuis décembre 2016, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité sans

gestion de stress, sans traitement simultané d'informations multiples ou prise de décision importante immédiate, permettant les changements de position, sans position prolongée ou mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical en flexion/extension/inclinaison latérale de la nuque, sans position statique assise prolongée la tête penchée en avant, sans travail des membres supérieurs dans le plan horizontal, et sans port de charge itératif supérieur à 5 kg). Relevant que l'assurée devait être considérée comme active à 100% depuis 2018 selon l'évaluation ménagère du 6 octobre 2021, l'OAI a retenu que, faute d'activité professionnelle, les revenus sans et avec invalidité devaient tous deux être calculés selon les données salariales de l'Office fédéral de la statistique. Considérant que, dans une activité non qualifiée, le salaire de l'assurée aurait été de 54'693 fr. 72 à 100% en 2018, il a estimé que les revenus sans et avec invalidité étaient les mêmes et qu'aucun abattement ne se justifiait, « l'activité d'aide comptable ou d'aide administratif [étant] adaptée à [ses] limitations fonctionnelles ». Le préjudice économique étant nul, le droit à une rente (préjudice économique d'au moins 40%) n'était pas ouvert.

Après s'être vu transmettre copie de l'expertise du B._____, l'assurée, par courrier du 16 décembre 2021 rédigé par Procap, a contesté le projet de décision du 20 octobre 2021 en faisant valoir que les conclusions du rapport d'expertise n'emportaient pas la conviction selon un degré de vraisemblance prépondérante, notamment sur l'analyse du degré de gravité fonctionnel selon les indicateurs jurisprudentiels. Elle relevait que l'expert psychiatre avait déduit son explication d'un rendement plein sur un temps de présence de 100% par l'absence de troubles cognitifs, ce qui ne correspondait pas à la plainte ni à la description de la journée-type et était en contradiction avec d'autres affirmations concernant les faibles ressources. L'assurée a conclu à ce que l'OAI lui reconnaisse une incapacité de gain totale, subsidiairement à ce qu'il mette en place une mesure d'observation professionnelle, plus adéquate selon elle pour déterminer la perte de rendement, voire à ce qu'il complète l'instruction en mettant en œuvre une nouvelle expertise.

Dans un avis juriste du 14 février 2022, il est relevé que l'expertise réalisée par B._____, et en particulier son volet psychiatrique, ne comblent pas les lacunes précédemment relevées par la juridiction cantonale. Premièrement, il n'y a pas d'explications suffisantes concernant l'évolution de l'épisode dépressif diagnostiqué depuis 2015 jusqu'à ce jour. De plus, et bien qu'une fibromyalgie ait été diagnostiquée par l'expert rhumatologue et un trouble somatoforme par l'expert psychiatre, ces diagnostics n'ont pas fait l'objet d'une discussion approfondie sous l'angle des indicateurs jurisprudentiels pertinents en cas d'atteinte psychiatrique. Il est conclu à l'absence d'atteinte incapacitante malgré des ressources jugées faibles et peu d'indications quant aux autres indicateurs pertinents. Quant au trouble de la personnalité dépendante, il est uniquement indiqué que l'intéressée ne semble pas en souffrir. Au vu de ces éléments, la juriste de l'OAI a jugé qu'il fallait réinterroger les experts de B._____ sur ces quatre points.

Par courrier du 23 février 2022, l'assurée a adressé à l'OAI une liste de trois questions à poser aux experts.

Le 21 mars 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de mettre en œuvre un complément d'expertise auprès du B._____, les examens devant être réalisés par les Drs G._____, spécialiste en médecine interne générale, X._____, spécialiste en rhumatologie, et B.W._____, spécialiste en psychiatrie. Ce courrier spécifiait que les questions formulées le 23 février 2022 par l'assurée avaient été prises en considération.

Les experts B._____ ont chacun procédé à un examen clinique de l'assurée, en date du 29 avril 2022 concernant les experts en médecine interne et en rhumatologie (1 heure 30 chacun) et du 11 mai 2022 s'agissant de l'expert psychiatre (1 heure). Ils ont déposé leur « complément » d'expertise le 24 juin 2022. Dans leur évaluation consensuelle, ils ont retenu les diagnostics et limitations fonctionnelles suivants (sic) :

« 4.3. Diagnostics pertinents avec brève description des limitations fonctionnelles résultant des constatations

Diagnostics avec impact sur la capacité de travail :

- Cervicalgies bilatérale prédominant à droite sur troubles dégénératifs, M54.2
- Lombalgie sans irradiation sur troubles dégénératifs, M54.5
- Scapulalgie gauche sur périarthrites scapulo-humérale, M75.3
- Gonalgies bilatérales sûr très discret troubles dégénératifs débutant, M17.9

Diagnostics sans impact sur la capacité de travail :

- Fibromyalgie, M79.7
- Surcharge pondérale.
- Maladie de Hashimoto avec hypothyroïdie substituée, E06.3
- Vertiges paroxystiques positionnels bénins, avec épisode de cupulolithiase en 2020 H 81.1
- Infections urinaires à répétition avec deux épisodes de pyélonéphrite N 39.0
- Insuffisance veineuse des membres inférieurs I 87
- Hépatite A anamnastique
- Épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, F32.11
- Trouble délirant, F22.0
- Syndrome douloureux somatoforme persistant, F45.4
- Trouble de personnalité dépendante, F60.7

Limitations fonctionnelles rhumatologiques : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol et des deux mains, pas de porte-à-faux du buste et du Rachis cervical, Port de charge proche du corps limité à 10 kg avec les deux mains. Pas d'effort du membre supérieur gauche au-delà de la ligne des épaules. Pas de position à genoux ou accroupie maintenue, pas de montée et de descente d'escalier répétées. Possibilité de changement de position. »

Au titre de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, les experts ont indiqué ce qui suit (sic) :

« Il y a des incohérences entre l'importance des plaintes de l'expertisée et son activité quotidienne avec les constatations objectives cliniques et radiologiques. Elle ne présente, en définitive, que des atteintes dégénératives modérées, sans irradiation dans les membres supérieurs ou inférieurs. Les atteintes dégénératives des articulations périphériques sont également très légères. L'examen n'a pas montré d'exagération et l'expertise a été plutôt coopérante. Néanmoins, la prise de traitement antalgique ne correspond pas au niveau de la douleur alléguée.

Ceci est corroboré par l'expert psychiatre qui a constaté qu'elle a pu rester assise tout au long de l'entretien sans manifester de douleur particulière. Elle dit avoir l'impression que quelqu'un l'épie à tout moment mais les différents thérapeutes consultés n'en ont jamais trouvé de preuve effective et ils n'ont jamais parlé d'éléments psychotiques associés.

Ses problèmes articulaires et psychologiques ont un retentissement dans tous les domaines de sa vie, mais les limitations ne sont pas uniformes. Elle est capable de se promener deux fois par semaine avec des amis ou son fils, elle fait des courses à pied et accompagnée et est également capable d'aller en Turquie seul en avion. Les diagnostics sont bien posés, mais les traitements inefficaces. »

A la rubrique « Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence, des facteurs pesants et des ressources », les experts ont noté ce qui suit (sic) :

« Nous retenons un trouble de personnalité dépendante. Sa vie a toujours été dirigée par son père et elle a reproduit ce schéma avec toutes les personnes qui l'ont entourée par la suite. Elle est très passive, elle a une peur excessive d'être abandonnée par les personnes dont elle est le plus proche, à savoir ses enfants. Il s'agit d'un véritable trouble de personnalité, et non pas des traits de personnalité, car ce trouble est à l'origine de nombre de ses difficultés. Elle n'a pas pris la décision de retrouver un emploi, elle se sent bien dans son mode de fonctionnement actuel, elle a trouvé l'apaisement qu'elle recherchait. Elle n'a pas mis en place de stratégies pour changer son mode de fonctionnement.

Il s'agit d'une expertise et qui n'effectue que peu de gestes de la vie quotidienne ceci étant essentiellement assurée par sa fille et son fils.

Ses ressources internes sont faibles car elle ne semble dépendre que de son fils, de sa fille et de son frère. Elle n'a pas de formation professionnelle et n'a pas travaillé depuis de nombreuses années. Elle parle le français. Elle détient le permis de conduire, mais a peur de conduire, et ne possède pas de voiture. Elle se déplace en transports publics.

Malgré des diagnostics bien posés, les traitements n'ont jamais amélioré la situation. Les douleurs sont constantes, enkystées dans le temps. Elle sollicite son entourage de manière accrue. Il n'y a pas de dramatisation des douleurs, mais celles-ci ne peuvent être complètement expliquées par un processus physiologique sous-jacent.

L'expert psychiatre avec un syndrome douloureux somatoforme et rhumatologue avec la fibromyalgie se rejoignent pour dire que ces pathologies n'ont pas de retentissement sur la capacité de travail car les limitations ne sont pas uniformes et les ressources externes, dont elle profite, sont très présentes.

Ses limitations sont qu'elle a des difficultés à planifier et à structurer les tâches. Elle ne prend pas de décision concernant l'organisation de sa journée. Depuis 2014, elle a du mal à planifier ses journées, elle fait toujours la même chose. Intellectuellement, elle serait toutefois capable d'avoir une activité professionnelle simple. Si on le lui demandait ou si on lui en laissait le choix, elle pourrait changer

quelque peu son existence. En effet, elle ne présente pas de troubles cognitifs ni de fatigabilité majeure.

Il y a des difficultés concernant la flexibilité et l'adaptabilité. Ce sont des sources d'angoisse.

Le manque de dynamisme et le déconditionnement entraînent l'incapacité à mettre en application ses compétences.

Elle ne porte pas de jugement, elle est passive et elle manque de stimuli intellectuels.

L'activité spontanée est faible. Elle a pris l'habitude d'être aidée par son entourage et c'est maintenant un cercle vicieux duquel elle a du mal à sortir.

Elle ne débute quasiment pas d'activité spontanément. La persévérance est faible en raison de la routine dans laquelle elle s'est inscrite.

Elle a des difficultés à dire non. Elle est très dépendante des autres. En dehors de sa famille, elle est plutôt isolée.

Elle ne recherche pas les conflits, elle peut travailler en groupe mais elle aura du mal à échanger avec les autres et à prendre des décisions.

Elle ne recherche pas la vie de couple. Elle reste très centrée sur ses enfants. Néanmoins, elle a pu vivre en couple sans grand conflit. »

Dans un chapitre intitulé « Motivation de travail globale », les experts ont relevé ce qui suit (sic) :

« Dans l'activité antérieure essentiellement d'origine rhumatologique : 0% depuis décembre 2016. Il n'y a pas de raison rhumatologique de s'écarter des conclusions de l'expertise de la B. _____ d'avril 2021

Du point de vue psychiatrique : La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici est de 100% jusqu'au 11.09.2012, date de constatation d'un épisode dépressif sévère.

Du 11.09.2012 à juin 2014, la capacité de travail était de 0% en raison de cet épisode dépressif sévère.

Depuis juin 2014, la capacité de travail est de 100%. La bradypsychie, la fatigue, la fatigabilité, peuvent être surmontées. Il existe un syndrome douloureux somatoforme persistant, avec une certaine homogénéité concernant les limitations fonctionnelles par rapport au travail et celles constatées au domicile. Lors de l'entretien toutefois, il n'a pas été constaté de douleurs particulières. On constate surtout une passivité et un besoin accru des autres mais ce syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas d'impact sur la capacité de travail.

Le travail habituel respecte les limitations fonctionnelles : travail répétitif, maîtrisé, sans traitement simultané d'informations multiples, sans prise de décision immédiate.

Il n'y a pas de limitation du point de vue de la médecine interne. »

Cela étant, les experts ont retenu 0% de capacité de travail dans l'activité habituelle depuis décembre 2016 et 100% de capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans la rubrique consacrée aux questions interdisciplinaires posées par l'OAI, les experts ont répondu ce qui suit (sic) :

1. Aux termes de votre rapport d'expertise, vous posez notamment le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique. Vous relevez également souscrire aux conclusions de l'expert H._____, qui avait retenu une amélioration de l'épisode dépressif majeur au mois de juin 2014 avec un épisode d'intensité légère. Pouvez-vous préciser quelle a été l'évolution de ce trouble depuis 2014 et jusqu'à ce jour puisque vous reprenez désormais un épisode d'intensité moyenne ?

Depuis juin 2014, l'épisode dépressif était léger selon le Dr H._____ mais il a évolué au fil du temps en fonction des événements extérieurs. Comme nous l'avons précisé dans notre première expertise ainsi que dans celle-ci, il existe un fond dysthymique : l'expertisée a globalement une tristesse d'humeur et un manque d'intérêt. Sur ce fond de dysthymie viennent se greffer des périodes de tristesse d'humeur plus importantes, comme lors de l'accident vasculaire de sa fille.

Il est difficile d'obtenir des détails précis de la part de l'expertisée mais il semble que dans l'ensemble, selon l'anamnèse clinique, il existe des variations d'humeur entre les différents épisodes dépressifs d'intensité légère à moyenne. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un épisode dépressif sévère car il n'y a pas eu de passage à l'acte hétéro- ou auto-agressif, ni d'hospitalisation. Les éléments délirants retenus ne sont pas congruents à l'humeur et ils peuvent donc être séparés d'un épisode dépressif, en outre ils ne sont pas graves.

2. Pouvez-vous préciser si l'épisode dépressif moyen diagnostiqué a eu une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, et si oui à quel degré, depuis 2014 et jusqu'à ce jour, en tenant compte des indicateurs pertinents de la jurisprudence en cas d'atteinte psychiatrique

L'épisode dépressif moyen diagnostiqué n'a pas d'impact sur la capacité de travail. En effet, la fatigue et la fatigabilité qui sont plutôt légères peuvent être surmontées si les limitations fonctionnelles sont respectées. Rappelons que le travail habituel respecte les limitations fonctionnelles et qu'il n'y a pas de véritables troubles cognitifs majeurs.

3. *Pouvez-vous expliciter les raisons pour lesquelles vous estimez que le trouble de la personnalité dépendante diagnostiqué n'a pas de répercussion sur la capacité de travail ?*

Le trouble de personnalité dépendante n'entraîne pas de répercussions sur la capacité de travail car il n'entraîne pas de limitation dans les rapports aux autres, notamment pas de conflits. Il entraîne simplement une passivité mais celle-ci pourrait être surmontée si elle avait une activité répétitive. Comme ses enfants sont très présents pour elle et qu'elle ne sent pas abandonnée, il n'y a pas de décompensation thymique sévère. A noter que la dépendance est surtout présente au domicile et qu'en cas de reconditionnement professionnel, elle pourrait s'adapter à la situation. Rappelons que cette personne a pu travailler par le passé alors qu'un trouble de personnalité était déjà présent depuis de nombreuses années.

4. *Aux termes du volet rhumatologique du rapport d'expertise, le diagnostic de fibromyalgie a formellement été posé. Celui de trouble somatoforme douloureux est quant à lui posé sur le plan psychiatrique. L'expert rhumatologue a notamment mentionné que la fibromyalgie semblait constituer l'atteinte principale affectant notre assurée et que cette dernière ne montrait plus aucune autonomie dans les activités quotidiennes. La jurisprudence du Tribunal fédéral considère la fibromyalgie comme faisant partie des affections psychosomatiques assimilées aux troubles somatoformes douloureux, dont il convient d'analyser le caractère invalidant à la lumière des indicateurs standards de l'ATF 141 V 281. Pouvez-vous dès lors vous prononcer sur le caractère invalidant ou non de la fibromyalgie, respectivement du trouble somatoforme douloureux diagnostiqué, en tenant compte des différents indicateurs pertinents ? Merci en particulier de vous prononcer en détail sur l'intensité du trouble et sur l'interaction de celui-ci avec les autres diagnostics posés.*

Le syndrome douloureux somatoforme persistant que nous trouvons est de faible importance. Lors de notre entretien, elle n'a pas évoqué de douleurs majeures et il n'y a pas d'envahissement du champ de pensée autour des douleurs. La description d'une journée type témoigne d'une passivité et d'un manque d'activités spontanées mais tout cela est en fait entretenu par le fait qu'elle est trop aidée par ses enfants. Si elle pouvait aller travailler à l'extérieur et se responsabiliser un peu plus, elle pourrait prendre confiance en elle et s'adapter à la situation.

Les limitations fonctionnelles concernant le travail ne sont pas les mêmes que celles qui sont constatées au domicile, notamment lorsqu'il existe une sollicitation extérieure.

C'est ce qui a été constaté par l'expert rhumatologue avec des limitations qui ne sont pas uniformes et la sollicitation excessive des proches.

Quels sont, sous l'angle médical, les effets des atteintes à la santé sur les activités suivantes :

— *Alimentation (préparer et cuire les aliments, servir les repas, nettoyer la cuisine au quotidien, faire des provisions)*

Pas de limitation d'ordre psychiatrique. Une nouvelle fois, si elle n'était pas aidée par son entourage, elle pourrait réaliser ses actes. Possible, en dehors des efforts ne respectant pas les limitations fonctionnelles, du point de vue rhumatologique.

— *Entretien du logement ou de la maison (ranger, épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, changer les draps de lit, nettoyer à fond, soigner les plantes, le jardin, l'extérieur de la maison, sortir les déchets) et garde des animaux domestiques (les promener, les nettoyer, etc.)*

Pas de limitation d'ordre psychiatrique. Elle pourrait réaliser ses actes, à son rythme.

Possible, en dehors des efforts ne respectant pas les limitations fonctionnelles, du point de vue rhumatologique.

— *Achats (courses quotidiennes et achats plus importants) et courses diverses (poste, assurances, services officiels)*

Pas de limitation d'ordre psychiatrique.

Possible, en dehors des efforts ne respectant pas les limitations fonctionnelles, du point de vue rhumatologique.

— *Lessive et entretien des vêtements (laver, étendre et plier le linge, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures)*

Pas de limitation d'ordre psychiatrique

Possible, en dehors des efforts ne respectant pas les limitations fonctionnelles, du point de vue rhumatologique.

— *Sofris (réd. : soins) aux enfants ou autres membres de la famille*

Actuellement, ses enfants sont hors de la coquille mais elle pourrait être amenée à réaliser des actes pour une tierce personne si elle en était dans l'obligation.

Questions posées par PROCAP relatives au cas d'espèce

1. *Descriptif détaillé et évolution de la journée-type du quotidien depuis 2014. Préciser les sources à partir desquelles le descriptif est établi. Observations et constats tirés de cette évolution.*

Nous nous apercevons qu'il n'y a aucune évolution par rapport à notre première évaluation de 2021. L'évaluation de la journée type de 2014 est très proche de celle que nous avons décrite dans nos deux expertises. De ce fait, nous considérons qu'il n'y a aucune évolution depuis 2014 concernant le mode de fonctionnement de l'expertisée.

2. *Vous estimez, selon la mini CIF (13 capacités), que l'assurée présente des limitations pour certaines capacités (notamment la capacité 2., la 5., la 6, ...). Certaines altérations découlent de la personnalité de l'assurée. Or, vous reprenez aucune influence incapacitante de celle-ci. En outre, vous ne cotez pas la sévérité des limitations retenues et vous avez évalué ces capacités dans le contexte de référence où l'assurée ne travaille pas (environnement personnel quotidien). L'expert psychiatre juge les ressources de l'assurée comme étant faibles. Quelles sont les*

raisons justifiant de ne retenir aucune répercussion sur la capacité de travail, malgré des capacités limitées et des ressources jugées faibles ?

Nous considérons qu'il existe un déconditionnement et des habitudes de vie qui se sont mises en place, mais qui pourraient être surmontées dans le futur. Paradoxalement, l'aide des enfants maintient l'expertisée dans un état de dépendance, mais elle a encore les capacités de se réinvestir dans des activités autres, à condition d'être instruite au préalable dans les nouvelles activités qu'elle devrait faire. Elle a une capacité cognitive qui reste suffisante pour lui permettre de s'adapter à des procédures et à de nouvelles règles et routines. Elle manque d'initiative, mais nous estimons que si elle pouvait acquérir certaines aptitudes dans un travail répétitif, elle pourrait l'accomplir de manière tout à fait satisfaisante.

3. *Pouvez-vous réévaluer de manière complète ces capacités sur la base de la mini CIF en précisant les sources d'informations à partir desquelles cette évaluation est réalisée et en prenant en compte le contexte de référence d'une activité professionnelle.*

Nous avons évalué de manière complète les capacités selon la mini CIF en nous basant sur notre première expertise, sur celle du Dr H. _____ et sur l'évaluation clinique précise lors de notre dernier entretien.

Dans le volet psychiatrique, l'expert a plus particulièrement indiqué ce qui suit (sic) :

« 4.3 Constatations lors de l'examen

Fonctions cognitives pas de trouble de l'attention, pas de trouble de la flexibilité mentale ou de la planification. Pas de désorientation temporo-spatiale. Nous retenons une bradypsychie. Pauvreté des thèmes abordés.

Humeur tristesse d'humeur, et ralentissement psychomoteur moyen. Pas d'euphorie. Idées suicidaires exprimées, sans scénarisation. Pessimisme. Baisse d'élan vital ressenti. Fatigue et fatigabilité légères.

Anxiété et dissociation : pas de manifestations neurovégétatives comme des sueurs ou une pâleur de visage. Pas de rituels. Pas de changement de tonalité de voix ou de couleur de peau. Pas de digressions. Pas d'irritabilité. Tension anxieuse perceptible.

[...]

Conflit avec la réalité : pas d'hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques, pas de barrages, pas de néologismes, pas de syndrome d'influence, pas d'automatisme mentale ou de tendance interprétative. Elle évoque un délire : sentiment d'être épiée par une ombre, mais nous n'avons aucun élément objectif concernant celui-ci.

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Planification et structuration des tâches	Elle a des difficultés à planifier et à structurer les tâches. Elle ne prend pas de décision concernant l'organisation de sa journée. Depuis 2014, elle a du mal à planifier ses journées, elle fait toujours la même chose. Intellectuellement, elle serait toutefois capable d'avoir une activité professionnelle simple. Si on le lui demandait ou si on lui en laissait le choix, elle pourrait changer quelque peu son existence. En effet, elle ne présente pas de troubles cognitifs ni de fatigabilité majeure. Cotation : 3
Adaptation aux règles et aux routines	Elle s'adapte rapidement aux règles et aux routines. Cotation : 5.
Flexibilité et adaptabilité	Il y a des difficultés concernant la flexibilité et l'adaptabilité. Ce sont des sources d'angoisse. Cotation : 3
Mise en pratique des compétences	Malgré une absence de diplôme, elle a pu mettre en application ses compétences dans divers emplois. Ce sont bien le manque de dynamisme et le déconditionnement qui entraînent l'incapacité à mettre en application ses compétences. Cotation : 3
Capacité à porter des jugements et à prendre des décisions	Elle ne porte pas de jugement, elle est passive et elle manque de stimuli intellectuels. Capacité : 3
Activité spontanée	L'activité spontanée est faible. Elle a pris l'habitude d'être aidée par son entourage et c'est maintenant un cercle vicieux duquel elle a du mal à sortir. Capacité : 3
Persévérance	Elle ne débute quasiment pas d'activité spontanément. La persévérance est faible en raison de la routine dans laquelle elle s'est inscrite. Capacité
Capacité d'affirmation de soi	Elle a des difficultés à dire non. Elle est très dépendante des autres. Capacité : 3.
Rapports avec la famille et les intimes	Ils sont plutôt bons avec ses enfants. En dehors de sa famille, elle est plutôt isolée. Capacité 4
Contact avec les autres, capacité à pouvoir travailler en groupe	Elle ne recherche pas les conflits, elle peut travailler en groupe mais elle aura du mal à échanger avec les autres et à prendre des décisions. Capacité : 4
Capacité au rapport privilégié à deux	Elle ne recherche pas la vie de couple. Elle reste très centrée sur ses enfants. Néanmoins, elle a pu vivre en couple sans grand conflit. Capacité : 3
Capacité à prendre soin de soi	Hygiène correcte. Elle peut se rendre à ses rendez-vous médicaux par elle-même. Capacité : 4
Capacité à se mouvoir	Elle ne possède pas le permis de conduire. Elle ne se déplace quasiment pas mais elle peut marcher. Ses enfants l'accompagnent parfois à certains endroits. Capacité : 2.

Total : 42.

[...]. »

Dans un avis SMR du 9 août 2022, le Dr Z._____ s'est rallié aux conclusions des experts du B._____, relevant que ces derniers faisaient état d'une situation superposable à celle déjà examinée mais avec des limitations plus exhaustives ; les précédentes conclusions

relatives à la capacité de travail demeuraient donc pertinentes en respectant les limitations fonctionnelles.

Par courrier de Procap du 22 septembre 2022, l'assurée a contesté la valeur probante du volet psychiatrique du complément d'expertise du 24 juin 2022. Elle a relevé en substance que l'outil mini CIF-APP aurait été utilisé incorrectement par l'expert psychiatre et fait valoir que les symptômes dépressifs qu'elle présente impactent bon nombre de ses capacités. Ainsi, selon l'assurée, la perturbation de l'humeur selon le status, à savoir un ralentissement psychomoteur moyen, un pessimisme, une tristesse, une baisse de l'élan vital, une fatigue et une fatigabilité légères influencent plus défavorablement sa capacité à la flexibilité et à l'adaptation, les activités spontanées, la proactivité, l'endurance, la résistance, la planification et la structuration des tâches. Elle conteste l'avis de l'expert qui, selon elle, semble affirmer que seuls des troubles cognitifs majeurs d'un épisode dépressif seraient susceptibles de justifier un impact sur la capacité de travail. Enfin, elle a allégué que l'interaction entre le trouble de la personnalité et le trouble dépressif n'aurait pas été abordé par l'expert et que celui-ci aurait retenu de manière inadéquate le caractère surmontable des difficultés.

Par décision du 28 septembre 2022, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à toute rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles, reprenant pour l'essentiel la motivation développée dans son projet du 20 octobre 2021. Dans une lettre de motivation datée du jour précédent, il a notamment exposé ce qui suit (sic) :

« Nous constatons que dans leur complément, les experts ont dûment explicité les raisons pour lesquelles le trouble de la personnalité dépendante diagnostiqué ne se répercutait pas sur la capacité de travail de l'assurée, de même que le passage d'un épisode dépressif qualifié de léger en 2014 à moyen actuellement. Relevons en particulier à ce dernier propos que la fatigue et la fatigabilité retrouvées sont qualifiées de plutôt légères et qu'il n'y pas de troubles cognitifs, de sorte qu'en regard de cette atteinte, l'activité habituelle serait toujours adaptée. C'est ainsi en tenant compte de la nature de l'activité exercée antérieurement par l'intéressée que les experts ont retenu que cette atteinte ne revêtait pas une gravité suffisante pour se répercuter sur la capacité de travail et non uniquement

en fonction de l'intensité de l'épisode dépressif diagnostiqué. Dans son rapport médical du 11 mars 2019, la Dresse I. _____, généraliste de l'assurée, se référant à son suivi psychologique, relevait d'ailleurs que les atteintes psychiatriques ne justifiaient pas en elles-mêmes d'incapacité de travail. L'intéressée n'est au demeurant pas suivie par un psychiatre ni ne prend de médication. Quant au propos de l'expert psychiatre selon lequel certaines difficultés de l'assurée seraient surmontables, il est à comprendre en ce sens que les difficultés en question ne sont pas incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle simple et répétitive. Par ailleurs, si une confusion entre les termes « cotation » et « capacité » ainsi que sur l'échelle utilisée apparaît à la lecture de l'évaluation selon l'outil mini CIF-APP, les commentaires rédigés pour chaque domaine considéré permettent d'en appréhender de manière satisfaisante le résultat. Pour le surplus, notamment s'agissant de l'impact du trouble de la personnalité diagnostiqué, nous nous référons au contenu des réponses des experts aux questions complémentaires qui ont été formulées, qui sont suffisamment motivées.

Quant au caractère invalidant de la fibromyalgie et du trouble somatoforme douloureux diagnostiqués, relevons, s'agissant des indicateurs relevant du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte, que cette dernière a été qualifiée de peu d'importance, sans que des douleurs majeures ne soient évoquées durant l'entretien ni qu'il y ait d'envahissement du champ de pensée autour de celles-ci. La prise de traitement antalgique ne correspond par ailleurs pas au seuil de douleur allégué selon les experts. Si l'assurée semble disposer de peu de ressources internes, ses ressources externes, dont elle profite (famille, amis) sont décrites comme riches. En ce qui concerne la cohérence, les experts ont considéré que les limitations fonctionnelles concernant le travail n'étaient pas les mêmes que celles qui sont constatées au domicile, notamment lorsqu'il existe une sollicitation extérieure. L'assurée se promène encore deux fois par semaine avec des amis ou son fils, fait des courses, et s'est récemment rendue seule en Turquie en avion. Sa journée-type témoigne d'une passivité et d'un manque d'activité spontanées, mais cela s'explique selon les experts par le fait qu'elle serait aidée plus que de nécessaire par ses enfants et qu'elle parviendrait à s'adapter à la situation si elle devait aller travailler à l'extérieur. De même, si elle n'était pas aidée par son entourage, elle pourrait réaliser les tâches ménagères et les actes courants de la vie quotidienne. Ainsi, les experts considèrent que le déconditionnement et les habitudes de vie mises en places peuvent être surmontées, en raison des capacités cognitives suffisantes de l'assurée pour permettre de s'adapter à des nouvelles procédures et de nouvelles règles de routine.

Nous estimons ainsi, compte tenu de ces explications complémentaires, que le rapport d'expertise du 26 avril 2021 ainsi que son complément revêtent une valeur probante suffisante au sens de la jurisprudence et permettent d'écarter le caractère invalidant des atteintes diagnostiquées.

Au vu de ce qui précède, et de l'absence d'évolution significative depuis le dernier examen d'expertise, nous confirmons l'appréciation de la capacité de travail de votre mandante, à

savoir que celle-ci est pleine dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Précisons enfin que notre service de réadaptation a pris connaissance des limitations fonctionnelles telles qu'énoncées au terme du complément d'expertise du B. _____ et a retenu que celles-ci ne modifiaient pas le calcul du préjudice économique opéré aux termes de notre projet de décision ni les exemples d'activités adaptées indiqués au dossier.

En conclusion, vos arguments ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de notre projet de décision. »

D. Par acte de son mandataire du 2 novembre 2022, K. _____ a formé recours contre la décision de l'OAI du 28 septembre 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois en concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'intimé est « condamné » à lui verser les prestations légales découlant de la loi sur l'assurance-invalidité. A titre subsidiaire, elle conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Contestant la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise du B. _____, la recourante fait en substance valoir que l'expert psychiatre fait une mauvaise utilisation de la mini CIF-APP, qu'il n'explique pas en quoi les symptômes découlant des atteintes psychiatriques peuvent être surmontés, notamment sous l'angle du trouble délirant, que l'expert n'a pas non plus fait le lien entre l'aide familiale et le diagnostic de personnalité dépendante et que, finalement, il n'examine pas l'interaction entre le trouble de la personnalité et le trouble dépressif.

Par ordonnance du 7 novembre 2022, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 2 novembre précédent, l'exonérant des frais judiciaires et de leurs avances.

Par réponse du 1^{er} décembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Relevant que la recourante conteste la capacité de travail retenue sur le plan psychiatrique, l'intimé renvoie à l'analyse de la situation médicale effectuée par le SMR le 9 août 2022 ainsi qu'à sa lettre de motivation du 27 septembre 2022 dans laquelle il a répondu aux

arguments déjà amenés par la recourante dans le cadre de la procédure d'audition.

Par réplique du 16 janvier 2023, la recourante a maintenu les « faits, moyens et conclusions de son mémoire de recours ».

L'intimé ne s'est pas déterminé plus avant.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, à la suite de la nouvelle demande qu'elle a déposée le 6 novembre 2017, singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 17 juillet 2015 par l'OAI et la décision litigieuse du 28 septembre 2022.

3. 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 pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

La recourante étant âgée de moins de 55 ans le 1^{er} janvier 2022 et se prévalant d'une dégradation de son état de santé, respectivement de sa capacité de gain à compter du 6 novembre 2017, c'est l'ancien droit qui s'applique. Les dispositions légales mentionnées ci-dessous s'entendent dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021, sauf indication expresse contraire.

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

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

c) 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).

Dorénavant, 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).

Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des

indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les symptômes décrits et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

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

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

mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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

d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans

chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

En fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Compte tenu du principe de proportionnalité, il peut être renoncé à cette méthode d'administration des preuves, lorsque, vu le besoin concret de preuves, une telle administration ne s'avère ni nécessaire, ni adéquate (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3).

e) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) – ou, comme en l'espèce, après l'octroi rétroactif d'une prestation limitée dans le temps, ce qui revient à nier (implicitement) le droit à celle-ci pour la période subséquente (TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1) – elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de la personne assurée, par analogie à ce qui prévaut en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA ; lors d'un recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 p. 66 et les arrêts cités). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une

modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres 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 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

f) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPG). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'office AI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert

dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

6. En l'espèce, il est constant que l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 6 novembre 2017 par la recourante. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 17 juillet 2015 et la décision litigieuse, l'état de santé de l'assurée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) La précédente décision du 17 juillet 2015 reposait essentiellement sur l'avis du 4 décembre 2014 de l'expert H._____ reconnaissant à K._____ une incapacité de travail totale du mois de septembre 2012 jusqu'au mois de janvier voire juin 2014, en lien avec une décompensation psychique.

Dans le cas présent, il est constant que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de nettoyeuse en raison de l'atteinte cervicale et de la périarthrite scapulo-humérale droite depuis décembre 2016. Ces éléments sont manifestement nouveaux par rapport à la situation qui prévalait lors de la décision du 17 juillet 2015. Toutefois, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire établie le 26 avril 2021 par les experts du B._____ et le complément d'expertise du 24 juin 2022, l'intimé a retenu que, depuis le mois de décembre 2016, la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles rhumatologiques (pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol et des deux mains, pas de porte-à-faux du buste et du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg avec les deux mains, pas d'effort du membre supérieur gauche au-delà de la ligne des épaules, pas de position à genoux ou accroupie maintenue, pas de montée et de descente d'escalier répétées, possibilité de changement de position). Sur le plan psychiatrique, l'OAI s'est également fondé sur l'avis des experts du B._____ selon lesquels, hormis une période d'incapacité de travail de septembre 2012 à juin 2014 en raison d'un épisode dépressif sévère, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée impliquant un travail répétitif maîtrisé, sans traitement simultané d'informations multiples et sans prise de décision immédiate. La recourante réfute cette appréciation en niant toute valeur probante au volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire (et son complément) confiée à B._____.

b) La Cour de céans constate qu'au terme des deux examens cliniques auxquels il a procédé dans le cadre du volet psychiatrique de l'expertise du 26 avril 2021 et de son complément du 24 juin 2022, l'expert psychiatre, le Dr B.W._____, a posé les diagnostics d'épisode

dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de trouble de la personnalité dépendante (F60.7) et de trouble délirant (F22.0). Dans le cadre de son examen, il disposait également du dossier médical de la recourante que l'intimé lui avait transmis et des résultats des examens sérologiques, ainsi que des données transmises par les coexperts. Dans son analyse du cas, il a tenu compte de l'anamnèse, du contexte de vie (descriptif d'une journée type tel que raconté par l'intéressée) et des plaintes de l'assurée. Il a procédé à un examen structuré et évalué les indicateurs prescrits par la jurisprudence relative aux affections psychiatriques. Enfin il a livré ses conclusions après une discussion consensuelle avec les co-experts, spécialistes en rhumatologie et en médecine interne.

ca) Si le syndrome douloureux somatoforme persistant est qualifié de manifeste, l'expert psychiatre relève qu'il est de faible intensité, marqué par une accentuation des douleurs, non totalement expliquées par une atteinte somatique sous-jacente. Il est rejoint sur ce point par le coexpert rhumatologue, qui, en ce qui concerne le syndrome musculo-squelettique douloureux de type fibromyalgie, relève que si la cohérence et la plausibilité des plaintes sont conservées, il a constaté une nette exagération de celles-ci et des limitations fonctionnelles en découlant (activité quotidienne selon la journée type décrite par l'intéressée) eu égard à l'absence d'objectivation sur les plans clinique et radiologique. De façon consensuelle, les deux experts s'accordent encore pour souligner le fait que la prise d'antalgique ne correspond pas au niveau de douleur allégué par l'assurée, que celle-ci se déplace sans difficulté et ne s'est pas plainte de douleurs majeures au cours des examens cliniques. L'expert psychiatre n'a par ailleurs pas constaté d'envahissement du champ de la pensée autour de douleurs. Il relève que la description d'une journée type témoigne d'une passivité et d'un manque d'activités spontanées mais que tout cela est entretenu par le fait qu'elle est trop aidée par ses enfants. A nouveau, il est rejoint sur ce point par l'expert rhumatologue, tous deux considérant que tant le syndrome douloureux somatoforme que l'atteinte de type fibromyalgie n'ont pas de retentissement sur la capacité de travail, car les limitations ne sont pas

uniformes dans la sphère privée et dans l'activité habituelle de nettoyeuse ou celle de ménagère et que les ressources externes, dont la recourante profite, sont très présentes.

cb) En ce qui concerne le trouble de la personnalité, l'expert psychiatre ne le considère pas comme décompensé, puisque l'assurée ne souffre pas de sa dépendance : comme ses enfants sont très présents pour elle, elle ne se sent pas abandonnée et il n'y a donc pas de décompensation thymique sévère. Il relève que la dépendance est surtout présente au domicile et, rappelant que l'assurée a pu travailler par le passé alors qu'un trouble de la personnalité était déjà présent depuis de nombreuses années, estime qu'en cas de reconditionnement professionnel, elle pourrait s'adapter à la situation. Il est d'avis que le trouble de personnalité dépendante n'a pas de répercussions sur la capacité de travail, car il n'entraîne pas de limitation dans les rapports aux autres, notamment pas de conflits. Il induit simplement une passivité, qui pourrait être surmontée si la recourante avait une activité répétitive. L'expert psychiatre indique que les limitations que l'assurée présente dans le cadre du trouble de la personnalité dépendante viennent du fait qu'elle a des difficultés à planifier et à structurer les tâches. Elle ne prend pas de décision concernant l'organisation de sa journée. Depuis 2014, elle a du mal à planifier ses journées et fait toujours la même chose. Si on se réfère au descriptif d'une de ses journées type tel qu'elle l'a elle-même raconté lors du complément d'expertise, elle se lève entre 8 et 9 heures. Le dérouillage matinal est court, environ 5 minutes. Elle est essentiellement gênée par des vertiges. Elle se lève, boit un café, mais mange rarement. Elle prendra une douche une fois tous les 3 à 4 jours, surtout le soir dans une douche, sans s'asseoir, et l'eau chaude lui fait du bien. Ensuite, dans la matinée, elle fait quelques petits rangements en se reposant régulièrement, parfois au balcon. Elle peut manger avec ses enfants s'ils sont présents. Souvent sa fille part dans l'après-midi, mais son fils reste. Elle ne fait pas la sieste et l'après-midi se passera de la même manière mais deux fois par semaine elle sort marcher, soit avec des amis soit avec son fils. Ils vont ensuite souper, repas préparé par ses enfants, surtout son fils, puis elle se couchera vers 22 heures en mettant environ 1 à 2 heures

pour s'endormir malgré les médicaments. Elle se réveille souvent à 3 heures du matin, elle réussit à se rendormir puis se réveille de nouveau à 5 heures du matin, souvent en ayant plus de difficulté pour se rendormir, mais elle reste dans son lit jusqu'à 8 heures. Elle dit qu'elle est réveillée par l'angoisse, le stress et les douleurs.

A l'occasion de son examen clinique lors du complément d'expertise, l'expert psychiatre n'a pas constaté de trouble de l'attention, de la flexibilité mentale ou de la planification. Il a retenu une bradypsychie, une tristesse d'humeur et un ralentissement psychomoteur moyen. Des idées suicidaires ont été exprimées, sans scénarisation. L'expert psychiatre a constaté un pessimisme, un ressenti de baisse de l'élan vital, mais a retenu une fatigue et une fatigabilité légères. Il considère que l'assurée ne présente pas de troubles cognitifs majeurs et qu'intellectuellement elle serait capable d'avoir une activité professionnelle simple. Il estime ses ressources internes faibles, car elle ne semble dépendre que de son fils, de sa fille et de son frère. Elle n'a pas de formation professionnelle, parle le français et détient le permis de conduire, mais ne conduit pas, se déplaçant avec les transports publics.

Au terme de son analyse, l'expert psychiatre conclut que si on le lui demandait ou si on lui en laissait le choix, l'assurée pourrait changer quelque peu son existence en exerçant une activité simple et répétitive après avoir été instruite. Il attribue son incapacité à mettre en application ses compétences à un manque de dynamisme et à un déconditionnement. A cet égard, il relève que l'activité spontanée est faible, qu'elle peine à dire non, qu'elle a pris l'habitude d'être aidée par son entourage et qu'elle se trouve dans un cercle vicieux duquel elle a du mal à sortir.

cc) En ce qui concerne le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, l'expert psychiatre expose dans le complément d'expertise en réponse à une question de la recourante que si, depuis juin 2014, il était léger selon le Dr H. _____, il a évolué au fil du temps en fonction des événements extérieurs. Il rappelle qu'il existe un fond dysthymique, l'expertisée ayant globalement une tristesse d'humeur

et un manque d'intérêt. Grâce à un antidépresseur, la situation s'est améliorée du point de vue clinique, avec la disparition du trouble panique et de l'agoraphobie apparus en 2009. Sur ce fond de dysthymie viennent se greffer des périodes de tristesse d'humeur plus importantes, comme lors de l'accident vasculaire de sa fille. Il souligne le fait qu'il est difficile d'obtenir des détails précis de la part de l'assurée mais que selon l'anamnèse clinique, il existe des variations d'humeur entre les différents épisodes dépressifs d'intensité légère à moyenne. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un épisode dépressif sévère, car il n'y a pas eu de passage à l'acte hétéro- ou auto-agressif, ni d'hospitalisation. L'expert retient encore que les éléments délirants retenus ne sont pas congruents à l'humeur et qu'ils peuvent donc être séparés d'un épisode dépressif ; en outre ils ne sont pas graves. Il en conclut, toujours en réponse à une question de la recourante lors du complément d'expertise, que l'épisode dépressif moyen diagnostiqué n'a pas d'impact sur la capacité de travail. A cet égard, il relève que la fatigue et la fatigabilité sont plutôt légères et peuvent être surmontées si les limitations fonctionnelles sont respectées. Il rappelle encore que le travail habituel de nettoyeuse respecte, du point de vue psychiatrique, les limitations fonctionnelles et qu'il n'y a pas de véritables troubles cognitifs majeurs.

d) Il n'en demeure pas moins que la recourante conteste la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise que l'intimé a confiée à B. _____ et sur laquelle il s'est fondé pour rejeter la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par l'intéressée le 6 novembre 2017.

da) En premier lieu, la recourante fait valoir qu'on peut sérieusement douter de la pertinence des conclusions de l'expert psychiatre en ce qui concerne ses ressources dès lors qu'il a fait une « mauvaise » utilisation de la mini CIF-APP, seul outil pour en juger.

En l'espèce, s'il ressort du volet psychiatrique de l'expertise et de son complément une confusion entre les termes « cotation » et « capacité » ainsi qu'en ce qui concerne l'échelle utilisée dans la mini CIF-

APP, il apparaît toutefois à la lecture attentive de l'évaluation que les commentaires rédigés par l'expert psychiatre pour chacun des 13 domaines considérés (planification et structuration des tâches, adaptation aux règles et aux routines, flexibilité et adaptabilité etc.) permettent d'en appréhender de manière satisfaisante le résultat. Ces commentaires correspondent d'ailleurs à l'analyse détaillée que l'expert a faite des capacités, des ressources et des difficultés de la recourante telles qu'exposée aux considérants 6/cb) et 6/cc) supra relatifs au trouble de la personnalité dépendante et à l'épisode dépressif moyen que présente l'intéressée et à laquelle il suffit de se rapporter. Ce grief tombe donc à faux.

db) Dans un deuxième temps, la recourante reproche à l'expert psychiatre d'avoir considéré que les symptômes découlant des atteintes psychiatriques qu'elle présente puissent être surmontés, sans autre explication, alors qu'une homogénéité est retenue pour les limitations fonctionnelles dans la vie et au travail pour le syndrome douloureux somatoforme persistant, sans que cet élément ait d'impact sur sa capacité de travail selon l'expert.

Sur ce point, il convient également de se référer à l'analyse de la situation médicale de la recourante à laquelle l'expert psychiatre a procédé en ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme persistant qui a été résumée au considérant 6/ca) ci-dessus. Pour le surplus, on relève que des incohérences entre l'importance des plaintes de l'assurée et son activité quotidienne extrêmement réduite ont été constatées tant par l'expert psychiatre que par l'expert rhumatologue, qui ont indiqué que les douleurs alléguées ne correspondaient pas aux constats cliniques et radiologiques ni au traitement antalgique. Tous deux ont conclu à des douleurs légères. Enfin, s'il est exact que les deux experts ont mentionné que les limitations fonctionnelles légères résultant du syndrome somatoforme douloureux persistant et de la fibromyalgie étaient les mêmes dans l'activité habituelle de nettoyeuse que l'assurée exerçait précédemment que dans l'activité ménagère quotidienne, ils ont également relevé qu'il y avait une incohérence entre l'activité déployée

par la recourante dans ses loisirs et les activités ménagères quotidiennes. Il ressort en effet des propos de l'assurée elle-même qu'elle est en mesure de sortir de chez elle pour aller se promener avec ses enfants ou des amis, se rendre au centre culturel, se déplacer seule pour ses rendez-vous médicaux et partir seule en Turquie, alors qu'elle n'effectue aucun travail ménager spontanément à part un repas de temps en temps. Tous deux relèvent qu'elle profite largement des ressources externes dont elle dispose, principalement de l'aide de ses enfants. Quant au grief de la surmontabilité, il n'est pas à comprendre dans le sens de l'ancienne jurisprudence en matière de troubles psychiatriques mais, comme l'a exposé l'expert psychiatre, en ce sens que les douleurs, la fatigue et la fatigabilité légères (constats corroborés par l'expert rhumatologue) peuvent être surmontés si l'activité exercée correspond aux limitations fonctionnelles décrites, à savoir un travail répétitif, sans traitement d'informations multiples et sans prise de décision immédiate.

dc) La recourante s'étonne que le trouble délirant qui a été diagnostiqué n'ait aucun effet sur sa capacité de travail et reproche à l'expert psychiatre sa motivation sommaire. Or, si on se réfère à l'expertise du 26 avril 2021, on peut lire au chapitre consacré à l'anamnèse psychiatrique que si l'assurée a tendance à contrôler que la porte soit bien fermée et se relève parfois la nuit pour vérifier, on ne peut toutefois pas parler de véritable rituel. Dans ses constatations lors de l'examen, l'expert relève une absence de trouble de la sphère psychotique : pas de délire, pas d'hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques. Certes, il relate que l'assurée a parfois la sensation qu'une personne vient dans son lit la nuit, mais considère qu'il ne s'agit pas d'un véritable syndrome dissociatif, l'assurée ne présentant pas d'attitude d'écoute. Il ajoute qu'il n'existe pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée. Dans le complément d'expertise, on peut en outre lire dans le chapitre consacré aux constatations lors de l'examen que l'assurée ne présente pas d'hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques ; il n'y a pas de barrages, pas de néologismes, de syndrome d'influence, d'automatisme mentale ou de tendance interprétative. Certes, la recourante évoque un délire, à savoir le sentiment d'être épiée par une ombre, mais l'expert n'a

aucun élément objectif le concernant. Il relève également qu'aucun des thérapeutes consultés n'en ont trouvé de preuve effective et qu'ils n'ont jamais retenu d'éléments psychotiques associés. Au surplus, les deux descriptifs d'une journée type de l'assurée tels qu'ils ont été rapportés dans l'expertise du 26 avril 2021 et son complément du 24 juin 2022, largement superposables par ailleurs, ne mentionnent aucun élément laissant supposer que l'assurée serait entravée dans sa vie par des idées délirantes.

dd) Dans un quatrième grief, la recourante reproche à l'expert psychiatre de considérer que sa passivité, son manque de responsabilisation et son incapacité à entreprendre des activités spontanément résulteraient du fait qu'elle reçoit une aide trop importante de ses proches, qui la maintient dans un état de dépendance. Elle estime que, ce faisant, l'expert psychiatre passe sous silence le trouble de la personnalité dépendante qu'elle présente, lequel constitue une problématique s'inscrivant dans un trouble d'ordre psychiatrique.

A cet égard, outre l'analyse à laquelle a procédé l'expert psychiatre en ce qui concerne la problématique des ressources en lien avec le trouble de personnalité dépendante que présente la recourante figurant au considérant 6/cb), il convient de rappeler que les ressources externes dont dispose un assuré doivent être prises en considération lors de l'examen de sa situation médicale et plus particulièrement de sa capacité de travail, ceci conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). Dans le cas d'espèce, l'expert psychiatre, tout comme le coexpert rhumatologue, a considéré que c'est une aide excessive de ses proches qui empêche la recourante de mettre en exergue ses compétences, donc ses ressources internes, pour exercer une activité professionnelle. Au surplus, on rappelle que l'expert psychiatre s'est également exprimé sur les raisons pour lesquelles le trouble de la personnalité dépendante n'a pas d'impact sur la capacité de travail de l'assurée, soit notamment l'absence de troubles cognitifs majeurs et le fait qu'elle ne recherche pas les conflits et est à même de travailler dans un groupe.

de) Enfin, la recourante reproche à l'expert psychiatre de ne pas avoir examiné les interactions entre les troubles psychiatriques qu'elle présente, soit en particulier entre l'épisode dépressif moyen et le trouble de la personnalité dépendante.

En l'espèce, dans le complément d'expertise du 24 juin 2022, l'expert psychiatre a dûment expliqué les motifs pour lesquels ni le trouble de la personnalité dépendante ni l'épisode dépressif, qualifié de léger en 2014 et de moyen en 2021-2022 n'ont pas d'impact sur la capacité de travail de la recourante. On rappelle que la fatigue et la fatigabilité ont été considérées comme légères, qu'aucun trouble cognitif majeur n'a été constaté et que les ressources internes dont dispose encore la recourante peinent à s'exprimer spontanément au vu du surcroît d'aide qu'elle reçoit de ses proches pour l'accomplissement de ses tâches quotidiennes. C'est ainsi en tenant compte de la nature de l'activité exercée antérieurement par l'intéressée que l'expert a considéré que l'atteinte psychiatrique globale ne revêtait pas une gravité suffisante pour se répercuter sur la capacité de travail. En ce qui concerne l'importance de la symptomatologie invoquée par la recourante dans son recours, il convient de rappeler qu'elle n'est pas suivie par un psychiatre mais se rend en consultation chez une psychologue toutes les deux à trois semaines et qu'elle ne prend pas de médication spécifique de façon régulière. A cela s'ajoute qu'il y a une incohérence entre l'importance desdits symptômes et leur répercussion sur les activités de l'intéressée dans les différents domaines de sa vie, comme cela a déjà été relevé.

e) Au vu de ce qui précède, et en l'absence d'avis médical objectif contradictoire, la Cour de céans s'en tient aux conclusions claires et convaincantes de l'expert psychiatre, corroboré par les constatations et les conclusions de l'expert rhumatologue en ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux persistant quant à l'inexistence d'un trouble psychiatrique d'une gravité telle qu'il entraînerait une incapacité de travail et reconnaît de ce fait une pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique incriminée.

Pour le reste, les autres volets de l'expertise du B. _____ ne sont pas remis en question et la Cour de céans ne voit aucun motif pertinent de s'en écarter.

7. a) A ce stade, il y a lieu de souligner que la reconnaissance d'un statut d'active à 100 % depuis 2018 n'est pas sujette à controverse. N'est pas non plus disputé le point de départ hypothétique du droit à la rente au 1^{er} mai 2018, soit six mois après le dépôt de la demande en novembre 2017 (art. 29 al. 1 LAI).

Il en ressort, d'une part, que le calcul du taux d'invalidité de la recourante doit par conséquent être fondé sur la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa), selon laquelle 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).

Il en résulte également, d'autre part, que la comparaison susdite doit intervenir en référence avec l'année 2018 (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

b) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité 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 (ATF 126 V 75 ;

Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

c) En l'occurrence, considérant que la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative depuis de très nombreuses années, l'OAI était légitimé à se fonder sur les données statistiques de l'ESS pour déterminer tant le revenu sans invalidité que le revenu avec invalidité.

Concernant le gain de valide, le service de réadaptation de l'OAI a retenu, dans le détail du calcul du salaire exigible du le 27 juillet 2021, que l'assurée avait précédemment exercé dans des activités non qualifiées. Le revenu sans invalidité a en conséquence été arrêté à 54'693 fr. 72, compte tenu des données salariales statistiques découlant de l'ESS 2018, TA1_skill_level, niveau de compétence 1, adaptées à une semaine de travail de 41,7 heures. Des paramètres identiques ont été retenus pour le revenu avec invalidité, dont le montant a dès lors également été arrêté à 54'693 fr. 72. Les montants statistiques n'ont en outre fait l'objet d'aucun abattement dès lors que les limitations fonctionnelles n'ont pas été jugées suffisamment importantes pour le justifier et que les autres facteurs n'apparaissent en outre pas pertinents – appréciation qui apparaît cohérente compte tenu des circonstances du cas particulier. Enfin, le

service de réadaptation de l'OAI a encore précisé que la recourante était en mesure d'exercer un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ou dans le conditionnement ; c'est, au demeurant, le lieu de noter que l'activité d'aide comptable ou aide administrative, telle qu'évoquée dans le projet du 20 octobre 2021 et la décision du 28 septembre 2022, résulte de toute évidence d'une erreur puisque sans rapport avec les spécificités de l'affaire.

Contrôlés d'office, les paramètres de calculs susmentionnés ne prêtent pas le flanc à la critique. Ainsi, la comparaison des revenus aboutit *in casu* à un taux d'invalidité nul qui ne peut qu'être confirmé.

d) Au vu de son degré d'invalidité, le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert pour la recourante (art. 28 LAI).

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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. 1^{bis} 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.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant 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 [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**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 28 septembre 2022 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires provisoirement 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 :

- Procap (pour la recourante), à Bienne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :