

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 avril 2024

Composition : M. PARRONE, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate, à Lausanne,

et

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

Art. 17 et 43 LPGA ; art. 28 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, est mariée et mère de trois enfants, nés en 1998, 2001 et 2006. Entrée en Suisse en 1996, sans formation professionnelle, elle a exercé une activité lucrative à temps partiel dans le domaine des nettoyages.

L'assurée a été victime d'un accident de la circulation le 17 novembre 1998, lequel a occasionné un polytraumatisme avec traumatisme crânio-cérébral, une contusion pulmonaire gauche, une fracture de trois côtes, une plaie hépatique, une rupture de la rate et une contusion avec liponécrose de la cuisse. Elle a développé, dans les suites de cet accident, un état de stress post-traumatique et un trouble dépressif récurrent (cf. rapport de la Dre J._____, médecin généraliste traitant, du 12 octobre 2000 et rapport du Service de psychiatrie de liaison du Centre hospitalier N._____ du 27 novembre 2002).

A l'issue de l'instruction de la demande de prestations déposée le 28 août 2000 par l'assurée, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) lui a octroyé une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 1999 par décisions du 25 avril 2003, confirmées sur opposition le 10 juillet 2003. Le degré d'invalidité était fixé à 65,6 % au moyen de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, compte tenu du statut mixte de l'assurée (45 % du temps consacré à une activité lucrative, 55 % dévolu aux tâches ménagères), d'une incapacité totale de travail et d'un taux d'empêchement de 37,5 % dans le ménage.

B. L'OAI a initié une procédure de révision d'office du droit à la rente le 30 avril 2004. Il a mis en œuvre un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) au sein du Service médical régional (SMR) et une enquête économique sur le ménage. Le SMR a conclu, dans un rapport du 20 juillet 2006, que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée au vu de l'amélioration de son état de santé psychique dès l'automne 2004. Le rapport d'enquête

ménagère du 26 septembre 2006 retenait un taux d'empêchement de 32,9 % dans le ménage.

Etant donné un taux d'invalidité global de 42 %, mis à jour par le biais de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, l'OAI a réduit la demi-rente servie à l'assurée à un quart de rente d'invalidité par décision du 1^{er} mai 2007.

C. Entamant une nouvelle procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assurée dès le 26 janvier 2011, l'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage le 13 décembre 2011. Le rapport correspondant du 19 décembre 2011 a retenu que l'assurée, en bonne santé, aurait augmenté son temps de travail à 60 %, ne consacrant plus que 40 % à ses tâches ménagères, vu la scolarisation de ses enfants. Le taux des empêchements ménagers s'élevait à 33,1 %. L'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à un taux de 50 % demeurait inchangée.

L'OAI a, au surplus, constaté que la détermination du taux d'invalidité à la base de sa précédente décision du 1^{er} mai 2007 reposait sur un calcul erroné du préjudice économique dans la sphère d'activité lucrative. Corrigeant son calcul, il a mis en évidence un degré d'invalidité global de 28,24 % et établi une décision de suppression de la rente d'invalidité servie à l'assurée le 9 octobre 2012.

Saisie d'un recours contre cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a admis et renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, destinée à déterminer l'évolution de son état de santé, sa capacité de travail et sa capacité à accomplir les tâches ménagères, dans un arrêt du 18 mars 2014 (AI 9/13 - 58/2014).

D. L'OAI a donné suite à l'arrêt cantonal susmentionné en confiant un mandat d'expertise pluridisciplinaire sur les plans rhumatologique, neurologique, otoneurologique, psychiatrique et de

médecine interne à la Polyclinique I. _____ le 9 juin 2016. Dans leur rapport du 11 octobre 2016, les experts ont retenu les diagnostics incapacitants de modification durable de la personnalité (F62.0), d'anxiété généralisée (F41.0), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) et de trouble somatoforme persistant (F45.4). Les diagnostics de status post polytraumatisme du 17 novembre 1998, de cervico-dorsolombalgies chroniques, de vertiges subjectifs chroniques et d'hypothyroïdie auto-immune étaient en revanche sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Les experts ont fait part de leur appréciation consensuelle du cas notamment en ces termes (cf. rapport d'expertise de la Polyclinique I. _____ du 11 octobre 2016, p. 22 - 25) :

« [...] Sur le plan internistique, la thyroïdite auto-immune est depuis plusieurs années passée sur le mode d'une hypothyroïdie qui est actuellement bien compensée par la substitution hormonale qui n'engendre aucune limitation fonctionnelle.

Du point de vue neurologique, nous notons que Madame C. _____ a été victime d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance mais sans lésion cérébrale sur l'imagerie effectuée. Nous concluons donc à un traumatisme crânio-cérébral mineur. Les plaintes neurologiques sont des vertiges, des céphalées et des malaises avec perte de connaissance. Les vertiges sont non spécifiques alors que les pertes de connaissance ne sont pas spontanément rapportées. Concernant les céphalées, elles sont décrites comme intégrées au syndrome douloureux rachidien sans les caractéristiques des migraines. L'examen clinique, [l'assurée étant] moyennement collaborative et affichant une lenteur d'exécution, est considéré comme normal. L'EEG [réd.: électroencéphalogramme] réalisé montre un tracé normal. La lecture des imageries cérébrales et rachidiennes à disposition ne retrouve pas d'anomalie.

En conclusion, nous ne retenons pas de pathologie neurologique. Il n'y a pas de limitation fonctionnelle ou de diminution de la capacité de travail de nature neurologique.

Sur le plan ORL, Madame C. _____ se plaint depuis 2011 de l'apparition de vertiges avec instabilité posturale de type tangage en recrudescence depuis début 2016 aggravés par les mouvements du corps et les stimulations visuelles. Ces sensations sont souvent associées à des manifestations d'angoisse avec des crises d'hyperventilation. L'expertisée décrit également un acouphène bilatéral. L'examen otoneurologique clinique et instrumental est normal n'objectivant aucune pathologie vestibulaire périphérique ou centrale susceptible d'expliquer la symptomatologie.

Il est donc conclu à un trouble fonctionnel de type inconfort du mouvement et de l'espace s'inscrivant dans la pathologie psychiatrique actuelle. Les limitations fonctionnelles retenues sont : pas de travail en position dangereuse, pas d'exposition à un défilement visuel permanent. Il n'y a pas d'incapacité de travail d'origine otoneurologique.

Du point de vue rhumatologique, Madame C. _____ se plaint de cervico-dorso-lombalgies chroniques évoluant depuis l'accident de voiture il y a 18 ans. La mobilisation du rachis est douloureuse dans tous les axes. L'examen clinique est pauvre. Il n'est pas retrouvé de raideur importante ni d'amyotrophie. En revanche, il existe des signes comportementaux. L'étude des documents radiologiques montre une possible fracture non pas des murs antérieurs des plateaux supérieurs de D4-D5, mais plutôt du milieu des corps vertébraux, qui n'est pas datable, le bilan initial après l'accident n'ayant pas évoqué ce diagnostic. La hauteur des corps vertébraux et des espaces intervertébraux n'est pas diminuée. Il n'y a pas de progression significative des anomalies radiologiques décrites par le SMR en 2006. Quoiqu'il en soit, en l'absence de non-consolidation ou d'instabilité vertébrale, cet antécédent ne peut rendre compte du syndrome douloureux de l'expertisée qui va en diffusant et en s'aggravant. Notre examen ne permet pas de conclure à l'existence d'une pathologie de l'appareil locomoteur. Nous retenons donc le diagnostic de cervico-dorsolombalgies chroniques non spécifiques. Nos constatations ne permettent pas non plus d'expliquer les difficultés rapportées par l'expertisée pour faire sa toilette et les gestes de la vie quotidienne. [...N]ous considérons qu'en l'absence de diminution de la hauteur des corps vertébraux et de pincement intervertébral, [...] seul le port de charges lourde doit être évité. L'activité de nettoyeuse, si elle respecte cette limitation, reste adaptée à l'état de santé de l'expertisée et la capacité de travail de Madame C. _____ est estimée entière dans cette activité comme dans toute autre activité adaptée.

Sur le plan psychiatrique, l'accident de voiture de 1998 a été à l'origine d'un état de stress post traumatique et d'un trouble dépressif. L'évolution s'est faite vers une modification durable de la personnalité sur le mode d'un comportement régressif de l'expertisée avec un désinvestissement de la vie sociale et de la vie professionnelle. Il existe encore des conduites d'évitement. Le trouble dépressif récurrent a fluctué en intensité depuis l'accident et est estimé actuellement de sévérité légère avec une baisse de l'élan vital, une fatigabilité. Le tableau psychiatrique est surtout dominé actuellement par la survenue répétitive dans la vie quotidienne de crises de panique amenant à une anxiété généralisée.

Par ailleurs, le syndrome douloureux qui a suivi le traumatisme ne trouve plus son explication par des altérations somatiques documentées et nous amène à retenir le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant. Les douleurs s'accompagnent d'un sentiment de détresse et constituent une souffrance persistante entravant la vie quotidienne depuis plusieurs années. Elles sont apparues dans un contexte de conflit émotionnel et psychosocial avec l'émigration, l'accident, le décès du frère.

Concernant l'évaluation des indicateurs de cohérence, il est noté par les somaticiens une discordance entre les limitations fonctionnelles sévères décrites par l'expertisée et les constatations cliniques. Ces discordances peuvent être expliquées par un déconditionnement physique de l'expertisée et par l'altération de la personnalité conduisant à une expressivité symptomatique très marquée émotionnellement, aux confins d'un relatif comportement hystérisé.

Concernant les indicateurs de ressources en psychiatrie, l'anamnèse montre que les capacités de s'organiser, de prendre des décisions, d'endurance et les capacités relationnelles sont amoindries chez Madame C._____. En effet, elle sollicite fortement son entourage familial pour toutes les tâches ménagères et quotidiennes. Elle bénéficie heureusement d'un entourage familial soutenant. Il existe une tendance à l'isolement et au repli mais l'expertisée garde une vie familiale harmonieuse.

La pathologie psychiatrique entraîne par ailleurs des conduites d'évitement, une fatigabilité, des crises d'angoisses, une diminution de la motivation.

Sur le plan thérapeutique, Madame C._____ participe aux soins médicaux qui lui sont proposés. Elle indique voir régulièrement son psychiatre. Le traitement actuel ne comprend plus qu'un anxiolytique à la demande. Nous suggérons cependant au psychiatre traitant la reprise d'un traitement antidépresseur qui nous semble clairement indiqué.

En conclusion, au vu des limitations fonctionnelles et des ressources observées, nous estimons que du point de vue psychiatrique la capacité de travail de Madame C._____ dans une activité adaptée est de 50 %.

Concernant la demande d'impotence déposée par l'expertisée, il n'y a pas de pathologie somatique ou psychiatrique qui nécessite le recours à un tiers pour la réalisation des gestes de la vie quotidienne.

En conclusion et après discussion collégiale, nous estimons qu'il n'y a pas d'indice pour une aggravation de l'état de santé de Madame C._____ tant sur le plan somatique que psychiatrique depuis la dernière révision de rente en 2006. Les vertiges et épisodes de perte de connaissance annoncés n'ont en effet pas de substrat anatomique et l'épisode dépressif n'est jugé que d'intensité légère. Les diagnostics sont donc inchangés. La capacité de travail de Madame C._____ est toujours estimée à 50 % dans son activité habituelle qui reste adaptée à son état de santé si cette activité respecte les limitations fonctionnelles définies. [...] »

Un rapport d'enquête économique sur le ménage du 29 mars 2017 a conclu à un taux d'empêchement global de 35,20 % dans la réalisation des tâches ménagères, dans le contexte du maintien d'un statut mixte à concurrence de 40 % du temps consacré au ménage et de 60 % à l'exercice d'une activité lucrative.

Par deux décisions du 25 septembre 2019, l'OAI a statué sur le droit à la rente de l'assurée. Il a, dans un premier temps, prononcé la suppression de la rente d'invalidité précédemment octroyée, compte tenu d'un taux d'invalidité de 29,08 % (15 % d'invalidité dans la sphère lucrative et 14,08 % dans la sphère ménagère) selon la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité applicable jusqu'au 31 décembre 2017. Dans

un second temps, il a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité à l'assurée dès le 1^{er} janvier 2018, compte tenu d'un degré d'invalidité de 47,08 % (33 % d'invalidité dans la sphère lucrative et 14,08 % dans la sphère ménagère) selon la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité applicable dès 2018. Ces décisions sont entrées en force.

E. C._____ a requis la révision de son droit à la rente, par l'intermédiaire d'un courrier de la Dre J._____ du 17 septembre 2020. Cette praticienne annonçait que sa patiente avait fait une chute le 16 juillet 2020 ayant occasionné une fracture-tassement sévère au niveau de la vertèbre L2 avec une radiculopathie L4 bilatérale. Elle avait fait l'objet d'une cimentoplastie le 27 août 2020. Depuis lors, les douleurs demeuraient sévères avec des difficultés à marcher sans l'aide de cannes et à se mobiliser. L'assurée avait besoin d'aide pour quasiment tous les gestes de la vie quotidienne, prodiguée par son mari et ses deux filles. Etaient annexés les rapports de prise en charge de l'assurée au sein du Centre hospitalier N._____ entre juillet et septembre 2020.

Le 3 novembre 2020, l'assurée a formulé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI, annonçant avoir besoin d'assistance pour réaliser quatre actes ordinaires de la vie (« se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « se laver » et « aller aux toilettes »), ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, depuis juillet 2020.

Dans un rapport du 22 décembre 2020, le Centre G._____ a fait état de diagnostics impactant la capacité de l'assurée à accomplir les actes ordinaires de la vie de manière autonome, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), des phobies spécifiques (claustrophobie ; F40.2) et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). L'assurée présentait une faible résistance au stress, une anxiété et une impatience avec irritabilité, une concentration diminuée, des douleurs somatiques chroniques persistantes et une mobilité limitée.

Le 28 janvier 2021, la Dre J._____ a réitéré que l'assurée présentait une aggravation de son état de santé somatique, consécutivement à la chute survenue le 16 juillet 2020. La cimentoplastie n'avait pas amélioré les douleurs. La situation psychique avait également connu une péjoration documentée par le Centre G._____.

Ledit centre a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 26 avril 2021, maintenant les diagnostics précédemment avancés et indiquant que l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée restait défavorable, malgré une augmentation du traitement psychotrope antidépresseur. La capacité de travail était considérée comme nulle dans toutes activités depuis 2018.

Sur questions de l'OAI, la Dre J._____ a indiqué que la capacité de travail de sa patiente était nulle dans toutes activités depuis le 16 juillet 2020. Depuis lors, l'assurée marchait avec deux cannes, ne sortait plus de chez elle et n'assumait « plus rien dans le ménage ».

Sur recommandation du SMR, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire des registres rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne au D._____ (ci-après : le D._____), lequel a communiqué son rapport le 12 janvier 2022. Les Drs B._____, spécialiste en médecine interne générale, H._____, spécialiste en rhumatologie, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics suivants :

- Cervicalgies chroniques, discrets troubles statiques et dégénératifs (M54.2) ;
- Lombalgies chroniques ; status après cimentoplastie de L2 pour fracture-enfoncement du plateau supérieur ; discopathies L4-L5 (M54.5 ; Z98.8) ;
- Gonalgies bilatérales sur gonarthrose bilatérale débutant (M17.0) ;

- Douleurs des pieds sur troubles statiques, hallux valgus bilatéral et épine calcanéenne bilatérale à prédominance droit (M79.67) ;
- Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen (F33.1) ;
- État de stress post-traumatique (F43.1), en rémission, évolué vers une modification durable de la personnalité (F62.0) ;
- Trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) ;
- Boulimie (F50.2) ;
- Instabilité ébrieuse favorisée par les changements de position ou les mouvements d'étiologie indéterminée ; vertiges paroxystiques positionnels bénins (H81.3) ;
- Migraines sans aura d'origine cervicogène (G43) ;
- Obésité de type III (BMI à 46,9 kg/m² ; E66.01) ;
- Status après thyroïdite du post-partum en septembre 1998, avec hyperthyroïdie traitée et hypothyroïdie résiduelle équilibrée normalisée (E03.9) ;
- Status après toxidermie médicamenteuse de type pseudo-Lyell ;
- Status après accident de la voie publique le 17 novembre 1998, avec polytraumatisme (Z87.8).

Les experts ont conclu à une incapacité de travail totale dans toutes activités durant la période limitée du 16 juillet au 31 décembre 2020, en lien avec la fracture de L2 et la cimentoplastie réalisée auprès de l'assurée. Au surplus, la capacité de travail était limitée à 50 % pour des motifs psychiatriques depuis 2016. Les limitations fonctionnelles suivantes étaient énumérées (cf. rapport d'expertise du D. _____ du 12 janvier 2022, p. 5) :

« [...] Limitations fonctionnelles : pas de position statique assise ou debout prolongée > 20 minutes ; changements de position possibles ; pas de mouvements itératifs contraignants pour le rachis dorso-lombaire en flexion/extension/rotation/inclinaison latérale du tronc ; pas de ports itératifs de charges > 5 kg ; pas de travail en hauteur (escabeau, échelle) ; pas de travail prolongé ou itératif avec les membres supérieurs levés en hauteur ; pas de longs

déplacements ; pas de travail avec des engins émettant des ondes à basse fréquence.

Limitations fonctionnelles psychiques : Madame C._____ est fatigable, irritable, angoissée, manque d'élan. Elle présente une anhédonie, une apathie chronique, une boulimie avec crainte de s'étouffer lorsqu'elle mange, une phobie des transports. Elle n'assume pas du tout les tâches quotidiennes de la maison et a besoin en permanence de son mari et de ses enfants. [...] »

Dans le registre rhumatologique, la Dre H._____ a mis en évidence les éléments ci-après (cf. rapport d'expertise du D._____ du 12 janvier 2022, Annexe 1, p. 17) :

« [...] Situation actuelle : les plaintes de Madame C._____ concernent des cervico-dorso-lombalgies persistant depuis un accident survenu en novembre 1998, d'arthralgies migrantes et de myalgies, de fatigue, de gonalgies, et de douleurs aux pieds plus particulièrement de talalgies. Elle a subi une fracture du plateau supérieur de L2 le 16.07.2020 par suite d'une chute de sa hauteur sur son siège, traitée par cimentoplastie le 27.08.2020, laquelle a permis de diminuer les douleurs, bien que celles-ci persistent toujours. Les plaintes sont de type mécanique, il n'y a pas d'anamnèse ni de clinique en faveur d'une étiologie rhumatismale inflammatoire. Le status rachidien a été un peu difficile à réaliser au vu de la non-compliance de l'examinée et d'une certaine démonstrativité. Néanmoins, on ne relève que de discrètes myogéloses des muscles trapèzes ddc [réd. : des deux côtés], l'absence de contractures musculaires paravertébrales dorso-lombaires. L'examen clinique relève des troubles statiques rachidiens très modérés, mais également une obésité marquée et une dysbalance musculaire paravertébrale/abdominale importante. Les radiographies récentes de la colonne cervicale, lombaire et des genoux n'objectivent que de discrets troubles dégénératifs ; les radiographies des pieds objectivent des troubles dégénératifs outre une épine calcanéenne bilatérale. Enfin, nous relevons des troubles comportementaux. Une fibromyalgie « per se » ne peut être retenue, car les critères cliniques de l'ACR 2015 ne sont remplis que de façon peu convaincante. Madame C._____ donne l'impression de souffrir d'un syndrome musculosquelettique douloureux, probablement partiellement expliqué par le syndrome inflammatoire chronique qui accompagne classiquement une obésité marquée. A relever encore que le prélèvement sanguin du 11.11.2021 conclut à un taux de Tramadol non détectable, alors que Madame C._____ dit en prendre 2cp à 50 mg/jour et de 30 à 40 gouttes en plus à raison de 4 fois/semaine, ce qui laisse supposer que les douleurs ne sont pas aussi fortes qu'elle veut bien le dire.

En conclusion, nous retenons des capacités de travail identiques comme déjà retenues, car une nette aggravation n'a pu être objectivée, sinon qu'afin d'économiser sa colonne vertébrale nous retenons une perte de rendement respectivement une incapacité de travail de 40 % dans son ancienne activité d'employée aux nettoyages en entreprises, laquelle est une activité physique supposant également le port de charges qui peuvent être lourdes, ceci depuis le 01.01.2021, outre une incapacité totale de travail justifiée depuis la date de l'accident du 16.07.2020 jusqu'à 4 mois

post-cimentoplastie réalisée le 27.08.2020 soit jusqu'au 31 12.2020.
[...] »

Le Dr B._____ a communiqué son évaluation du volet
internisique notamment comme suit (cf. rapport d'expertise du D. _____
du 12 janvier 2022, Annexe 2, p. 29 et 30) :

« [...] Depuis [l'accident de la voie publique du 17.11.18],
l'expertisée se plaint de cervico-dorso-lombalgies chroniques,
accompagnées de céphalées, et d'une instabilité ébrieuse.

Le 16.07.2020, Mme C._____ a été victime d'une chute de sa
hauteur alors qu'elle était en vacances [...]. L'IRM du rachis lombaire
du 22.07.2020 a montré une fracture-tassement de L2 nécessitant
une cimentoplastie percutanée. Depuis lors elle se plaint de
lombalgies et de cervicalgies, ainsi que de difficultés à la marche,
utilisant en permanence des cannes anglaises.

Depuis l'AVP de 1998, elle se plaint d'instabilité ébrieuse favorisée
par les mouvements de tête et les changements de position
 Brusques. Le 13.10.2011, la consultation du Dr [...], ORL à Lausanne,
a conclu à une otoscopie et acoumétrie sans particularité, un
audiogramme normal, un examen clinique ne montrant pas de
déficit vestibulaire périphérique.

Depuis 1998, elle se plaint aussi de migraines sans aura, à point de
départ cervical, pour lesquelles des antalgiques sont pris
régulièrement avec une bonne efficacité. Le 05.06.2013, le rapport
du Dr [...], neurologue à Lausanne, précise que les épisodes de
céphalées devenus plus fréquents semblent assez bien correspondre
à des crises migraineuses sans aura, pour lesquelles il a proposé du
Zomig, maximum 10 jours par mois. Il exclut une origine épileptique.
L'examen clinique retrouve la cicatrice de césarienne, et une
cicatrice longitudinale sus-ombilicale correspondant à l'intervention
après l'accident de la voie publique de 1998. L'examen clinique est
sans particularité par ailleurs, si l'on exclut la rhumatologie. Le test
de Romberg n'a pas pu être effectué, ni le testing musculaire des
membres inférieurs en position debout puisque l'expertisée ne tente
pas la position accroupie ni le piétinement les yeux fermés. Il n'y a
pas de trouble de sensibilité superficielle au pique-touche, mais une
pallesthésie nulle aux quatre membres. Cela ne trouve pas
d'explication neurologique. Nous constatons une lenteur manifeste
avec la nécessité de porter des cannes anglaises pour le moindre
déplacement.

Madame C._____ n'envisage absolument pas la reprise d'une
activité professionnelle.

[...]

Nous relevons quelques incohérences. Nous ne trouvons pas
d'explication évidente aux sensations d'instabilité ébrieuse. Nous
sommes par ailleurs très surpris du comportement de l'expertisée
qui force énormément sur les membres supérieurs pour se tenir
debout sur les cannes anglaises, et qui ne peut effectuer un seul pas
sans ses cannes anglaises. Même le passage de la position assise à
la position allongée nécessite un appui sur ses cannes. Nous
sommes aussi surpris qu'elle ait pu voyager en avion [...] l'été
dernier (2021) malgré toutes les difficultés décrites. Cela nous laisse
un sentiment d'exagération. [...] »

Sur le plan psychiatrique, on extrait les éléments ci-dessous du rapport du Dr F._____ (cf. rapport d'expertise du D._____ du 12 janvier 2022, Annexe 3, p. 37 et 39) :

« [...] Sur le plan cognitif, l'orientation dans le temps et dans l'espace est tout à fait bonne. Pas de trouble cognitif véritable, mais l'expertisée se plaint de troubles de la mémoire. Madame C._____ a pu sans difficulté rapporter sa vie jusqu'à l'accident de 1998, mais les dates ont parfois été difficiles à retrouver. Nous avons été frappés du fait que, depuis plusieurs années en Suisse, elle ne parle que très peu le français.

Dans la lignée psychotique, il n'est repéré aucun délire, ni hallucination, ni automatisme mental. Pas d'élément dissociatif. Pas de trouble du langage lorsqu'elle s'exprime avec la traductrice.

Au niveau de la lignée dépressive, on repère un léger ralentissement psychomoteur. Elle ne pleure pas de tout l'examen, mais elle n'a à aucun moment pu sourire. L'humeur est dépressive avec une perte de l'énergie, des troubles importants du sommeil, de la tristesse et des pleurs chez elle. Elle aurait des idées noires, voire des vellétés suicidaires.

Il existe un trouble du comportement alimentaire avec de l'hyperphagie et des crises de boulimie. Il existe une importante prise de poids.

Concernant les signes du syndrome de stress post-traumatique, elle n'a pas été confrontée à sa propre mort du fait d'une amnésie péritraumatique. A ce jour, malgré notre demande, il n'est pas repéré de reviviscence répétée, pas de souvenir intrusif. Les cauchemars ne sont pas en rapport avec l'accident quand elle en a. Il n'a pas été repéré d'émoussement émotionnel. Il n'y a pas d'évitement d'être dans le véhicule de son mari. En septembre 2013, la symptomatologie post-traumatique est (à nouveau) apparue alors qu'elle n'était pas si évidente dès le début. Il est noté dans le dossier de nouveaux flashbacks, des cauchemars, des idées récurrentes liées entre elles à l'accident et à la mort en particulier du décès de son frère qui n'est pas en rapport à l'accident.

Il n'existe aucun trouble grave de la personnalité ni de prise de toxiques.

Madame C._____ se plaint de douleurs chroniques particulièrement du dos ou des jambes. Il faut noter un nouveau traumatisme avec une chute, raison pour laquelle l'expertisée se déplace avec des cannes. En dehors du traumatisme récent, les douleurs chroniques peuvent entrer dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux persistant puisqu'elle en souffre depuis plusieurs années et que ces douleurs ne s'expliquent pas entièrement par un trouble physique entravant sa vie quotidienne et que visiblement cela est sa préoccupation la plus importante. Ceci a entraîné l'aide de l'entourage de manière importante.

Il est reconnu des troubles de nature phobique avec claustrophobie et agoraphobie.

Constatations complémentaires biologiques :

Paroxétine non détectée lors du prélèvement du 11.11.21 qui signe un problème de non-compliance.

[...]

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Jusqu'en 1998, Madame C. _____ n'a pas montré de symptomatologie psychiatrique. Elle a présenté des troubles psychiatriques mal définis pendant ou après sa première grossesse avec un suivi psychiatrique déjà en place, y compris un suivi psychologique.

Le 17.11.1998, survient un grave accident où elle semble avoir subi un traumatisme crânien avec perte de connaissance entraînant une amnésie circonstancielle qui permet difficilement le repérage des éléments classiques de stress post-traumatique. Néanmoins, ceux-ci ont été énoncés dans le dossier à plusieurs reprises. Cet état se complique d'un état dépressif et de plusieurs rechutes dépressives, en particulier dans le post-partum. L'expertisée connaîtra quelques épisodes d'amélioration, mais l'humeur reste généralement dépressive et s'accompagne de troubles du comportement alimentaire avec hyperphagie boulimique voire avec vomissements auto provoqués. Il existe aussi des troubles douloureux difficiles à étiqueter évoquant un diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant.

Récemment, Madame C. _____ a fait une chute entraînant d'autres troubles somatiques.

Elle a bénéficié de plusieurs traitements antidépresseurs, actuellement de Paroxétine dont l'efficacité semble arriver à ses limites et une réadaptation du traitement plus stimulant serait peut-être à évoquer. Néanmoins se pose la question de la compliance car la vérification biologique sanguine n'a pas détecté de paroxétine, ce qui expliquerait le constat de non-efficacité...

La cohérence est assez complexe à déterminer dans la mesure où en ce qui concerne l'accident, les souvenirs sont compliqués du fait d'une amnésie. Si la symptomatologie post-traumatique ne nous est pas parue évidente, néanmoins, il persiste un trouble de l'adaptation.

7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

L'évolution étant stagnante, une réévaluation du traitement paraît s'imposer, avec un traitement antidépresseur plus stimulant.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il n'a pas été repéré d'incohérences.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Madame C. _____ a du mal à s'organiser, prend difficilement des décisions. Elle a le besoin permanent de son entourage familial pour toutes les tâches quotidiennes, sa famille l'aide donc beaucoup. Elle a un repli social évident. L'expertisée paraît assez ralentie et fatigable. [...] »

Dans un avis du 24 janvier 2022, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts du D. _____ et a pris en compte une incapacité de travail totale du 16 juillet au 31 décembre 2020, suivie d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2021.

Par rapport du 8 mars 2022, le Centre G._____ a relaté une évolution défavorable de l'état de santé de l'assurée, malgré une augmentation du traitement antidépresseur. Était observée une « décompensation avec des symptômes dépressifs envahissants ». L'assurée présentait une sensibilité interpersonnelle et une difficulté à gérer ses émotions, notamment l'anxiété, ainsi qu'un retrait social, un ralentissement idéomoteur, une fatigabilité, des troubles de l'attention et de la concentration et des difficultés à s'organiser et à s'autonomiser.

L'OAI a diligenté une enquête sur l'impotence au domicile de l'assurée le 4 mai 2022. Le rapport correspondant du 5 mai 2022 a retenu un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de trois heures par semaine depuis juillet 2020, singulièrement pour permettre à l'assurée de vivre de manière indépendante et pour les activités et contacts hors du domicile.

Par projet de décision du 13 juin 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1^{er} octobre 2020 au 31 mars 2021, suivie d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, dès le 1^{er} avril 2021, sur la base des conclusions médicales ressortant de l'expertise du D._____.

Par pli du 1^{er} juillet 2022, complété les 17 et 30 août 2022, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité, contestant la capacité résiduelle de travail retenue dans son cas. Elle rappelait souffrir d'importantes douleurs, entravant sa mobilité et l'empêchant de réaliser les tâches ménagères, ainsi que ses soins d'hygiène. En outre, elle était toujours suivie au sein du Centre G._____ pour une dépression persistante. Elle s'est prévaluée d'une correspondance de la Dre J._____ du 27 août 2022 relative à un bilan réalisé par une infirmière spécialisée du Centre médico-social (CMS) [...] le 24 août 2022, lequel mettait notamment en évidence le besoin d'aide présenté par l'assurée pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. La Dre J._____ relevait par ailleurs qu'à son avis, le rapport d'expertise du

D._____ contenait des contradictions quant aux capacités de l'assurée à réaliser les divers actes concernés. En outre, l'OAI avait reconnu un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Désormais assistée de Me Corinne Monnard Séchaud, l'assurée a complété ses objections à l'encontre du projet de décision du 13 juin 2022 par correspondance du 30 septembre 2022. Elle a, en substance, contesté l'appréciation médicale de sa situation, estimant que les experts du D._____ avaient minimisé l'impact de ses atteintes à la santé et déterminé des limitations fonctionnelles incompatibles avec l'exercice de l'activité lucrative habituelle. En outre, la méthode d'évaluation de l'invalidité appliquée par l'OAI apparaissait erronée. L'assurée s'est ultérieurement prévalu de nouveaux rapports médicaux du Centre G._____ et de la Dre J._____ par courrier du 4 novembre 2022.

Le 17 octobre 2022, le Centre G._____ faisait part d'une péjoration globale de l'état de santé de l'assurée et retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), de phobie spécifique (claustrophobie ; F40.2), de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et de parent à charge au domicile, nécessitant des soins (Z63.6). Le Dr P._____, médecin chef d'unité, et la psychologue R._____ relataient leurs observations en ces termes :

« [...] Initialement, la patiente bénéficiait d'un suivi psychiatrique-psychothérapeutique intégré à raison d'une séance par semaine avec

Mme R._____. Face à une péjoration de l'état de santé psychique de

Mme C._____ depuis juillet 2022, le suivi a été intensifié, la patiente vient actuellement deux fois par semaine en consultation auprès de sa thérapeute référente, Mme R._____. Un rendez-vous tous les deux mois est organisé avec le Dr P._____, médecin référent.

Nous pouvons constater que l'état de santé physique et psychique de

Mme C._____ s'est nettement péjoré.

La patiente vient régulièrement aux rendez-vous avec des cannes qui l'aident à marcher. Malgré cette aide, nous observons une grande difficulté à se déplacer. Elle est rapidement fatiguée et essoufflée. En consultation, elle prend plusieurs minutes pour pouvoir s'asseoir sur le fauteuil et reprendre sa respiration. La fin de consultation est également très difficile pour la patiente qui fait

beaucoup d'efforts pour pouvoir se relever et marcher jusqu'à la réception.

En raison de ses difficultés de santé, Mme C._____ a dû à plusieurs reprises annuler nos rendez-vous ou demander à les faire à distance en visio-consultation.

La patiente présente une tenue hygiéno-vestimentaire correcte et est orientée aux quatre modes. Son mari l'aide énormément pour ce qui est de l'hygiène au quotidien, selon ses dires. Dans ce contexte, [la Dre] J._____, médecin traitant, a fait une demande pour une aide à domicile.

Depuis août 2022, Mme C._____ est suivie au Centre médico-social [...] [...]. La patiente nous dit être soulagée d'avoir de l'aide au quotidien ainsi que pour les déplacements médicaux. Elle nous rapporte également qu'elle se sent entendue dans sa souffrance. Cette aide est très précieuse pour Mme C._____.

Le discours est cohérent et fluide. La patiente est collaborante. Nous pouvons constater qu'elle arrive difficilement à parler d'elle. Evoquer les difficultés au quotidien et parler de son vécu semblent être émotionnellement insupportables pour la patiente. Elle peut être vite débordée et « envahie » par ses émotions lorsqu'il s'agit de parler d'elle. Mme C._____ présente une thymie triste. Nous relevons des ruminations intenses et quotidiennes ainsi qu'une intense labilité émotionnelle. Elle présente des pleurs fréquents et une forte irritabilité. De plus, nous relevons un important épuisement psychique.

Mme C._____ présente des idées suicidaires diffuses sans scénario. Elle nous fait part d'un découragement face à sa situation et d'une perte d'espoir. Elle a beaucoup de peine à se projeter dans l'avenir. On relève un isolement social important et une anhédonie. Aucune prise de toxique (tabac, alcool ou toute autre substance) n'est rapportée, ni observée. Nous ne relevons pas de symptôme de la lignée psychotique.

Par ailleurs, le sommeil est difficile en raison des douleurs physiques. L'alimentation est également compliquée ; Mme C._____ fait régulièrement des crises d'hyperphagie.

Au niveau des limitations fonctionnelles, la patiente présente des symptômes envahissants tels qu'une réduction de l'énergie, une diminution de la concentration, une perte de la confiance en soi, une intolérance à la pression psychique (stress), ainsi qu'un ralentissement psychomoteur. [...] »

La Dre J._____ rapportait, pour sa part, ce qui suit le
27 octobre 2022 :

« [...] L'état de santé de Mme C._____ s'est nettement détérioré depuis le 30.6.2022. La patiente a consulté les urgences au [...] le 7.8.2022 en raison d'une importante aggravation des douleurs dorso-lombaires depuis juillet 2022 devenues intolérables. Les douleurs lombaires s'étaient tellement aggravées qu'elle restait alitée en permanence.

Aux urgences on a majoré l'antalgie avec des précurseurs morphiniques. Malgré cette antalgie Mme C._____ est restée très algique et les douleurs la handicapent désormais encore plus sévèrement qu'auparavant pour la mobilisation et tous gestes de la vie quotidienne. Son mari me l'amène le 9.8.2022. Elle marche alors

très difficilement appuyée de tout son poids sur deux cannes, avançant à petits pas.

Elle nécessite l'aide de son mari pour s'asseoir, se relever, s'habiller et se déshabiller en consultation. Elle n'est ce jour-là même pas apte à monter sur ma table d'examen pour l'examen. Dorénavant tous les gestes de la vie quotidienne nécessitent l'assistance d'un membre de famille. Parallèlement l'état psychologique s'est encore détérioré en relation avec ces douleurs sévères et sa dépendance totale aux autres. On se retrouve face à une patiente très triste, avec des idées de mort, sans perspective d'avenir. Le traitement antidépresseur de Paronex a dû être augmenté et le suivi psychiatrique intensifié.

Devant cette aggravation de l'état physique et psychique nous avons demandé à la suite de la consultation du 9.8.22 un bilan au CMS pour la mise en place d'aide à domicile pour les activités de la vie quotidienne.

[...]

Mme C._____ bénéficie donc depuis août 2022 de soins à domicile quotidiens avec notamment un passage le matin au lever pour l'aider à se lever du lit, à se laver, à s'habiller, à aller aux toilettes, se relever des toilettes et prendre le petit déjeuner, avec 3 douches par semaine. Elle a également les repas à domicile tous les midis avec un passage d'une personne du CMS pour lui réchauffer le plat, le servir, le débarrasser, et ranger la cuisine, l'accompagner aux toilettes. Samedi et dimanche ce sont les membres de famille qui continuent à assumer l'ensemble des gestes. Mme C._____ est donc dépendante depuis août 2022 pour tous les gestes de la vie quotidienne d'une tierce personne en relation avec l'aggravation de son syndrome douloureux chronique et son état dépressif. A signaler que le syndrome douloureux chronique est présent de longue date, mais il s'est fortement aggravé après l'accident en 2020 et depuis l'aggravation de cet été 2022 il a rendu Mme C._____ totalement dépendante pour tous les gestes de la vie quotidienne. Au vu des observations susmentionnées il en ressort que sa capacité de travail ne s'est pas améliorée depuis le 13.6.22, mais au contraire il en découle que Mme C._____ est en incapacité de travailler à 100 % puisqu'elle est à 100 % dépendante pour tous les gestes de la vie quotidienne. [...] »

Dans un avis du 9 novembre 2022, le SMR a considéré que les rapports médicaux du Centre G._____ et de la Dre J._____ ne fournissaient pas de nouveaux éléments justifiant de s'écarter des conclusions des experts du D._____.

Par décision du 6 décembre 2022, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1^{er} octobre 2020 au 31 mars 2021, suivie d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, dès le 1^{er} avril 2021.

Par une décision ultérieure du 8 février 2023, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1^{er}

juillet 2021, motivée par un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie retenu dès juillet 2020 selon les conclusions du rapport d'enquête du 5 mai 2022.

F. C._____, représentée par Me Monnard Séchaud, a déféré la décision de rente du 6 décembre 2022 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 20 janvier 2023. Elle a conclu, principalement, à sa réforme et à la poursuite du versement d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2021. A titre subsidiaire, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a, en substance, repris les griefs soulevés au stade de la procédure d'audition. A son avis, l'instruction de son cas par l'OAI était lacunaire, dans la mesure où ce dernier s'était limité à suivre les avis du SMR, respectivement les conclusions des experts du D._____, au détriment des appréciations de ses médecins traitants, alors que le rapport d'expertise du 12 janvier 2022 ne pouvait se voir accorder pleine valeur probante. Ce document était entaché d'imprécisions et de nombreuses contradictions, dans la mesure où les difficultés de l'assurée avaient été observées, mais non prises en compte dans l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail et de ses limitations quotidiennes. Par ailleurs, l'OAI avait modifié la méthode d'évaluation de l'invalidité, alors que l'assurée revêtait un statut mixte et qu'elle n'avait jamais revendiqué un statut d'active à plein temps. Enfin, l'OAI n'avait pas tenu compte de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, survenue à l'été 2022, sur les plans physique et psychique, alors que cette péjoration avait été documentée antérieurement à l'établissement de la décision querellée.

L'OAI a répondu au recours le 16 mars 2023 et proposé la *reformatio in pejus* de sa décision du 6 décembre 2022, en ce sens que l'assurée ne pouvait prétendre qu'à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2021 en application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Au surplus, l'OAI maintenait son appréciation de la situation médicale de l'assurée, fondée sur le rapport d'expertise du D._____ et sur les avis du SMR.

L'assurée a confirmé ses conclusions par réplique du 16 mai 2023, se référant notamment aux rapports de la Dre J. _____ du 27 août 2022 et du CMS [...] du 24 août 2022. Elle soulignait que l'aggravation de son état de santé l'empêchait désormais de sortir de chez elle, au point que la psychologue R. _____, dont l'audition en qualité de témoin était proposée, se rendait désormais à son domicile pour la majorité des séances.

Par duplique du 6 juin 2023, l'OAI a confirmé ses conclusions en vue de la *reformatio in pejus* de la décision du 6 décembre 2022, se basant sur le rapport d'expertise du D. _____ et les avis communiqués par le SMR. Il relevait en outre que l'assurée elle-même ne contestait pas l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité à son cas.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la requérante à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2021.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

b) En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) En l'occurrence, la décision attaquée date du 6 décembre 2022. Elle porte sur une demande de révision déposée formellement par la requérante le 17 septembre 2020, compte tenu d'une chute survenue en juillet 2020. Les pièces médicales et les événements fondant la décision querellée sont ainsi pour l'essentiel antérieurs au 1^{er} janvier 2022, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer l'ancien droit.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et

qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

5. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus

conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

b) Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Si, en revanche, 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 (art. 88a al. 2 RAI).

c) En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la demande de révision formulée par la recourante en septembre 2020, laquelle était motivée par une nouvelle atteinte à la santé résultant d'une chute survenue le 16 juillet 2020 (fracture-tassement de L4 et cimentoplastie). Il n'est pas contesté par les parties et, au demeurant, confirmé sur le plan médical, notamment par les experts du D._____, que cette nouvelle atteinte à la santé somatique et son traitement ont justifié la reconnaissance d'une totale incapacité de travail dès le 16 juillet 2020. Demeurent en revanche litigieuses l'amélioration de la capacité de travail retenue à compter de janvier 2021 à hauteur de 50 % et l'aggravation de l'état de santé alléguée par la recourante dès l'été 2022. Se pose également la question du statut de la recourante et de la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable à son cas, soit la question d'un éventuel motif de révision de ce point de vue depuis les précédentes décisions rendues sur le fond le 25 septembre 2019.

6. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

b) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées).

c) In casu, les précédentes décisions du 25 septembre 2019 se fondent sur la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, étant donné le statut mixte reconnu à la recourante, laquelle en bonne santé aurait consacré 40 % de son temps aux tâches ménagères et 60 % à l'exercice d'une activité lucrative. L'intimé a fait fi de ce statut pour déterminer le droit à la rente à l'issue de la décision du 6 décembre 2022, en retenant un statut de personne active à plein temps. Il a de facto appliqué la méthode générale de comparaison des revenus, respectivement la méthode d'évaluation en pour-cent (cf. à cet égard : TF 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et références citées), pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante, à hauteur de 100 % dès juillet 2020 et de 50 % dès janvier 2021. La recourante a toutefois souligné n'avoir jamais envisagé d'exercer une activité lucrative à plein temps (cf. notamment : écriture de recours du 20 janvier 2023). Quand bien même un statut mixte apparaît défavorable à la recourante, il n'y a pas lieu de douter de ses allégations réitérées en ce sens. On rappelle en effet que la recourante n'a jamais exercé d'activité lucrative à plein temps et que seule la

scolarisation de ses enfants avait justifié en son temps une nouvelle répartition des champs d'activités. Cela étant, désormais, les enfants de la recourante sont adultes ; ses deux filles aînées sont indépendantes financièrement ; la situation financière de son époux n'a pas sensiblement évolué. Par conséquent, on ne voit pas de raison de modifier le statut mixte précédemment reconnu à la recourante, singulièrement la répartition des sphères d'activités à concurrence de 60 % du temps dévolu à une activité lucrative et de 40 % consacré au ménage.

8. a) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération (ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références). Par ailleurs, dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI ; voir ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

b) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93). En présence de troubles psychiques, et en cas de divergences entre les

résultats de l'enquête à domicile et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur et l'impact de l'atteinte psychique (TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2)

c) En l'espèce, la reconnaissance d'un statut mixte imposait la mise en œuvre d'une enquête au domicile de la recourante pour fixer à nouveau le taux d'empêchement ménager. A tout le moins, se justifiait-il de solliciter la détermination des experts sur la capacité de la recourante à accomplir les différentes tâches ménagères afin de déterminer son degré d'invalidité global dès le 1^{er} janvier 2021. Cela étant, le rapport d'expertise du D._____ parvient à la conclusion que la situation médicale de la recourante se serait amendée et serait superposable à celle qui régnait à la date des précédentes décisions du 25 septembre 2019. Dès lors, pour autant que cette conclusion puisse être confirmée, on aboutirait, ainsi que le requiert l'intimé, à la *reformatio in pejus* de la décision du 6 décembre 2022, dans la mesure où l'on ne verrait pas de raison de modifier le degré des empêchements ménagers précédemment retenu (cf. sur la question de la *reformatio in pejus* : Jean Métral, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 77 ad art. 61 LPGa). Toutefois, il convient à ce stade de déterminer si les pièces médicales versées au dossier permettent de se rallier au point de vue de l'intimé. Il s'agit, dans un premier temps, de s'assurer que le rapport d'expertise du D._____ peut se voir conférer une pleine valeur probante et, dans un second temps, d'examiner si l'état de santé de la recourante est effectivement demeuré stationnaire depuis lors en dépit de la péjoration qu'elle allègue dès l'été 2022.

9. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

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

b) 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).

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

aa) 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. 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).

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de

lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de 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).

11. a) En l'espèce, la position de l'intimé repose exclusivement sur le rapport d'expertise du D. _____ du 12 janvier 2022, lequel ne remplit pas les réquisits exigibles d'une évaluation pluridisciplinaire de ce niveau. Les différents examinateurs ont certes procédé à des investigations minutieuses du cas de la recourante, compte tenu de ses plaintes et en pleine connaissance de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, ainsi qu'après avoir procédé à des analyses complémentaires (prises de sang). Ils ont chacun de leur côté communiqué des conclusions apparaissant concordantes avec leurs constats cliniques objectifs et, pour la période débutant à partir de janvier 2021, globalement superposables à celles ressortant de l'expertise du 11 octobre 2016 de la Policlinique I. _____. Cela étant, fait manifestement défaut un véritable consilium du cas de la recourante, dans la mesure où l'appréciation prétendument consensuelle des experts consiste de fait en une reprise littérale de divers passages des rapports établis spécifiquement par chacun des spécialistes consultés. Aucune discussion, ni évaluation globale de la situation de la recourante ne figure dans cette appréciation, de sorte que les éléments pertinents doivent être recherchés dans les rapports rédigés séparément par chacun des spécialistes dans son domaine de compétence. Ce procédé ne correspond clairement pas aux exigences d'une mission expertale dans un contexte pluridisciplinaire.

b) Par ailleurs, on peut reprocher aux experts du D. _____ d'avoir communiqué une analyse insuffisante des indicateurs ressortant de la jurisprudence fédérale en matière de troubles psychiques, alors que

c'est précisément en raison d'une telle affection que la recourante serait dotée d'une capacité de travail limitée à 50 % dès le 1^{er} janvier 2021. A cet égard, l'appréciation des experts du D._____, singulièrement de l'expert psychiatre, peut difficilement être suivie sans explications complémentaires. On relève notamment qu'a été observé auprès de la recourante un défaut de compliance à ses traitements. L'expert psychiatre a en effet relaté que la prise de sang effectuée permettait de déduire que la recourante ne prenait pas le traitement prescrit par son psychiatre traitant, à tout le moins pas dans la mesure thérapeutique préconisée. Il a néanmoins, contre toute attente et sans autre justification, retenu l'absence d'incohérence de son comportement (cf. rapport d'expertise du D._____, Annexe 3, p. 39). Dans le cadre de l'évaluation consensuelle, les experts n'ont aucunement discuté cet aspect. Ils se sont limités à mentionner des incohérences au regard des plaintes ostéoarticulaires, sans commenter plus avant le défaut de compliance au traitement du registre psychiatrique, en ces termes (cf. rapport d'expertise du D._____ du 12 janvier 2022, p. 6) :

« [...] Les plaintes sur le plan ostéoarticulaire et les limitations fonctionnelles qui en découlent ne peuvent être réellement objectivées par l'examen clinique ou par les constatations radiologiques. Nous ne trouvons pas d'explication évidente aux sensations d'instabilité ébrieuse. Nous sommes par ailleurs très surpris du comportement de l'expertisée qui force énormément sur les membres supérieurs pour se tenir debout sur les cannes anglaises, et qui ne peut effectuer un seul pas sans ses cannes anglaises. Même le passage de la position assise à la position allongée nécessite un appui sur ses cannes. Nous sommes aussi surpris qu'elle ait pu voyager en avion [...] l'été dernier (2021) malgré toutes les difficultés décrites. Cela nous laisse un sentiment d'exagération. [...] »

On ne peut donc que s'interroger sur la cohérence et la plausibilité de l'état de santé psychique affiché par la recourante en présence d'un défaut de compliance, sans disposer d'aucun étayage des experts sur cette question.

c) S'agissant des ressources qui justifieraient la reconnaissance d'une capacité résiduelle de travail auprès de la recourante, force est d'observer que les experts du D._____ ont

exclusivement mis en évidence les difficultés présentées par celle-ci, comme suit (cf. ibidem, p. 6) :

« [...] Madame C. _____ a du mal à s'organiser, prend difficilement des décisions. Elle a le besoin permanent de son entourage familial pour toutes les tâches quotidiennes, sa famille l'aide donc beaucoup. Elle a un repli social évident. L'expertisée paraît assez ralentie et fatigable. Madame C. _____ peut mener à bien les activités de la vie quotidienne. Elle est très démonstrative concernant ses plaintes qui semblent nettement exagérées. Son importante obésité est un facteur défavorisant. Les instabilités ébrieuses entraînent des limitations fonctionnelles. Il est encore à relever que Madame C. _____ ne conduit pas, ne parle ni ne comprend le français, n'a aucune formation spécifique en dehors d'un apprentissage de couturière [...], et n'a jamais repris d'activité professionnelle depuis 1998. [...] »

On peut déduire de la description ci-dessus que la seule ressource à disposition de la recourante est constituée de son entourage familial, lequel lui prodigue un soutien qui n'apparaît justifié par aucun des diagnostics avancés dans le cas particulier. Une fois encore, on ne voit pas que les experts aient analysé à satisfaction cette incohérence et exposé pourquoi les difficultés mises en évidence ne constituaient pas des obstacles à la reprise d'une activité lucrative, même à un taux réduit. En ne soulignant que les difficultés de la recourante, sans exposer grâce à quelles ressources elle pourrait les surmonter, les experts fournissent ainsi eux-mêmes les éléments qui sèment le doute sur leur appréciation de la capacité résiduelle de travail dans le cas particulier.

d) Il s'ensuit qu'il s'avère impossible de déterminer si la recourante a connu une amélioration effective de son état de santé dès le 1^{er} janvier 2021 et, cas échéant, la mesure de sa capacité de travail depuis lors.

12. a) En dépit des défauts de l'expertise du D. _____ mis en évidence ci-dessus, force est en outre de constater que l'aggravation alléguée par la recourante dès l'été 2022, appuyée par les rapports de ses médecins traitants, n'a fait l'objet d'aucune investigation sérieuse de la part de l'intimé, singulièrement du SMR. Certes, on peut, à l'instar de ce dernier, relever a priori que les rapports de la Dre J. _____ des 27 août et 27 octobre 2022 et du Centre G. _____ du

17 octobre 2022 ne fournissent pas d'éléments objectifs réellement nouveaux. Les médecins traitants de la recourante se font en effet le relai des plaintes douloureuses formulées de longue date par cette dernière et de leurs répercussions massives dans la gestion du quotidien. Le rapport produit par le CMS le 24 août 2022 ne constitue, dans ce contexte, pas davantage un document justifiant de retenir une aggravation objectivée sur le plan médical. Néanmoins, il aurait été judicieux, dans le contexte litigieux de la procédure d'audition, de solliciter l'avis des experts du D._____ sur la péjoration avancée par la recourante, voire de faire procéder à un complément d'expertise afin de vérifier les informations communiquées par les médecins traitants et, une nouvelle fois, la compliance de la recourante aux traitements mis en œuvre, avant de statuer définitivement sur le cas particulier. Au demeurant, un tel complément aurait permis de requérir la détermination des experts sur les limitations alléguées par la recourante dans l'accomplissement des tâches ménagères et de juger de l'adéquation de l'intervention du CMS en sa faveur.

b) En l'absence d'une appréciation médicale étayée sur les pièces produites par la recourante au stade de la procédure d'audition, il s'avère prématuré de qualifier d'avérée l'aggravation dont elle se prévaut. Cette conclusion s'impose d'autant plus à la lecture des rapports des médecins traitants, lesquels ne fournissent pas les détails utiles à cet égard (status clinique, symptômes objectifs, vérification de la compliance, etc.).

13. On ajoutera qu'en l'état du dossier, la position affichée par l'intimé apparaît pour le moins contradictoire, si l'on confronte la décision litigieuse à la décision rendue en matière d'impotence. On observe en effet que pour statuer sur le droit à la rente, l'intimé a suivi strictement la détermination du 9 novembre 2022 du SMR. En revanche, dans le contexte de l'impotence, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'enquête à domicile du 5 mai 2022 et a retenu un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en raison des troubles psychiques. Or, la prise en compte d'une impotence de degré

faible, reposant de fait uniquement sur les allégations de la recourante à l'attention de l'enquêtrice de l'intimé, apparaît incompatible avec les conclusions communiquées par les experts du D._____ sur le plan psychique. La décision rendue en matière d'impotence affaiblit par conséquent d'autant la position soutenue par l'intimé dans le cadre de l'examen du droit à la rente.

14. En synthèse, il convient de conclure que le dossier de la recourante est constellé de contradictions et d'incohérences, tant sur le plan médical que du point de vue des décisions rendues par l'intimé, tandis que la décision litigieuse repose, en plus, sur une méthode erronée d'évaluation de l'invalidité. En l'état, la Cour de céans n'est par conséquent pas en mesure de se prononcer sur le droit à la rente de la recourante à compter du 1^{er} janvier 2021.

15. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, 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 (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai

2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire. Dans ce contexte, il lui incombera de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire de la recourante, destinée à clarifier le tableau clinique présenté par cette dernière depuis le 1^{er} janvier 2021, à déterminer si une aggravation de son état de santé est ou non survenue durant l'été 2022 et à statuer sur sa capacité résiduelle de travail à l'aune de la grille des indicateurs préconisée par la jurisprudence fédérale, ainsi que sur les éventuels empêchements ménagers justifiés objectivement sur le plan médical. Une fois ce complément entrepris, il appartiendra à l'intimé de fixer le degré d'invalidité de la recourante sur la base de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

16. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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 porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 décembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Corinne Monnard Séchaud, à Lausanne (pour C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :