

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 août 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Maxime Darbellay,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; 4 et 28 LAI ; art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1969, sans formation professionnelle, séjournant en Suisse depuis 1991, titulaire d'une autorisation d'établissement, divorcée et mère de trois enfants nés entre 1992 et 1999, a essentiellement œuvré dans les domaines de l'entretien et de la restauration. Elle a été employée en dernier lieu, du mois d'août 2012 jusqu'à sa démission le 21 mai 2015 pour le 30 juin suivant, en tant que serveuse/nettoyeuse à 70 % auprès du restaurant « J. _____ » à [...].

En date du 7 octobre 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en lien avec une hernie discale depuis le mois de juin 2015. Elle a ultérieurement précisé que, bien portante, elle aurait travaillé à 70 % en tant que serveuse depuis le 30 juillet 2013 (formulaire 531bis du 23 novembre 2015).

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI s'est adressé aux médecins traitants de l'assurée. Ceux-ci ont fait état d'une hernie discale C6-C7 opérée le 23 octobre 2015, de lombosciatalgies droites sur arthrose interfacettaire L4-L5 et L5-S1, ainsi que d'un état anxieux majeur, des arrêts de travail ayant régulièrement été émis depuis le 3 juin 2015 (rapport du 9 novembre 2015 du Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; rapport du 30 novembre 2015 du Dr Y._____, spécialiste en médecine interne générale ; rapport du 30 mars 2016 du Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale).

Par envoi du 20 mai 2016, l'assureur perte de gain Q._____ [...] a transmis à l'OAI un rapport d'expertise médicale établi le 10 mai 2016 par le Dr N._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne. De ce rapport, il ressortait en particulier qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale du 25 janvier 2016 et des

radiographies de la colonne cervicale du 14 mars 2016 avaient montré un status après discectomie C6-C7 gauche avec cage intersomatique, une discopathie protrusive de C4-C5 et de C5-C6 et un rétrécissement bilatéral des trous de conjugaison en C4-C5. Une échographie des deux épaules du 7 avril 2016 avait en outre mis en évidence une tendinopathie du sus-épineux droite avec bursite sous-deltoïdienne bilatérale modérée. Sur le plan diagnostique, il était fait mention de cervicobrachialgies bilatérales chroniques et d'un status après discectomie et mise en place d'une cage intersomatique de C6-C7 le 23 octobre 2015. Selon l'expert N._____, la capacité de travail était nulle dans l'activité professionnelle de nettoyeuse/serveuse et, dès la fin octobre 2016, d'au moins 50% dans une activité adaptée (travail léger et plutôt sédentaire, sans port de charges au-delà de cinq kilos, sans mouvements répétitifs et de force impliquant les membres supérieurs principalement au-delà de l'horizontal, sans marche en terrain inégal et sans vibration et mouvements brusques et répétitifs de la nuque, ni position statique prolongée de la nuque au-delà de trente minutes), avec une augmentation progressive jusqu'à 75% en fonction de la clinique.

Interpellé à diverses reprises par l'OAI, le Dr W._____ s'est initialement rallié à l'appréciation de l'expert N._____ (rapports des 11 septembre 2016 et 3 novembre 2016). Il a par la suite décrit une évolution défavorable (rapport du 27 février 2017) puis a signalé que l'assurée avait été hospitalisée en milieu psychiatrique à l'Hôpital de [...] du 6 au 30 mars 2017 et qu'elle était en outre suivie par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (compte-rendu non daté indexé le 2 août 2017). L'OAI s'est conséquemment adressé au Dr D._____, lequel a mentionné le 24 août 2017 des cervicobrachialgies droites, une spondylodèse C6-C7 en raison d'une discopathie avec hernie discale, une protrusion discale avec sténose foraminale C4-C5 bilatérale et un état dépressif, induisant une incapacité de travail complète. L'OAI a également réceptionné un rapport du 1^{er} septembre de la Dre B._____, cheffe de clinique au Département de psychiatrie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier E._____), site de [...], expliquant que la patiente avait ingéré des

médicaments le 1^{er} mars 2017, sous l'effet de l'alcool, et consommé cinq grammes de cocaïne les 4 et 5 mars 2017, dans un but suicidaire, avant d'être hospitalisée du 6 au 30 mars 2017. Les diagnostics de « F33.11 » et de « F14.1 » étaient retenus, avec des limitations psychiques (notamment troubles de l'humeur, du sommeil et de l'appétit) pouvant limiter l'activité mais dont les symptômes étaient partiellement amendés au retour à domicile, aucune limitation de la capacité de travail n'étant retenue du point de vue psychiatrique.

Sur mandat de l'OAI, l'assurée a été le sujet d'une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre [...] (ci-après : le S. _____), réalisée par les Drs C. _____, spécialiste en rhumatologie, R. _____, spécialiste en médecine interne, et F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 26 avril 2018, les experts ont retenu des atteintes incapacitantes sous forme de cervicobrachialgies bilatérales prédominant à droite sur troubles dégénératifs du rachis cervical et de status après cure chirurgicale de hernie discale C6-C7 et mise en place d'une cage le 23 octobre 2015. S'agissant des atteintes sans impact sur la capacité de travail, ils ont notamment mentionné une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) depuis l'adolescence, un trouble de l'humeur persistant sans précisions (F34.9) depuis 2017, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne actuellement abstinente (F14.20) depuis 2016, une tendinopathie du sus-épineux droit depuis avril 2016, ainsi que des lombalgies sur troubles dégénératifs du rachis lombaire sous forme d'arthrose facettaire L4-L5 et L5-S1 depuis novembre 2015. Les experts ont estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité antérieure mais totale dans une activité adaptée, avec une reprise à 50 % exigible en novembre 2016 puis entre 75 et 100 % dès novembre/décembre 2016. Quant aux limitations fonctionnelles, ils ont exposé qu'elles étaient liées aux troubles dégénératifs du rachis, au status postopératoire et à la possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et qu'il y avait lieu, dans ce contexte, d'éviter le lever répétitif de charges de plus de cinq kilos, le lever ponctuel de charges de plus de dix kilos, les mouvements répétitifs du membre supérieur droit, ainsi que les positions statiques

prolongées avec la nuque fléchie. Dans le cadre de leur évaluation, les experts ont plus particulièrement relevé que l'examen rhumatologique était marqué par des discordances et par un comportement démonstratif avec signes de majoration des symptômes, le tableau évoquant une composante de trouble somatoforme douloureux. Ils ont relevé, sur le plan psychiatrique, la présence d'un trouble de la personnalité significatif - dans le cadre duquel les relations à autrui restaient essentiellement instables - non décompensé lors de l'évaluation, chez une assurée parvenant à fonctionner au quotidien. L'intéressée avait également présenté des conduites addictives avec des abus d'alcool, sans que l'on puisse parler de dépendance, et une consommation de cocaïne, dont elle était désormais abstinente. Concernant l'humeur, les experts ont relevé des discordances plaidant en faveur d'une faible intensité de la dysphorie, dont la durée était encore trop courte pour parler de dysthymie, de sorte que seul un trouble de l'humeur persistant était retenu.

Par rapport d'examen du 15 mai 2018, la Dre M._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est ralliée aux conclusions des experts du S._____.

D'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 14 novembre 2018, il est notamment ressorti que dans la mesure où l'assurée était divorcée, désormais sans enfants à charge et bénéficiaire du revenu d'insertion, il y avait lieu de lui reconnaître un statut de 100 % active. Quant aux empêchements ménagers, ils étaient évalués à 63 %.

Par avis médical du 12 mars 2019, la Dre G._____, du SMR, a retenu qu'il n'y avait aucun empêchement clinique objectivé limitant l'activité de ménagère et que les conclusions des experts du S._____ restaient donc valables.

Par rapport du 8 août 2019 à l'OAI, la Dre P._____, psychiatre traitante depuis le 4 avril 2017, a posé le diagnostic avec influence sur la capacité de travail de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) depuis plusieurs années, avec des

limitations fonctionnelles sous la forme de fatigabilité, sensibilité au stress, fluctuations de l'humeur et difficultés relationnelles. La Dre P. _____ a estimé qu'une activité adaptée pourrait éventuellement être envisagée à raison de deux heures par jour.

Par avis médical SMR du 2 septembre 2019, la Dre M. _____ a réfuté toute aggravation de la situation depuis le rapport d'expertise du 26 avril 2018, relativisant les conclusions de l'enquête ménagère au regard des discordances notées par les experts du S. _____ entre les plaintes (physiques ou psychiques) et les constatations objectives. Par avis complémentaires du 3 décembre 2019, la Dre M. _____ a précisé qu'aucun élément médical ne faisait obstacle à la réalisation des différents travaux ménagers au rythme de l'assurée, hormis l'éventuel port de courses très lourdes que l'intéressée pouvait dès lors fractionner. Il n'y avait donc aucune invalidité sur le plan ménager.

Le 11 décembre 2019, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2016 au 31 janvier 2017, sur la base d'un statut d'active à 70 % et de ménagère à 30 %.

L'assurée, sous la plume de Procap, a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet le 24 février 2020.

Aux termes d'un projet de décision du 18 mars 2020 annulant et remplaçant celui du 19 décembre 2019, l'OAI s'est prononcé dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juin 2016 au 31 janvier 2017, puis d'une demi-rente pour la période du 1^{er} au 28 février 2017. Se fondant sur un statut d'active à 100 %, l'office a retenu qu'à l'échéance du délai de carence légal d'une année, au 3 juin 2016, l'incapacité de travail était totale, ouvrant en conséquence le droit à une rente entière d'invalidité. A compter du 1^{er} novembre 2016, une capacité de travail de 50 % pouvait en revanche être exigée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Procédant sur la base de données statistiques pour arrêter le revenu de valide (54'518 fr. 57) et le

revenu d'invalidé (25'896 fr. 33, moyennant un abattement de 5 % tenant compte des limitations fonctionnelles), l'OAI en a déduit un degré d'invalidité de 52,50 % justifiant le passage à une demi-rente à compter du 1^{er} février 2017, soit après trois mois d'amélioration. Relevant qu'une pleine capacité de travail dans une activité adéquate était par ailleurs exigible à compter du 1^{er} décembre 2016, l'OAI a conséquemment adapté la comparaison des revenus sans (54'518 fr. 57) et avec (51'792 fr. 64) invalidité, mettant en évidence un taux d'invalidité de 5 % ne donnant plus droit à une rente d'invalidité, dite prestation étant par conséquent supprimée au 28 février 2017, soit trois mois après l'amélioration intervenue le 1^{er} décembre 2016.

Par courrier du 5 mai 2020, le mandataire de l'assurée a informé l'OAI de la fin de son mandat, invitant néanmoins l'office à lui communiquer toutes les décisions chiffrées à venir.

Dans un rapport du 17 juin 2020 adressé le même jour à l'OAI, le Prof. A. _____, médecin chef à la Consultation de médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier E. _____, a signalé des rachialgies chroniques sévères peu sensibles au traitement habituel, dans un contexte biopsychosocial complexe.

Aux termes d'une correspondance du 7 juillet 2020 à l'assurée, l'OAI a maintenu son projet du 18 mars précédent et précisé qu'une décision sujette à recours - dont le courrier du 7 juillet 2020 faisait partie intégrante - serait prochainement notifiée.

Par décision du 7 mai 2021 adressée au mandataire de l'assurée, se référant au « *prononcé du 7 juillet 2020* », l'OAI a confirmé la teneur de son projet du 18 mars 2020 et fixé le montant de la rente mensuelle pour la période du 1^{er} juin 2016 au 28 février 2017.

B. Par courrier électronique du 1^{er} juin 2021, une collaboratrice du Service social de la ville de [...] a contacté l'OAI, indiquant agir de concert avec l'assurée et exposant que cette dernière avait reçu les

calculs des prestations auxquelles elle avait droit pour la période 2016/2017 et souhaitait connaître les démarches à accomplir pour réactiver sa demande à la suite d'un séjour en milieu hospitalier du 10 au 21 mai 2021.

L'OAI a répondu, le 2 juin 2021, qu'une éventuelle aggravation devait faire l'objet d'une nouvelle demande accompagnée de rapports médicaux.

Le 21 juin 2021, l'assurée a fait parvenir à l'OAI un rapport du 8 juin 2021 du Prof. I. _____ et du Dr O. _____, respectivement chef de service et médecin assistant au Service de rhumatologie du Centre hospitalier E. _____, faisant suite à une hospitalisation du 10 au 21 mai 2021 en vue d'un bilan étiologique multidisciplinaire et d'un traitement multimodal de la douleur. Ces médecins mentionnaient en particulier, à la suite d'une IRM du rachis du 12 mai 2021, une unco-discarthrose C5-C6 adjacente à la fusion iatrogénique de C6-C7 avec une légère sténose du canal cervical au niveau C4-C6, ainsi qu'une sténose dégénérative modérée du canal en L4-L5 avec une arthrose zygapophysaire œdémateuse à droite ; ces anomalies expliquaient les cervicobrachialgies et lombalgies annoncées par la patiente. Il existait de surcroît une douleur au niveau thoracique antérieur droit, ne correspondant à aucune structure anatomique spécifique et parlant pour une composante d'amplification centrale, dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique avec hyperalgésie, allodynie et trouble du sommeil (avec un score de dépistage de la fibromyalgie de « > 5/6 »). A cela s'ajoutait un trouble anxieux-dépressif récurrent et un trouble de personnalité du type borderline, avec un possible diagnostic différentiel sous forme d'état de stress post-traumatique complexe. Compte tenu des importantes douleurs lombaires et cervicobrachiales, des troubles psychiatriques et du peu de ressources de la patiente, la capacité de travail était considérée comme nulle même dans une activité adaptée.

Par courrier du 23 juin 2021 se référant à la décision de rente limitée dans le temps rendue le 7 mai 2021, l'OAI a fixé à l'assurée un

délai au 25 juillet 2021 pour déposer une nouvelle demande accompagnée des annexes idoines.

Le 15 juillet 2021, l'assurée a formellement sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par le biais du formulaire officiel.

Aux termes d'un rapport du 21 juillet 2021 à l'OAI, le Dr D. _____ a considéré qu'il était clair, à la lecture du rapport du Centre hospitalier E. _____ du 8 juin 2021, que la patiente se trouvait dans l'incapacité totale de travailler et que son état s'était certainement dégradé depuis 2017.

Lors d'une permanence SMR du 30 juillet 2021, la Dre M. _____ a nié tout signe objectif d'aggravation.

Dans un compte-rendu du 11 août 2021, le Prof. I. _____ a expliqué que l'assurée avait été hospitalisée dans le cadre d'un programme multimodal juste après une décision de l'OAI, qu'elle présentait de multiples diagnostics et qu'elle n'était pas en mesure de travailler. Le Prof. I. _____ a de surcroît mentionné une aggravation globale au cours des deux dernières années, soulignant que les limitations fonctionnelles dans le cadre du syndrome douloureux chronique s'étaient généralisées et touchaient presque tous les mouvements et toutes les positions ainsi que la capacité de concentration.

En date du 30 août 2021, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'examen du dossier ne montrant aucune modification notable des circonstances.

L'assurée, désormais représentée par Me Maxime Darbellay, a fait valoir les 22 et 24 septembre 2021 que la décision rendue le 7 mai 2021 ne lui avait pas été notifiée, qu'elle n'en avait eu connaissance que lorsque son conseil avait consulté le dossier de l'OAI le 22 septembre 2021 et que ladite décision devait par conséquent être annulée.

Par écrit du 30 septembre 2021, l'intéressée a fait part de ses objections à l'encontre du projet du 30 août précédent. Elle a rappelé, d'une part, que la décision du 7 mai 2021 ne lui avait pas été notifiée et a argué, d'autre part, que sa situation médicale s'était péjorée. Elle a en particulier signalé avoir été hospitalisée dans la nuit du 18 au 19 août 2021 à la suite d'une tentative de suicide.

Dans une correspondance du 6 octobre 2021, l'OAI a concédé que la décision du 7 mai 2021 avait été notifiée à tort au précédent mandataire de l'assurée. Il n'en restait pas moins que la notification avait atteint son but. En effet, l'intéressée avait reçu le courrier du 23 juin 2021 mentionnant notamment la décision d'octroi de rente limitée dans le temps du 7 mai 2021. A cela s'ajoutait que le Prof. I. _____ s'était référé le 11 août 2021 à une décision rendue peu avant l'hospitalisation du 10 au 21 mai 2021 et qu'il pouvait en être déduit qu'une copie de la décision adressée à Procap était parvenue à l'assurée. Dès lors, il y avait lieu de retenir que la décision du 7 mai 2021 était valablement entrée en force faute d'avoir été contestée en temps utile. Pour le surplus, l'OAI a indiqué que les éléments médicaux invoqués à l'appui de la nouvelle demande allaient être examinés.

Par envoi du 15 novembre 2021, l'assurée a transmis à l'OAI un compte-rendu du 11 novembre 2021 de la Dre P. _____. Cette dernière retenait les diagnostics de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) et de trouble dépressif récurrent (F33), expliquant qu'une péjoration était intervenue depuis le mois de juillet 2020, avec une augmentation des angoisses et la réapparition d'idéations suicidaires dans des contextes relationnels difficiles. Une hospitalisation avait par ailleurs eu lieu en août 2021, à la suite d'une intoxication médicamenteuse volontaire avec alcool après un conflit avec son ex-conjoint. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, elle était considérée comme inexistante. L'assurée a en outre produit un rapport du 9 octobre 2021 du Dr FF. _____, spécialiste en médecine interne générale, reprenant en substance les diagnostics posés par le Service de rhumatologie du Centre

hospitalier E._____ et relevant que toute activité régulière était impossible compte tenu de l'état de santé physique et psychique de la patiente.

Le 2 décembre 2021, l'assurée a fait parvenir à l'OAI un rapport de sortie établi le 20 août 2021 par la Dre U._____, médecin assistante au Service des urgences du Centre hospitalier E._____, en lien avec l'hospitalisation intervenue le 19 août 2021. Aux termes de ce document, il était notamment indiqué que dans la soirée du 18 août 2021, la patiente, ressentant de la frustration à la suite d'une discussion concernant une maison appartenant à son ex-époux, avait pris deux tablettes de Temesta et consommé de l'alcool et que son fils cadet, auquel elle avait parallèlement envoyé un message d'adieu, l'avait conduite aux urgences après l'avoir retrouvée dans sa voiture. Aux dires de son fils, l'intéressée était normothymique la plupart du temps, sans signes de détresse particuliers, mais elle avait cependant tendance à faire des menaces suicidaires lorsqu'elle consommait de l'alcool, situation qui durait depuis plus de quinze ans.

Le 3 mars 2022, l'intéressée a adressé à l'OAI un rapport d'étude du sommeil du 8 juillet 2021 établi par le Dr AA._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie disposant d'une formation complémentaire en médecine du sommeil, concluant à un syndrome d'apnées-hypopnées positionnel d'intensité modérée en décubitus dorsal, avec quasinormalisation de la respiration en décubitus latéral, à un faible retentissement sur la saturation en oxygène et à une altération de la continuité et de la qualité du sommeil probablement d'origine pharmacologique (Fluoxétine).

L'OAI ayant confié un mandat d'expertise à BB._____ SA, l'assurée a été examinée le 25 mai 2022 par la Dre EE._____, spécialiste en rhumatologie, le 2 juin 2022 par le Dr DD._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le 24 juin 2022 par le Dr CC._____, spécialiste en médecine interne générale. Aux termes de leur rapport

d'expertise du 10 août 2022, les experts ont formulé les conclusions suivantes dans le cadre de leur évaluation consensuelle du cas :

"1.1.d Évaluation consensuelle

[...]

1.1.d.2 Évaluation médicale interdisciplinaire avec une explication/motivation des diagnostics actuels

[...] Il est donc retrouvé au long cours une tendance à agir avec impulsivité, avec des passages à l'acte suicidaire favorisés par la consommation de toxiques ou d'alcool, une instabilité émotionnelle, une perturbation des objectifs et des préférences personnelles y compris sexuelles, une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables, conduisant souvent la personne assurée à des crises émotionnelles avec crainte de l'abandon et des gestes auto-agressifs. Ces éléments cliniques permettent de poser un diagnostic de troubles spécifiques de la personnalité de type émotionnellement labile de type borderline. Bien que ces troubles aient émaillé le parcours affectif et émotionnel de la personne assurée, ils n'ont pas été un obstacle à une vie professionnelle pendant de longues années. Ces troubles n'ont pas impacté ses capacités à élever ses enfants [...]. [...]

Sur le plan professionnel, il n'est pas retrouvé de trouble du comportement ou des passages à l'acte impulsifs sur le lieu du travail ou des troubles relationnels dans le domaine professionnel. [...] Ce trouble n'a donc pas eu d'impact et n'en a pas actuellement pour ce qui est de sa capacité de travail ou sa capacité à faire face aux tâches élémentaires de la vie quotidienne.

Il est retrouvé par ailleurs une période de dépendance à la cocaïne entre 2013 et 2017 [...] depuis, elle est abstinente par rapport à la cocaïne. Cette abstinence est confirmée par les examens effectués lors de l'expertise. L'essentiel des difficultés psychiatriques semble à mettre en lien avec ces troubles de la personnalité, alors que sur le plan dépressif, il n'est pas retrouvé de symptôme dépressif majeur, la personne assurée étant sous traitement antidépresseur à dose minimale depuis de nombreuses années, ne rapportant pas d'idées suicidaires, décrivant plus une hypersensibilité qu'une tristesse de l'humeur. [...]

La personne assurée ne rapporte d'angoisse que quand elle s'endort et décrit une sensation de poids et de fourmillements. Elle ne rapporte pas d'autres symptômes neurovégétatifs pouvant faire évoquer un trouble anxieux caractérisé.

L'examen clinique n'a mis en évidence ni ralentissement psychomoteur, ni tristesse pathologique, ni trouble de l'attention ou de la concentration, ni trouble significatif de la mémoire. L'absence de trouble dépressif majeur est confirmée par les activités de la vie quotidienne dominée par des activités distractives et récréationnelles. Elle signale passer sa journée devant la télé à regarder des documentaires sur les animaux, des enquêtes criminelles sur NRJ et Netflix, jouer au solitaire sur son natel. Elle apprécie également la piscine, mais à cause du Covid, elle n'a pas encore repris cette activité. Elle vient également de rentrer de vacances. [...]

La personne assurée affirme qu'elle a recours à une consommation d'alcool importante, [...] alors que les analyses effectuées retrouvent une consommation modérée à légère d'alcool, ne correspondant pas aux affirmations de la personne assurée qui visiblement, est tentée par une amplification de cette consommation. Elle affirme également prendre de l'alcool et les médicaments le soir de manière importante, alors qu'aucune trace de Temesta n'a été retrouvée et que le taux de Quétiapine est très faible et en dessous de ce qui serait attendu pour la dose qu'elle avance. Cette discordance entre les résultats des analyses et les affirmations de la personne assurée peuvent également être mises sur le compte d'une amplification, la personne assurée ayant sûrement à cœur de convaincre l'expert de l'ampleur de ses troubles psychiques.

Les critères de définition d'un trouble douloureux somatoforme persistant ne sont pas réunis ainsi, la personne assurée n'exprime aucune détresse quand elle évoque ses douleurs. Elle est restée assise sur sa chaise pendant 70 minutes et ce n'est qu'au bout des 70 minutes qu'elle a demandé à s'asseoir par terre. Elle ne décrit pas ses douleurs comme intenses et persistantes, mais signale une nette amélioration sous Oxynorm, [...]. Elle ne bénéficie pas de la sollicitude accrue de la part de ses médecins. Elle ne voit son généraliste que de manière espacée. Ainsi, elle l'a vu au mois de mars et ne doit le revoir qu'au mois de juin.

Il n'est pas retrouvé de contexte ou de conflit émotionnel suffisamment important pour être considéré comme la cause essentielle du trouble, le caractère léger de la tristesse rapportée par la personne assurée dépendant des circonstances et des contextes de vie.

L'absence d'idées suicidaires, de ralentissement psychomoteur et de trouble cognitif font retenir le diagnostic d'autres troubles de l'humeur persistants. Il s'agit de troubles cliniquement significatifs, mais dont la sévérité est insuffisante ou la durée trop brève pour justifier d'un diagnostic de dysthymie ou d'un épisode dépressif léger.

L'analyse des critères jurisprudentiels de gravité ne retrouve pas de comorbidité psychiatrique significative, retrouve un trouble spécifique de la personnalité, mais relativement compensé, n'ayant pas eu d'impact sur sa capacité de travail pendant des dizaines d'années, sur sa capacité à s'occuper de manière adéquate de ses enfants, mais ce trouble de la personnalité s'est essentiellement manifesté dans une vie amoureuse tumultueuse. Il a été nettement disharmonieux dans un seul secteur de sa vie et n'a pas entraîné un mode de comportement anormal dans d'autres situations personnelles et sociales. Sur le plan des douleurs, il n'est pas retrouvé de résistance au traitement, puisque la personne assurée explique qu'avec le traitement actuel, ces douleurs descendent jusqu'à 4 voire 3/10.

Concernant l'analyse de la cohérence, il est retrouvé une discordance entre les plaintes de la personne assurée concernant son moral, sa consommation d'alcool, de Temesta et les résultats des analyses qui ne confirment pas ses affirmations et une incohérence entre les plaintes de la personne assurée et la description de sa journée habituelle marquée par de nombreuses activités distractives et de détente. L'analyse de la cohérence retrouve également une discordance entre l'ampleur de ses plaintes et son comportement en situation d'examen.

L'analyse des ressources retrouve une personne assurée qui dispose de ressources personnelles lui ayant permis d'avoir une activité professionnelle pendant de longues années, d'avoir pu stopper des relations qui lui semblaient toxiques [...] ou plus adaptées à l'état de ses sentiments. Ces ressources lui ont permis également de s'occuper de manière adéquate de ses enfants et d'en faire sa priorité, malgré tous les aléas de ses relations amoureuses.

La personne assurée n'a actuellement pas de trouble du comportement ou de décompensation psychique significative. Elle est autonome sur le plan psychiatrique dans les tâches élémentaires de la vie quotidienne. Elle ne présente pas de trouble de la concentration, de l'attention ou de la mémoire et a pu solliciter un suivi psychiatrique régulier depuis de nombreuses années pour la soutenir. Elle arrive également à fonctionner sans prise de traitement psychotrope importante, [...]. Elle ne prend pas de manière régulière les tranquillisants (Temesta absent lors des analyses). Elle ne prend que très peu de Quétiapine (dose très faible retrouvée aux analyses) et ne consomme que de manière légère à modérée de l'alcool, selon ces mêmes analyses.

Sur le plan des ressources externes, la personne assurée bénéficie du soutien de ses enfants, [...]. Elle est en contact régulier avec son père, a rendu visite à sa famille en janvier en se rendant au Portugal et bénéficie du soutien de sa psychiatre qu'elle voit toutes les semaines depuis plusieurs années.

Les critères jurisprudentiels de gravité ne sont réunis ni pour le trouble dépressif, ni pour le trouble de la personnalité, ni pour les douleurs chroniques. Les troubles dépressifs correspondent depuis 2017 à des troubles mineurs, le trouble dépressif récurrent étant actuellement en rémission.

Du point de vue **rhumatologique**, l'examen de ce jour retrouve des cervicalgies sur herniectomy avec la mise en place d'une cage C6-C7 le 23.10.2015 par le Dr Z. _____ et une IRM de février 2017 qui montre la présence de cervicarthrose ainsi que des lombalgies sur arthrose L4-L5 et L5-S1. Le status du jour montre au niveau cervical une cicatrice antérieure gauche, une palpation douloureuse, une extension limitée, au niveau lombaire une difficulté à se mouvoir sur la table d'examen, une difficulté à toucher le sol avec ses mains. A noter que la surcharge pondérale va accentuer les douleurs lombaires. Il est également noté des scapulalgies, prédominant à droite avec limitation de la mobilité active, palpation douloureuse sur tendinopathie du sus-épineux droit et bursite sous-deltaïdienne bilatérale modérée selon l'échographie du 07.04.2016.

Enfin, il est noté une rhizarthrose bilatérale avec douleur à la palpation de l'articulation trapézométacarpienne bilatérale prédominant à droite.

Ces atteintes vont nécessiter la définition d'un profil d'effort.

L'examen retrouve également une fibromyalgie avec un score de Wolfe de 23/31, sans incidence sur la capacité de travail.

Du point de vue de la **médecine interne**, il s'agit d'une personne assurée qui présente diverses atteintes à la santé, non incapacitantes.

1.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

1. Cervicalgies post-herniectomy avec mise en place d'une cage en C6-C7 en octobre 2015
2. Lombalgies sur arthrose L4-L5 et L5-S1
3. Scapulalgies droites sur tendinopathie
4. Rhizarthrose bilatérale

1.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. F60.31 Personnalité émotionnellement labile, type borderline
2. F34.8 Autre Trouble de l'humeur persistant
3. F14.20 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, actuellement abstinent
4. F33.4 Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission
5. Fibromyalgie
- [...]

1.1.d.7 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

- Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue **rhumatologique**, éviter la station debout ou assise prolongée, éviter le port de charges lourdes, éviter la flexion prolongée du tronc, surtout du rachis cervical, éviter l'élévation des bras au-dessus des épaules à l'horizontal et alterner les stations assise et debout, éviter les mouvements de préhension et de serrage des mains de façon répétée et soutenue.

Du point de vue **psychiatrique** et de la **médecine interne**, il n'y a pas de limitation fonctionnelle.

- Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue **interdisciplinaire**, il n'y a pas d'évolution attendue.

1.1.d.8 Contrôle de cohérence

- Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines

Du point de vue **psychiatrique**, il existe une discordance entre la préservation des activités de distraction et de loisir et les plaintes de la personne assurée concernant sa négligence vestimentaire et en matière d'hygiène.

Du point de vue **rhumatologique**, la personne assurée est limitée de façon uniforme dans tous les domaines de la vie.

Du point de vue de la **médecine interne**, il n'y a pas de limitations quel que soit le domaine.

- Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

Du point de vue **psychiatrique**, il existe des divergences entre les plaintes de la personne assurée et leur ampleur avec son

comportement en situation d'examen qui ne recourent pas l'ampleur de ces plaintes.

Du point de vue **rhumatologique**, il existe des divergences entre les symptômes décrits où la personne assurée mentionne ne rien pouvoir faire à cause notamment de son dos, et les résultats de l'examen clinique qui retrouvent des cervico-lombalgies sur troubles dégénératifs mais pas de symptomatologie incapacitante en respectant des limitations fonctionnelles.

Du point de vue de la **médecine interne**, il n'y a pas de divergences.

[...]

Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation

Du point de vue **psychiatrique**, il existe des éléments d'autolimitation entre les plaintes de la personne assurée et son comportement en situation d'examen d'une part et entre ses plaintes et la description de sa journée type d'autre part.

Du point de vue **rhumatologique**, il existe quelques éléments d'autolimitation et d'exagération, avec des points fibromyalgiques qui sont très douloureux, où la personne assurée criait lors de la palpation de ces points, sans qu'il puisse s'agir de simulation.

Du point de vue de la **médecine interne**, il n'y a pas d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou de simulation.

1.1.d.9 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Rétrospectif

Du point de vue **psychiatrique**, la capacité de travail a toujours été de 100%, en dehors des périodes d'hospitalisation et probablement, de 2 à 3 mois avant et pendant l'hospitalisation en 2017, avec un diagnostic probable d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique.

Depuis sa sortie d'hospitalisation, cette capacité de travail est de 100%.

Du point de vue **rhumatologique**, la capacité de travail dans l'activité habituelle de serveuse a toujours été à 100% jusqu'en octobre 2015 avec l'intervention pour hernie discale et mise en place d'une cage en C6-C7. Depuis, la capacité de travail est de 0%.

Du point de vue de la **médecine interne**, la capacité de travail en tant que serveuse a toujours été de 100%.

Actuel

Du point de vue **interdisciplinaire**, 0%.

Évolutif/Pronostic

Du point de vue **interdisciplinaire**, la capacité de travail restera à 0% par rapport à son activité habituelle.

1.1.d.10 Capacité de travail dans une activité adaptée

Rétrospectif

Du point de vue **psychiatrique**, la capacité de travail a toujours été de 100%, en dehors des périodes d'hospitalisation et probablement, de 2 à 3 mois avant et pendant l'hospitalisation en 2017, avec un diagnostic probable d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique.

Depuis sa sortie d'hospitalisation, cette capacité de travail est de 100%.

Du point de vue **rhumatologique**, en accord avec le Dr C._____, la capacité de travail dans une activité adaptée a, médicothéoriquement, toujours été de 100%, exceptée de octobre 2015, date d'intervention, à novembre 2016 où elle a été de 0%, puis elle a été de 50% jusqu'à fin 2016. Elle est de 100% depuis début 2017.

Du point de vue de la **médecine interne**, la capacité de travail a toujours été de 100%.

Actuel

Du point de vue **interdisciplinaire**, 100%.

[...]

- Merci de valider ou non une aggravation de l'état de santé depuis les conclusions de la 1ère demande AI, la dater, en déterminer l'ampleur et les répercussions

Du point de vue **psychiatrique**, il n'y a pas d'aggravation de la santé depuis sa sortie de l'hôpital en 2017 au Centre hospitalier E. _____ entre le 06 et le 30.03.2017.

Du point de vue **rhumatologique**, non, il n'y a pas d'aggravation dans le sens où les limitations fonctionnelles sont fixées depuis l'intervention d'octobre 2015 et n'ont pas changé.

Du point de vue de la **médecine interne**, l'état de santé est stable par rapport à la 1^{ère} demande AI."

Par avis médical SMR du 6 septembre 2022, la Dre M. _____ a validé les conclusions des experts de BB. _____ SA.

En date du 21 octobre 2022, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision rejetant sa demande de prestations, considérant que l'état de santé de l'intéressée n'avait connu aucune modification ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans le cadre de la précédente procédure.

Par courrier du 23 novembre 2022, l'assurée, par son conseil, a contesté le projet susdit. Elle a plus particulièrement nié l'absence de péjoration de ses problèmes de santé depuis la dernière décision de l'OAI rendue le 7 juillet 2020 [sic], a réfuté l'existence d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée et a mis en doute l'expertise médicale de BB._____ SA, s'agissant notamment des volets psychiatrique et rhumatologique. Elle a en outre argué qu'un pronostic défavorable devait être retenu en lien avec le diagnostic de fibromyalgie, faisant valoir à cet égard que les circonstances du cas d'espèce permettaient d'inverser la présomption de surmontabilité posée par la jurisprudence. Par envoi complémentaire du 10 février 2023, l'assurée a notamment produit un rapport du Dr FF._____ du 13 janvier 2023 concluant à une capacité de travail nulle sur la base des éléments résultant du rapport du Service de rhumatologie du Centre hospitalier E._____ du 8 juin 2021.

A l'occasion d'une permanence SMR du 7 mars 2023, la Dre M._____ a considéré que le dernier rapport établi par le Dr FF._____ ne fournissait aucun nouvel élément.

Par décision du 28 mars 2023, l'OAI a confirmé son projet du 21 octobre 2022, dont il a repris la motivation.

Par lettre d'accompagnement du même jour faisant partie intégrante de la décision susdite, l'office a réfuté les objections de l'assurée.

C. Agissant par l'entremise de son conseil, X._____ a recouru le 12 mai 2023 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à la réforme de cette décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et de toute autre prestation légale à compter du 7 juillet 2020 à tout le moins, subsidiairement à l'annulation de ladite décision et au renvoi de l'affaire à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre préalable, la prénommée a requis le bénéfice de

l'assistance judiciaire. Sur le fond, la recourante a tout d'abord fait valoir que quand bien même la précédente décision de l'OAI datait du 7 mai 2021, dite décision se référait néanmoins à un « *prononcé du 7 juillet 2020* » qu'il y avait par conséquent lieu de retenir pour évaluer l'aggravation de son état de santé. L'intéressée a par ailleurs soutenu que l'expertise de BB._____ SA, ne pouvait être considérée comme probante, critiquant en particulier les volets rhumatologique et psychiatrique - tant du point de vue de la neutralité de l'expert DD._____ que du bien-fondé de ses conclusions - de l'expertise. Elle s'est prévaluée des appréciations émises par la Dre P._____, les médecins du Centre hospitalier E._____ (en particulier en date du 8 juin 2021) et le Dr D._____, démontrant une aggravation de son état de santé induisant une incapacité de travail dans n'importe quelle activité. Elle a également invoqué une hospitalisation en milieu psychiatrique en avril 2023. La recourante a de plus contesté le calcul de la perte de gain résultant implicitement de la décision du 28 mars 2028 [recte : 2023] qui confirmait le prononcé du 7 juillet 2020, invoquant son âge comme obstacle dirimant à la reprise d'un emploi et se prévalant d'un abattement d'au moins 20 % sur le revenu d'invalidité. Elle a de surcroît reproché à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une enquête ménagère et a critiqué l'absence de toute mesure de réadaptation. Sur le plan de l'instruction, l'intéressée a requis en particulier, pour le cas où la juridiction cantonale jugerait insuffisants les éléments au dossier, la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique et d'une enquête ménagère. Pour étayer ses dires, elle a produit un onglet de pièces se rapportant aux phases antérieures de la procédure.

Par décision du 16 mai 2023, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 12 mai 2023 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Maxime Darbellay.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 7 juin 2023, relevant en particulier que l'évolution de

la situation dès le mois d'avril 2023 ne pouvait avoir aucune incidence sur la décision rendue le 28 mars 2023.

Par réplique du 31 juillet 2023, la recourante a persisté dans ses précédents motifs et conclusions, sollicitant de surcroît son audition et celle de ses enfants et arguant notamment que les événements d'avril 2023 résultaient de troubles déjà présents lors du prononcé entrepris. En annexe, elle a notamment produit une lettre de sortie établie le 19 juin 2023 par les Dres GG._____ et HH._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante au Département de psychiatrie du Centre hospitalier E._____, site de LL._____, en lien avec une hospitalisation en mode volontaire du 10 au 25 avril 2023 à la suite d'une tentative de suicide médicamenteuse. Les Dres GG._____ et HH._____ relevaient en particulier comme facteur de crise le refus d'une demande en cours auprès de l'assurance-invalidité, ainsi que la recrudescence d'un sentiment d'abandon et de solitude lié aux conditions de vie, l'intéressée étant retournée à son domicile deux mois auparavant après avoir vécu chez sa fille ; à cela s'ajoutait la rupture du suivi thérapeutique avec sa psychiatre en décembre 2022, avec deux autres tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse depuis lors. Sur le plan diagnostique, les Dres GG._____ et HH._____ renaient un trouble de la personnalité borderline (F60.31) chez une patiente présentant des attitudes et comportements nettement disharmonieux - notamment dans le domaine de l'affectivité, la sensibilité, la manière de percevoir, et le mode de relation à autrui - induisant une souffrance personnelle considérable et une dégradation du fonctionnement social notamment. Elles renaient par ailleurs un diagnostic de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1), en lien avec une consommation d'alcool durant les weekends, à risque lors des moments de crise émotionnelle. Les Dres GG._____ et HH._____ soulignaient en outre le lien entre l'état de santé psychique et les douleurs chroniques dont se plaignait la patiente. Elles signalaient finalement que l'assurée était désormais suivie en ambulatoire au Centre de psychiatrie et de psychothérapie [...].

Dupliquant le 21 septembre 2023, l'intimé a maintenu sa position, se référant notamment à un avis médical SMR de la Dre M. _____ du 15 août 2023 selon lequel les éléments médicaux rapportés ne permettaient pas de remettre en question les conclusions des experts de BB. _____ SA mais montraient en revanche une aggravation psychiatrique depuis le mois d'avril 2023, décrite comme réactionnelle, propre au trouble de la personnalité et vraisemblablement non durable.

Prenant position le 11 octobre 2023, la recourante a confirmé ses arguments, invoquant notamment l'influence de son addiction à l'alcool et soulignant son isolement social.

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 - compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) - 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, singulièrement une rente d'invalidité, à la suite de la seconde demande de prestations déposée par l'intéressée.

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

b) En l'occurrence, il faut rappeler que l'OAI a été informé le 1^{er} juin 2021 par une collaboratrice du Service social de la ville de [...] de ce que l'assurée souhaitait la réouverture de son dossier, après quoi l'intéressée a transmis à l'office intimé en date du 21 juin 2021 le rapport du Service de rhumatologie du Centre hospitalier E. _____ du 8 juin 2021 portant sur le séjour hospitalier intervenu du 10 au 21 mai 2021. Il y a lieu de considérer qu'au plus tard lors de l'envoi du rapport susdit, la recourante a manifesté sa volonté de saisir l'intimé d'une nouvelle demande de prestations, quand bien même cette demande n'a été régularisée que dans un second temps avec l'envoi d'une formule officielle le 15 juillet 2021 (voir à cet égard art. 29 al. 3 LPGA ; voir également Guy Longchamp, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 38 ss art. 29 LPGA). Le droit éventuel à une rente d'invalidité ne pourrait par conséquent prendre naissance qu'à compter du mois de décembre 2021, soit six mois après la demande – formellement incomplète – déposée en juin 2021 (art. 29 al. 1 LAI), de sorte que c'est l'ancien droit qui est applicable *in casu*.

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).

c) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI) 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, cf. TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1), il convient d'examiner l'affaire au fond et de déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de la personne assurée. 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 (dans sa teneur au 31 décembre 2021) 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

d) Tant les affections psychosomatiques (ATF 141 V 281) que les affections psychiques (ATF 143 V 418) et les syndromes de dépendance (ATF 145 V 215) doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée.

La preuve d'un tel trouble suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art

ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. En l'espèce, il est constant que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations dont il a été saisi en juin 2021. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force 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) A titre préalable, il y a lieu de revenir sur le point de comparaison au regard duquel doivent être examinées les circonstances prévalant lors du prononcé entrepris du 28 mars 2023. L'intimé a en effet pris comme référence la date de sa décision du 7 mai 2021, tandis que la recourante se prévaut de la situation au 7 juillet 2020.

Il convient, à cet égard, de distinguer entre la lettre d'accompagnement établie le 7 juillet 2020 par l'OAI, réfutant les objections soulevées en procédure d'audition par l'assurée et faisant

partie intégrante de la décision à venir, et la décision formellement rendue le 7 mai 2021 par l'intimé, octroyant à l'intéressée une rente d'invalidité limitée dans le temps. A ce propos, la jurisprudence relative à l'examen du bien-fondé d'une nouvelle demande de prestations ne laisse guère de marge à l'interprétation : c'est bien au regard d'une décision entrée en force reposant sur un examen matériel du cas qu'il y a lieu d'évaluer l'éventuelle évolution des circonstances, et non pas à l'aune d'une lettre d'accompagnement n'ayant pas de portée distincte de celle de la décision qu'elle est supposée expliciter. Quant à la référence à un « *prononcé du 7 juillet 2020* » dans la décision du 7 mai 2021, elle relève manifestement d'une erreur de plume et ne revêt aucune portée matérielle. Sous cet angle, il apparaît donc que seule la décision du 7 mai 2021 (et les éléments l'ayant fondée) peut servir de point de comparaison et que la date du 7 juillet 2020 invoquée à ce propos par la recourante n'est pas pertinente.

Pour le surplus, il n'appartient pas à la Cour de céans de se prononcer sur la notification régulière ou non de la décision du 7 mai 2021, la juridiction cantonale étant exclusivement saisie d'un recours à l'encontre de la décision rendue le 28 mars 2023. Tout au plus relèvera-t-on, par surabondance, que s'il apparaît que la décision du 7 mai 2021 a bien été adressée non pas à la recourante mais à Procap alors même que le mandat de cette institution avait pris fin, ainsi qu'elle l'avait écrit à l'OAI le 5 mai 2020, il n'en demeure pas moins que l'assurée avait reçu « *les calculs des prestations* » pour la période 2016/2017 lorsque le Service social de la ville de [...] a pris contact avec l'OAI le 1^{er} juin 2021. Or à cette époque, l'intéressée n'a soulevé aucune contestation d'ordre procédural ou matériel sur ce point – étant souligné à cet égard que toute personne est tenue de se renseigner sur l'existence et le contenu de la décision dès qu'elle peut en soupçonner l'existence, sous peine de se voir opposer l'irrecevabilité d'un éventuel moyen pour cause de tardiveté (ATF 139 IV 228 consid. 1.3 et les références ; TF 6B_457/2023 du 11 mars 2024 consid. 1.3), de sorte qu'une décision fût-elle notifiée de manière irrégulière peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (TF 8D_5/2019 du 4 juin 2020 consid. 4.3). A cela

s'ajoute que l'office s'est expressément référé à la décision d'octroi de rente limitée dans le temps du 7 mai 2021 lorsqu'il a écrit à l'intéressée le 23 juin 2021, sans que cette dernière n'invoque sa méconnaissance de ladite décision dans son courrier subséquent du 15 juillet 2021, et que le Prof. I. _____ a quant à lui évoqué le 11 août 2021 une hospitalisation du 10 au 21 mai 2021 juste après une décision de l'OAI. Ces éléments incitent donc à douter de la déclaration de la recourante selon laquelle elle n'aurait pas eu connaissance de la décision du 7 mai 2021 avant la consultation du dossier par son nouveau conseil en septembre 2021 (cf. écritures des 22 et 24 septembre 2021). Dans ces conditions, l'OAI apparaissait fondé à considérer la décision en question comme valablement notifiée en temps utile (cf. communication du 6 octobre 2021), ce que la recourante ne semble plus contester au stade de la présente procédure judiciaire (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 16).

b) Lors de la procédure initiée à la suite de la première demande de prestations de l'assurée, l'OAI s'est essentiellement fondé sur le rapport d'expertise établi le 26 avril 2018 par les Drs C. _____, R. _____ et F. _____ du S. _____. Ces experts y signalaient des troubles rhumatologiques incapacitants sous forme de cervicobrachialgies bilatérales prédominant à droite sur troubles dégénératifs et de status après cure chirurgicale de hernie discale C6-C7 avec mise en place d'une cage le 23 octobre 2015 ; en guise de troubles sans influence sur la capacité de travail, ils évoquaient notamment une tendinopathie du sus-épineux, des lombalgies dans le cadre d'une arthrose facettaire L4-L5 et L5-S1, une personnalité émotionnellement labile type borderline, un trouble de l'humeur persistant et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne dont l'intéressée était désormais abstinente. Ils concluaient à une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité et de 50 % dans une activité adaptée depuis novembre 2016 puis de 75 à 100 % dès novembre/décembre 2016. Compte tenu des troubles du rachis et de la possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, ils retenaient des limitations fonctionnelles au niveau du lever répétitif de charges de plus de cinq kilos, du lever ponctuel de

charges de plus de dix kilos, des mouvements répétitifs du membre supérieur droit, ainsi que des positions statiques prolongées avec la nuque fléchie.

C'est sur la base de cette appréciation, validée à diverses reprises par le SMR (cf. rapport d'examen du 15 mai 2018 et avis médicaux des 12 mars 2019, 2 septembre 2019 et 3 décembre 2019), que l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juin 2016 au 31 janvier 2017, suivie d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} au 28 février 2017.

c) Pour statuer sur les prétentions de l'intéressée dans le cadre de sa seconde demande de prestations, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de BB. _____ SA, axée sur les plans de la médecine interne (Dr CC. _____), de la rhumatologie (Dre EE. _____) et de la psychiatrie (Dr DD. _____).

aa) Sur le plan de médecine interne, l'expert CC. _____ n'a retenu aucune atteinte incapacitante à la santé, précisant que la situation était stable par rapport à la première demande de prestations de l'assurance-invalidité (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022, appréciation consensuelle, p. 12). Ces constats ne sont contredits par aucune pièce au dossier, ni remis en question par la recourante. Rien n'incite, par conséquent, à s'écarter des conclusions l'expert CC. _____.

bb) Sur le plan rhumatologique, l'experte EE. _____ a considéré que la capacité de travail de l'assurée était influencée par des cervicalgies sur herniectomy, des lombalgies sur arthrose L4-L5 et L5-S1, des scapulalgies prédominant à droite sur tendinopathie du sus-épineux et bursite sous-deltaïdienne bilatérale modérée, ainsi qu'une rhizarthrose bilatérale. Elle a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité antérieure et que, dans une activité adaptée, elle était nulle d'octobre 2015 à novembre 2016, puis de 50 % jusqu'à fin 2016 et de 100 % depuis début 2017, comme l'avait précédemment retenu l'expert C. _____. Concernant les limitations fonctionnelles, il y avait lieu d'éviter la station

debout ou assise prolongée, respectivement de permettre l'alternance de ces positions, et d'éviter le port de charges lourdes, la flexion prolongée du tronc surtout au niveau du rachis cervical, l'élévation des bras au-dessus des épaules à l'horizontal et les mouvements de préhension et de serrage des mains de façon répétée et soutenue. L'experte EE._____ a conclu que, du point de vue rhumatologique, il n'y avait pas d'aggravation dans le sens où les limitations fonctionnelles étaient fixées depuis l'intervention d'octobre 2015 et n'avaient pas changé (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 p. 7 ss et p. 60 ss).

On doit admettre qu'en tant que telle, l'évaluation de l'experte EE._____ ne traduit pas d'évolution significative depuis le rapport d'expertise du S._____ du 26 avril 2018. Cette évaluation confirme en effet les atteintes précédemment identifiées au niveau du rachis cervical et lombaire et du membre supérieur droit, sans évolution notable sur ce plan. Les limitations fonctionnelles retenues à cet égard par l'experte EE._____ s'inscrivent, du reste, dans la lignée de celles exprimées par les experts du S._____. Le seul fait que l'experte EE._____ ait retenu un plus grand nombre de restrictions pour des atteintes demeurées essentiellement inchangées témoigne tout au plus d'une appréciation plus circonstanciée de la situation, mais ne reflète pas pour autant une détérioration globale des troubles rhumatologiques en question. En outre, s'il est vrai qu'une atteinte arthrosique au niveau des deux pouces a de surcroît été identifiée par l'experte EE._____, rien au dossier ne permet cependant de lui reconnaître à ce stade, par son ampleur ou son intensité, le caractère d'une aggravation marquée de l'état de santé de la recourante. On comprend, dans ces conditions, que l'experte EE._____ ait finalement conclu à l'absence d'évolution chez une assurée dont les limitations fonctionnelles en lien avec la principale atteinte à la santé, au niveau cervical, n'avaient plus connu d'évolution rhumatologique marquante depuis l'intervention du 23 octobre 2015. L'experte EE._____ s'étant en définitive rangée à l'avis de l'expert C._____ quant à l'exigibilité d'une activité adaptée (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 11 et 65), il n'apparaît pas non plus déterminant que l'experte rhumatologue de BB._____ SA ait situé le début de cette exigibilité au

mois de janvier 2017 alors que son confrère du S._____ avait retenu le mois de décembre 2016 ; du reste, ce point importe peu dans le cadre du présent litige, circonscrit à la question de savoir si l'état de santé de la recourante a connu une aggravation depuis la décision du 7 mai 2021.

L'analyse de l'experte EE._____ n'est, en outre, pas sérieusement mise en doute par les pièces au dossier.

Il apparaît tout d'abord que dans leur rapport du 8 juin 2021, les médecins du Service de rhumatologie du Centre hospitalier E._____ ont pour l'essentiel décrit, sur la base d'un examen d'imagerie du 12 mai 2021 dont l'experte EE._____ a eu connaissance (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022, annexe 1, p. 13), des troubles connus au niveau du rachis cervical et lombaire, sans évolution majeure. S'ils ont certes conclu à une capacité de travail nulle même dans une activité adaptée, ils ont néanmoins appuyé leur appréciation sur des éléments étrangers au registre strictement rhumatologique, dans la mesure où ils ont invoqué l'importance des douleurs lombaires et cervicobrachiales de l'assurée, ses troubles psychiques et la paucité de ses ressources. On notera à cet égard que des douleurs, par définition subjectives, ne peuvent suffire à fonder une incapacité partielle ou totale de travail mais que leur impact éventuel dépend de leur corrélation à des observations médicales concluantes. Or, dans leur rapport du 8 juin 2021, les rhumatologues du Centre hospitalier E._____ ont certes reconnu des douleurs liées aux atteintes rachidiennes constatées à l'imagerie mais ils ont de surcroît noté une composante d'amplification, faisant écho aux divergences et à l'autolimitation/exagération signalées par l'experte EE._____ (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 9 s. et 61 s.) ; ils ont dans ce contexte évoqué une problématique psychosomatique (marquée par un score de fibromyalgie élevé et un diagnostic de syndrome douloureux chronique) également mentionnée par l'experte EE._____ (sous forme de fibromyalgie [cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 8 et 61]), mais dont l'éventuelle nature incapacitante relève d'un examen spécifique à l'aune des principes spécialement développés pour les atteintes non objectivables (cf. consid. 4d supra et 6c/dd infra ; voir également TF

9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 et les références citées, concernant la fibromyalgie) et non d'une analyse purement somatique. Quant aux répercussions des troubles psychiatriques, elles ressortissent non pas à l'aspect organique mais à l'aspect psychique (cf. consid. 6c/cc infra). Concernant enfin les ressources de la personne assurée, elles ne revêtent pas une importance décisive dans l'examen du caractère incapacitant des problématiques somatiques concrètement objectivables (voir à cet égard TF 8C_350/2017 du 30 novembre 2017 consid. 5.4) - comme en l'occurrence, s'agissant des troubles rhumatologiques affectant la recourante. Force est par conséquent de constater que l'évaluation contenue dans le rapport du Centre hospitalier E._____ du 8 juin 2021 ne renferme aucun paramètre objectif et concret qui viendrait mettre en doute les conclusions formulées sous l'angle rhumatologique par l'experte EE._____. Le même constat s'impose s'agissant du compte-rendu établi le 11 août 2021 par le Prof. I._____ en tant qu'il se contente de reprendre les conclusions du rapport du 8 juin 2021, tout en mentionnant de surcroît une aggravation globale au cours des deux dernières années sans fournir toutefois d'élément substantiel susceptible d'étayer une telle affirmation. Il apparaît, en d'autres termes, que pour ce qui est des atteintes strictement rhumatologiques, l'appréciation des médecins du Centre hospitalier E._____ ne met en lumière aucun élément objectif dont l'experte EE._____ n'aurait pas tenu compte.

Les rapports établis par les autres médecins somaticiens consultés par la recourante ne sauraient davantage l'emporter sur les conclusions de l'experte EE._____, dans la mesure où tant le Dr D._____ (cf. rapport du 21 juillet 2021) que le Dr FF._____ (cf. rapports des 9 octobre 2021 et 13 janvier 2023) se sont limités à suivre l'avis des médecins du Centre hospitalier E._____ sans y ajouter concrètement de plus amples développements.

Reste à examiner les critiques formulées par la recourante à l'encontre de l'appréciation de l'experte EE._____. En tant que l'assurée conteste le fait que l'experte n'a pas prêté de caractère invalidant au diagnostic de fibromyalgie (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 21),

il y a lieu de rappeler que la nature invalidante d'un trouble psychosomatique ne relève pas d'un examen rhumatologique (cf. TF 9C_701/2020 précité loc. cit.). Si la recourante réfute en outre toute divergence entre les symptômes décrits et les résultats de l'examen clinique (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 21 s.), force est de relever que cette dichotomie a été observée par l'experte EE. _____ après comparaison entre l'ampleur des plaintes recensées et l'étendue des atteintes diagnostiquées (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 p. 9 s. et p. 62 s.) - au même titre que des éléments d'exagération et d'autolimitation mais sans simulation - et que les médecins du Service de rhumatologie du Centre hospitalier E. _____ se sont également prononcés dans ce sens dans la mesure où ils ont évoqué une composante d'amplification centrale (cf. rapport du 8 juin 2021). De telles discordances étaient, du reste, déjà observées sur le plan rhumatologique par les experts du S. _____ (cf. rapport d'expertise du 26 avril 2018 p. 33). Ces éléments viennent par conséquent soutenir la thèse d'une certaine amplification des plaintes sur le plan rhumatologique et, contrairement à ce que soutient la recourante, il importe peu qu'aucune amplification des plaintes n'ait pas été plus généralement reconnue dans le cadre du volet de médecine interne de BB. _____ SA ou par d'autres membres du corps médical. La recourante ne peut finalement être suivie lorsqu'elle reproche à l'experte EE. _____ de ne pas avoir tenu compte de ses plaintes et douleurs, dans la mesure où l'experte a dûment répertorié et analysé les éléments en question (cf. notamment rapport d'expertise du 10 août 2022 p. 52 ss), quand bien même elle n'en a pas tiré les conclusions souhaitées par l'assurée.

Il résulte de ce qui précède que l'appréciation émise du point de vue rhumatologique par l'experte EE. _____ doit être tenue pour convaincante et qu'aucune dégradation significative depuis la décision du 7 mai 2021 ne peut en être déduite. Sous cet angle, la capacité résiduelle de travail demeure donc entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

cc) Sur le plan psychique, l'expert DD._____ a retenu les diagnostics de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), autre trouble de l'humeur persistant (F34.8), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne sans usage actuel (F14.20) et trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4). Il a estimé que la capacité de travail avait toujours été entière du point de vue psychiatrique, hormis durant les hospitalisations et plus particulièrement au cours des deux à trois mois avant et pendant l'hospitalisation de 2017 avec à l'époque un diagnostic probable d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique ; depuis la sortie d'hospitalisation, la capacité de travail était totale (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 8 ss et 41 ss).

aaa) Se plaçant sous un angle formel, la recourante reproche tout d'abord à l'expert DD._____ d'avoir manqué de neutralité, contestant le bien-fondé de ses observations, d'une part, quant à l'impact des troubles du point de vue du parcours professionnel et, d'autre part, quant à l'interprétation des résultats d'analyses effectuées dans le cadre de l'expertise (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 pp. 17 à 19).

En tant que la recourante cherche ainsi à remettre en question l'impartialité de l'expert DD._____ (et, implicitement, à invoquer un motif formel de récusation à son encontre [art. 36 LPGA]), il y a lieu de relever qu'un expert passe pour prévenu lorsque les circonstances donnent l'apparence de la prévention et font redouter une activité partielle de l'expert, étant précisé que l'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 148 V 225 consid. 3.4 et les références citées). Dans le cas particulier, la recourante se contente toutefois d'opposer sa propre appréciation des circonstances à celle de l'expert, sans mettre en évidence le moindre élément concret tendant à montrer chez l'expert DD._____ une quelconque prévention à son encontre.

A l'instar de l'expert psychiatre de BB._____ SA (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 6 et 40 s.), la Cour relève en particulier que le dossier ne contient aucun document étayant un parcours professionnel marqué par d'éventuelles décompensations psychiques. Ce constat, qui repose objectivement sur la lecture des pièces recueillies au cours de l'instruction, n'est aucunement remis en question par l'argumentaire de la recourante, laquelle se contente d'invoquer sa lettre de démission du 21 mai 2015 invoquant un manque de confiance mutuel et des remarques désobligeantes (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 17), soit des éléments illustrant certes une détérioration des relations de travail mais dont on ne voit pas en quoi ils seraient révélateurs d'une décompensation psychique. Contrairement à ce que soutient l'assurée (cf. ibid.), l'interaction entre les troubles psychiques préexistants et les atteintes somatiques apparues courant 2015 ne permet pas davantage de se positionner sur la manière dont les troubles psychiques ont influencé son parcours professionnel jusqu'alors, étant souligné que l'assurée avait déjà donné son congé lorsqu'elle s'est trouvée en arrêt de travail au cours du mois de juin 2015. Sur le vu de ces circonstances, le fait que l'expert DD._____ ait conclu, du point de vue anamnestique, à des difficultés relationnelles qui « *sembl[ai]ent* » s'être cantonnées à la vie privée (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 6 et 40 s.) relève tout au plus d'une appréciation précautionneuse de la situation et en aucun cas d'une évaluation subjective du cas (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 18).

On cherche également en vain à comprendre en quoi les observations de l'expert DD._____ en lien avec les analyses de laboratoire faites à sa demande seraient révélatrices d'une appréciation biaisée quant à l'authenticité des plaintes de la recourante (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 18 s.). Force est de relever à cet égard que, selon l'annexe 5 au rapport d'expertise du 10 août 2022, les analyses sanguines ont montré que le taux de neuroleptique (Quétiapine) était plus faible que celui attendu pour la dose, avec un résultat inférieur à l'intervalle thérapeutique recommandé, mais que, pour les antidépresseurs (Fluoxétine), le délai entre la prise du médicament et le

prélèvement sanguin était trop court pour permettre l'interprétation du résultat obtenu. Concernant l'alcoologie, il était conclu à une consommation légère à modérée, de deux à quatre doses par jour, plusieurs jours par semaine. Quant aux analyses d'urine, elles étaient positives aux benzodiazépines. Sur cette base, l'expert DD._____ a repris les conclusions du rapport d'analyse s'agissant des résultats obtenus pour la Quétiapine et l'alcool, mais a en revanche retenu qu'aucune trace de Temesta (soit une benzodiazépine) n'avait été détectée et que les taux de Fluoxétine étaient dans la limite de la fourchette basse de l'intervalle thérapeutique (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 39, 41 et 44), s'écartant ainsi des résultats précités. Si les conclusions de l'expert sur ces deux derniers points semblent donc manifestement erronées, il reste que rien de concret ne permet pour autant d'en déduire un manque d'impartialité ; quant à l'impact de cette erreur, il sera discuté ci-après (cf. consid. 6c/cc/bbb infra). Pour le surplus, la recourante émet diverses allégations prétendument notoires quant aux délais nécessaires à l'interprétation des résultats de laboratoire (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 18) sans toutefois les étayer ni démontrer en quoi les résultats obtenus *in casu* ne seraient pas concluants. Si en outre la recourante conteste toute amplification de ses plaintes en invoquant ses tentatives de suicide et son parcours médical et en relativisant le temps durant lequel elle a conservé la station assise durant l'examen clinique psychiatrique (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 18), il reste qu'elle se prévaut ainsi d'arguments de fond prenant le contrepied de l'évaluation de l'expert DD._____ mais ne démontrant en revanche aucune prévention de la part de ce dernier. Là encore, on ne voit donc pas de trace de partialité.

A l'aune de ce qui précède, les griefs de la recourante visant la neutralité de l'expert DD._____ ne peuvent donc qu'être écartés.

bbb) Dans le cadre de son analyse, l'expert DD._____ a plus particulièrement motivé chacun des diagnostics retenus. Il a ainsi retenu le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline en s'appuyant sur le parcours affectif et émotionnel de la

recourante, qui montrait une tendance à agir avec impulsivité, avec des passages à l'acte suicidaire favorisés par la consommation de toxiques et d'alcool, une instabilité émotionnelle, une perturbation des objectifs et des préférences personnelles et une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables, l'amenant souvent à des crises émotionnelles avec crainte de l'abandon et gestes auto-agressifs. L'expert DD._____ a par ailleurs relevé des épisodes dépressifs par le passé mais estimé que, depuis l'hospitalisation intervenue en 2017, seul un trouble dépressif mineur, respectivement en rémission, pouvait être retenu, relevant à cet égard les activités distractives et récréationnelles de l'assurée et la stabilité de la médication prescrite. Soulignant en outre une tristesse d'intensité légère rapportée par l'assurée en fonction des circonstances et des contextes de vie, l'absence d'idées suicidaires, de ralentissement psychomoteur ou de trouble cognitif, l'expert DD._____ a conclu à un trouble de l'humeur persistant, expliquant qu'il s'agissait là de troubles cliniquement significatifs mais dont la sévérité était insuffisante ou la durée trop brève pour justifier un diagnostic de dysthymie ou d'épisode dépressif léger. Il a de surcroît dument référencé les antécédents liés à la consommation de cocaïne, chez une assurée désormais abstinente, et a nuancé la consommation régulière d'alcool alléguée par la recourante au regard des résultats d'analyse obtenus, sans retenir de diagnostic à cet égard. En présence de diagnostics dont seul le trouble de la personnalité revêtait un certain degré de gravité intrinsèque, l'expert DD._____ a conséquemment relevé que ce trouble était relativement compensé, qu'il n'avait jusqu'alors pas impacté la capacité de l'assurée à travailler ou à s'occuper de ses enfants et que, s'il avait été nettement disharmonieux au travers d'une vie amoureuse tumultueuse, il n'avait en revanche pas entraîné un mode de comportement anormal dans d'autres situations personnelles et sociales. L'expert a encore observé que l'adhésion au traitement était médiocre - ce qui peut être confirmé s'agissant de la Quétiapine mais pas de la Fluoxétine ni du Temesta (cf. consid. 6c/cc/aaa supra). L'expert DD._____ n'a par ailleurs relevé aucune interaction particulière entre les atteintes. Pour la structure de la personnalité, il a fait état d'altérations essentiellement légères, notant cependant une altération de moyenne intensité s'agissant de la gestion de l'affect et de la

capacité à contrôler ses impulsions et relevant également une amplification au niveau du comportement face à la maladie. L'expert DD._____ a encore mentionné que l'assurée disposait de ressources lui ayant permis d'occuper divers emplois et d'élever ses enfants, qu'elle parvenait à fonctionner sans traitement psychotrope important et qu'elle bénéficiait notamment du soutien de son entourage. Concernant finalement la cohérence, l'expert a essentiellement relevé une discordance entre l'ampleur des plaintes et le comportement en situation d'examen (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 5 ss et p. 40 ss). C'est sur cette base que, pour l'aspect psychique, il a conclu à une capacité de travail totale et ce de manière continue, en-dehors des séjours à l'hôpital et de la période concomitante à l'hospitalisation de 2017 qui échappe toutefois au pouvoir d'examen de la Cour de céans (cf. consid. 2 supra).

D'emblée, il y a lieu d'observer que l'expert DD._____ s'est prononcé de manière conforme aux exigences jurisprudentielles en la matière, que ce soit sous l'angle du degré de gravité fonctionnel - du point de vue de l'atteinte à la santé, de la personnalité et du contexte social - comme sous l'angle de la cohérence des troubles (cf. consid. 4d supra). Le seul fait que deux des dosages médicamenteux aient mal été interprétés incite certes à nuancer dans une certaine mesure les conclusions y relatives mais ne les invalide pas pour autant. Globalement, l'avis de l'expert reste donc cohérent.

Cela posé, il sied de relever que les conclusions émises par l'expert DD._____ sont essentiellement superposables à celles formulées par les experts du S._____, tant du point de vue diagnostique que du point de vue de la capacité de travail. L'expert de DD._____ l'a, du reste, expressément relevé (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 p. 42).

Rien n'incite par ailleurs à s'écarter de l'appréciation de l'expert DD._____.

Ce dernier s'est notamment positionné quant aux éléments résultant du rapport du Service de rhumatologie du Centre hospitalier E._____ du 8 juin 2021. Il a en particulier relevé qu'aucune alexithymie n'était retrouvée, pas plus que des épisodes dissociatifs, et que le diagnostic de personnalité borderline semblait par conséquent plus conforme à la clinique que le diagnostic différentiel d'état de stress post-traumatique avancé dans le compte-rendu du 8 juin 2021 (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 p. 42). Plus généralement, il y a lieu de noter que les médecins du Centre hospitalier E._____ n'ont guère étayé les diagnostics psychiatriques mis en exergue, ni procédé à une analyse des ressources résiduelles de la recourante à l'aune des indicateurs idoines. Dans ces conditions, leurs conclusions ne sauraient être préférées à celles, dûment étayées, de l'expert DD._____ - constat qui peut être repris à l'égard de l'avis subséquent du Prof. I._____ du 11 août 2021, qui résume en substance la teneur du rapport du 8 juin 2021. Sous cet angle non plus, il n'y a donc aucune trace de détérioration significative de la situation depuis la précédente décision.

L'expert psychiatre de BB._____ SA a également pris position sur le rapport de la Dre P._____ du 11 novembre 2021. Il a souligné que le diagnostic relatif au trouble de la personnalité était partagé et que la psychiatre traitante n'avait en revanche pas spécifié l'état actuel du trouble dépressif, rappelant qu'à son sens le trouble de l'humeur était de gravité légère. Il a de surcroît relevé que l'hospitalisation d'août 2021 était intervenue dans un contexte réactionnel, à la suite d'un conflit. L'expert DD._____ s'est de surcroît distancé de l'évaluation de la capacité de travail faite par la Dre P._____, au regard de l'anamnèse, de son examen clinique et de la description d'une journée-type (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 p. 42 s.). La Cour de céans, pour sa part, observe que le rapport de la Dre P._____ ne contient aucune analyse circonstanciée permettant d'objectiver la détérioration alléguée des atteintes psychiques. La seule référence à l'hospitalisation intervenue en août 2021 n'est, à cet égard, guère révélatrice. Outre que le rapport établi à cet égard le 20 août 2021 par la Dre U._____ ne contient aucun examen du point de vue diagnostique ou de l'évolution des troubles, ce

rapport indique de surcroît que l'origine du passage à l'acte était un conflit d'ordre familial, chez une patiente dont le status psychiatrique à l'examen était sans particularité et qui, aux dires de son fils, était normothymique la plupart du temps mais avait tendance à faire des menaces suicidaires sous le coup de l'alcool depuis plus de quinze ans. De tels éléments ne sauraient donc plaider pour une décompensation psychiatrique avérée, respectivement pour une aggravation durable des atteintes à la santé psychique de la recourante.

Il y a également lieu de relever que les rapports émanant des médecins somaticiens consultés par la recourante ne contiennent pas non plus d'indice concret dans le sens d'une détérioration significative de la situation sous l'angle psychique (cf. rapport du Dr D._____ du 21 juillet 2021 ; cf. rapports du Dr FF._____ des 9 octobre 2021 et 13 janvier 2023).

L'assurée a en outre été hospitalisée du 10 au 25 avril 2023 en milieu psychiatrique, à la suite d'une tentative suicidaire médicamenteuse. Force est de souligner que cette hospitalisation est postérieure à la décision rendue par l'OAI le 28 mars 2023, date qui définit le cadre temporel de l'examen du juge (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 et les références citées). Elle ne révèle, par ailleurs, aucune évolution pertinente pour l'issue de l'affaire. Ainsi, selon le rapport y relatif établi le 19 juin 2023 par les Dres GG._____ et HH._____, la crise visée était réactionnelle à la décision de refus de prestations litigieuse. Or il est admis que les troubles en réaction à une décision négative de l'assurance-invalidité peuvent être traités médicalement de manière adéquate, de sorte qu'il ne peut en découler de handicap psychique invalidant car, dans le cas contraire, la notion juridique de l'invalidité n'aurait plus aucun sens (TF 9C_777/2020 du 21 septembre 2021 consid. 3.2 ; TF 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5). En tant que ledit rapport mentionne également un sentiment d'abandon et de solitude lié aux conditions de vie après un séjour de deux mois auprès d'un membre de l'entourage, il y a lieu d'observer qu'un tel élément est de nature psychosociale et, à ce titre, ne relève pas de la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a). On doit par

ailleurs admettre que si le terme de la prise en charge auprès de la Dre P._____ en décembre 2022 - suivi de deux intoxications médicamenteuses - a été considéré comme ayant contribué au facteur de crise global, il reste que de telles difficultés ne sauraient permettre de conclure à une modification durable des troubles chez une assurée qui avait, aux dires des Dres GG._____ et HH._____, déjà débuté une nouvelle prise en charge auprès du Centre de psychiatrie et psychothérapie [...]; le simple fait que l'assurée ait bénéficié d'une prescription de Fluoxétine 40 mg lors de son hospitalisation et jusqu'au 11 mai 2023 (cf. rapport des Drs GG._____ et HH._____ du 19 juin 2023 pp. 1 et 3) ne peut, dans un tel contexte, suffire à étayer une dégradation significative et durable des troubles psychiques. A cela s'ajoute que les Dres GG._____ et HH._____ ont mentionné une évolution rapidement favorable en cours de séjour (cf. ibid. p. 4), ce qui parle d'autant moins en faveur d'une décompensation durable. Si par ailleurs un diagnostic de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1) a été retenu par les psychiatres du Centre hospitalier E._____, il résulte néanmoins du rapport du 19 juin 2023 que la consommation alléguée, limitée aux weekends, correspond aux dires de l'assurée lors de l'expertise de BB._____ SA (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 p. 34 : « *Je bois de l'alcool le week-end [...]. C'est vendredi et samedi ou si j'ai un problème grave.* ») et n'a pas été vérifiée par des analyses plus poussées, de sorte que rien ne permet d'en tirer des observations concrètes du point de vue de l'évolution de la situation depuis le rapport d'expertise du 10 août 2022. Finalement, le rapport du 19 juin 2023 ne se prononce pas du point de vue de la capacité de travail. A l'instar de la Dre M._____ (cf. avis médical SMR du 15 août 2023), il y a donc lieu de retenir que l'hospitalisation d'avril 2023 ne remet pas en question les conclusions émises sous l'angle psychiatrique par l'expert DD._____ ni, corolairement, la décision litigieuse du 28 mars 2023. Quant à une éventuelle dégradation subséquente, elle ne fait pas l'objet du présent litige (cf. consid. 2 supra).

Pour ce qui est finalement des critiques de l'assurée à l'encontre des conclusions de l'expert DD._____, on ne peut leur

reconnaître de fondement. Certes, l'appréciation de ce médecin est partiellement erronée pour ce qui est des résultats d'analyse de laboratoire (cf. consid. 6c/cc/aaa supra). Il reste que ces mêmes résultats montrent néanmoins une discordance s'agissant de la Quétiapine et de l'alcool, qui illustre en tout état de cause une certaine amplification entre les propos de la recourante et des éléments biologiques objectifs (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 18 s.). Une telle amplification, quoi qu'en dise la recourante (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 pp. 18 et 20), n'est pas non plus mise à mal par les passages à l'acte de l'intéressée, dans la mesure où ceux-ci ne résultent pas d'une atteinte sous-évaluée mais ont à ce stade toujours été précipités par des événements déclencheurs précis, liés essentiellement à des conflits d'ordre privé ou à la situation asséurologique. A cela s'ajoute que si la recourante conteste l'appréciation de l'expert DD. _____ concernant la rémission du trouble dépressif et l'absence de conflit émotionnel important ou d'idées suicidaires (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 19), cette appréciation repose quoi qu'il en soit sur des constatations objectives lors de l'examen clinique, étant souligné que les crises survenues antérieurement ont été dûment prises en compte par l'expert (cf. notamment rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 40 à 43) et que ce dernier n'a en toute logique pas pu se prononcer vis-à-vis de la crise survenue après la reddition de la décision attaquée. C'est en outre à tort que la recourante reproche à l'expert DD. _____ de ne pas avoir investigué sa vie quotidienne (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 20), l'expert s'étant exprimé tant sur les habitudes journalières de l'intéressée comme sur les ressources en lien avec son entourage (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 6 s., 37 et 41 s.) ; la recourante, du reste, ne s'étend guère sur les empêchements qu'elle rencontrerait à ce niveau et c'est en outre à tort qu'elle invoque l'absence de tout loisir ou son isolement social, dès lors qu'elle a déclaré à l'expert avoir dû renoncer à aller à la piscine uniquement du fait de la pandémie de coronavirus et s'être rendue dans sa famille au Portugal en janvier 2022 (cf. ibid.). Quant à un éventuel isolement social (cf. détermination du 11 octobre 2023), force est de souligner que l'assurée dispose essentiellement d'un réseau familial (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 7 et 42), comme

c'était déjà le cas lors de l'expertise du S._____ (cf. rapport du 26 avril 2018 p. 18). La recourante ne peut davantage être suivie lorsqu'elle reproche à l'expert DD._____ de ne pas avoir tenu compte de ses plaintes et douleurs, dans la mesure où l'expert a répertorié et analysé les éléments en question (cf. notamment rapport d'expertise du 10 août 2022 p. 32 ss), quand bien même il n'en a pas tiré les conclusions souhaitées par l'assurée. Finalement, contrairement à ce que soutient la recourante (cf. déterminations du 11 octobre 2023), on rappellera que sa consommation d'alcool a bien été prise en compte par l'expert DD._____, qui l'a toutefois relativisée après alcoologie (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 7, 39 et 42) et n'a conséquemment pas posé de diagnostic spécifique à cet égard ; dans tous les cas, en tant que la structure probatoire en cas de syndrome de dépendance est identique à celle développée pour les atteintes psychiques (cf. consid. 4d supra), l'éventuelle reconnaissance d'une dépendance pathologique à l'alcool ne saurait à elle seul modifier l'analyse des ressources mobilisables de la part de l'assurée.

A la lumière de ces considérations, on ne peut donc que se rallier aux conclusions de l'expert DD._____ reconnaissant à la recourante une capacité de travail inchangée sur le plan psychiatrique depuis le rapport d'expertise du S._____ du 26 avril 2018 et la décision du 7 mai 2021.

dd) Sur le plan psychosomatique, les experts de BB._____ SA ont réfuté le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant et retenu celui de fibromyalgie, auquel ils n'ont toutefois reconnu aucun caractère incapacitant (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 p. 7 ss, p. 41 et pp. 59 et 61).

S'agissant du diagnostic de trouble somatoforme persistant, que les experts du S._____ avaient évoqué en 2018 sans y conclure formellement (cf. rapport d'expertise du 26 avril 2018 p. 30), l'expert DD._____ a plus particulièrement retenu que les critères n'étaient pas réunis chez une assurée n'exprimant aucune détresse à l'évocation de ses

douleurs et ne décrivant pas ses douleurs comme intenses et persistantes mais signalant une nette amélioration sous médication (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 pp. 7 et 41). Cette appréciation n'est pas valablement mise en doute par les pièces au dossier. Notamment, le syndrome douloureux chronique mentionné par les médecins du Centre hospitalier E. _____ (cf. notamment rapports du Prof. I. _____ et du Dr O. _____ du 8 juin 2021, de la Dre U. _____ du 20 août 2021 et des Drs GG. _____ et HH. _____ du 19 juin 2023) ne repose sur aucune analyse diagnostique concrète en lien avec la symptomatologie pertinente mais renvoie à différents éléments contextuels (au niveau algique, sensoriel, digestif ou du sommeil). On notera, par surabondance, que les troubles du sommeil mentionnés dans le rapport du Centre hospitalier E. _____ du 8 juin 2021 cadrent relativement mal avec les observations émises par le Dr AA. _____ à la suite d'une analyse du sommeil réalisée le 8 juillet 2021, ayant uniquement mis en évidence des troubles modérés, liés essentiellement au positionnement et à la médication, et sans impact notable sur la saturation en oxygène. Dans ces conditions, il n'apparaît pas erroné d'écarter le diagnostic de trouble somatoforme douloureux dans le cas particulier.

Les experts de BB. _____ SA ont en revanche conclu à une fibromyalgie sur la base des constatations de l'experte EE. _____, étant rappelé que les médecins du Centre hospitalier E. _____ ont quant à eux validé un score de fibromyalgie (cf. rapports des 8 juin et 11 août 2021). Partant, c'est sous cet angle que la symptomatologie algique de la recourante a été intégrée à l'analyse de l'expert DD. _____, conformément aux exigences jurisprudentielles en la matière qui visent à l'identique les troubles psychosomatiques, les troubles psychiques et les syndromes de dépendance (cf. consid. 4d supra); c'est ici le lieu de souligner que les principes liés à l'ancienne présomption de surmontabilité (ATF 132 V 65 consid. 4), auxquels la recourante s'est parfois référée (cf. courrier du 23 novembre 2022), ne sont en revanche plus applicables. La procédure probatoire étant en définitive identique à celle exposée ci-dessus en lien avec les troubles psychiques de l'assurée (cf. consid. 6c/cc supra), il peut donc y être renvoyé. On ajoutera, dans ce contexte, que le

fait que l'assurée a pu conserver la station assise durant septante minutes durant l'examen clinique de l'expert DD._____, nonobstant ses douleurs, incite effectivement à relativiser l'intensité de celles-ci (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 18). Concernant l'impact des douleurs sur les troubles psychiques, souligné dans le rapport du 19 juin 2023 des Dres GG._____ et HH._____, il convient de le relativiser dès lors que l'assurée a fait état d'une atténuation de la symptomatologie algique sous Oxynorm, avec des douleurs à 3 ou 4/10 (cf. rapport d'expertise du 10 août 2022 p. 7 et 41), et que les psychiatres du Centre hospitalier E._____ ont du reste indiqué que la prise de ce médicament depuis 2020 intervenait sans mésusage (cf. rapport du 19 juin 2023 p. 4). En tant que la recourante conteste par ailleurs l'absence de suivi accru retenue par l'expert DD._____ (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p.19), il faut observer que si l'intéressée bénéficie certes d'un suivi psychiatrique régulier, il demeure que, pour la période soumise à l'examen de la Cour de céans (cf. consid. 6a supra), les douleurs n'ont en revanche pas abouti à une recherche de traitement particulièrement accrue hormis l'hospitalisation au Service de rhumatologie du Centre hospitalier E._____ au printemps 2021. On comprend donc que, sous cet angle, l'expert DD._____ n'ait pas retenu de suivi accru. De ces éléments, on doit par conséquent déduire que la recourante, nonobstant le diagnostic de fibromyalgie, n'encourt aucune diminution significative de ses ressources en lien avec une problématique d'ordre psychosomatique.

ee) Sur le vu de ce qui précède, il y a donc lieu de reconnaître valeur probante aux conclusions détaillées et dûment motivées du rapport d'expertise de BB._____ SA du 10 août 2022. Sur cette base, il faut retenir qu'aucune modification significative de l'état de santé de la recourante n'est intervenue entre la décision du 7 mai 2021 et celle du 28 mars 2023.

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi d'autres mesures d'instruction (expertise médicale judiciaire, audition de la recourante et de ses enfants) seraient de nature à modifier les

considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. En l'absence d'évolution déterminante sous l'angle médical ou de tout autre élément susceptible de modifier l'évaluation de l'invalidité de la recourante depuis la décision du 7 mai 2021, on comprend que l'intimé ait derechef conclu à un refus de prestations de l'assurance-invalidité aux termes de la décision du 28 mars 2023, sans revenir sur le calcul du préjudice économique réalisé dans le cadre de sa précédente décision du 7 mai 2021. Dans un tel contexte, la question d'éventuelles mesures de réadaptation ne trouve en outre pas sa place, contrairement à ce que soutient la recourante (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 30). En ce sens, la décision entreprise n'apparaît donc pas contraire au droit.

Quant aux griefs de la recourante concernant la détermination du taux d'invalidité, ils ne reposent sur aucune modification des circonstances depuis la décision du 7 mai 2021 mais reviennent, bien plutôt, à contester les éléments retenus à cet égard dans le cadre de cette précédente décision – problématique extrinsèque à l'objet du présent litige (cf. consid. 2 et 6a supra). Tout au plus relèvera-t-on que, la recourante s'étant vu reconnaître un statut de 100 % active lors de la précédente procédure et n'invoquant aucun changement à ce niveau, c'est par conséquent à tort qu'elle conteste l'absence d'enquête ménagère « *pour déterminer le degré de la part d'invalidité ménagère* » (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 30 s.). En tant que l'assurée estime en outre que son âge rend illusoire une reprise d'emploi (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 30), il y a lieu de souligner que l'intéressée est née en 1969 et qu'elle ne saurait dès lors se prévaloir de la jurisprudence développée pour les assurés proches de l'âge de la retraite (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1). Enfin, le taux d'abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité tel qu'invoqué par l'assurée en lien avec ses limitations fonctionnelles (cf. mémoire de recours du 12 mai 2023 p. 31) excède clairement le cadre objectivement délimité par les

restrictions retenues. Du reste, même à admettre un abattement revu à la hausse au regard des limitations fonctionnelles plus nombreuses décrites par l'experte EE. _____, un taux de 10 % apparaîtrait déjà suffisamment représentatif des circonstances du cas particulier (voir à cet égard ATF 146 V 16 consid. 4.1) et aboutirait, toutes choses égales par ailleurs, à un taux d'invalidité de 10 % toujours inférieur au seuil de 40 % permettant l'ouverture du droit à une rente d'invalidité.

8. a) En conclusions, 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

c) Me Maxime Darbellay a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 12 mai 2023 et peut donc prétendre à une équitable indemnité pour son mandat (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Par courrier du 5 décembre 2023, Me Darbellay a produit le relevé des opérations effectuées dans la présente cause entre le 5 avril 2023 et le 5 décembre 2023, faisant état de 22 heures et 53 minutes. S'il convient d'en tenir compte dans une certaine mesure pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie.

L'activité déployée dépasse en effet ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, certains des actes répertoriés sont antérieurs de plus d'un mois à l'octroi de l'assistance judiciaire. A cela s'ajoute que le temps consacré à la rédaction du mémoire de recours, soit 12 heures et 30 minutes, apparaît clairement excessif dans la mesure où cette écriture reprend en partie des éléments déjà invoqués au cours de la procédure administrative. On dénombre également une vingtaine de courriers, entretiens, mémos et contacts téléphoniques visant la recourante ou sa fille et, s'il appert que certains mémos n'ont certes pas été facturés, il reste que l'ampleur de ces opérations dépasse manifestement les besoins de la présente procédure judiciaire. On ne peut davantage tenir compte, au titre de l'indemnité de base, du temps comptabilisé pour l'établissement des différents bordereaux produits, dans la mesure où la préparation d'onglets de pièces relève de tâches de secrétariat et peut, cas échéant, être rémunérée par le biais des débours. Par conséquent, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 14 heures, auxquelles s'applique le tarif horaire de 180 fr., ainsi qu'un forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours. Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Darbellay est arrêté à 2'849 fr. 75, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3 bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), montant qu'il y a lieu d'arrondir à 2'850 francs.

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 28 mars 2023 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. L'indemnité de Me Maxime Darbellay, conseil d'office de X._____, est arrêtée à 2'850 fr. (deux mille huit cent cinquante francs), débours et TVA compris.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office 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 :

- Me Maxime Darbellay (pour X._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :