

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2025

Composition : M. TINGUELY, président
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Matthey

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, à Berne,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28a al. 1 à 3 LAI ; art. 27bis al. 2 à 4 RAI.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'une formation d'[...] obtenue en 1989, a entamé une formation d'[...] qu'elle n'a cependant pas pu terminer en raison de ses grossesses. Jusqu'en 2003, elle a principalement œuvré comme [...] et [...] dans le cadre de diverses missions temporaires. Entre 2007 et 2010, elle a travaillé comme [...] à 20 % et est sans activité depuis lors. Mariée à [...] entre 1992 et 1997, puis à [...] entre 2000 et 2019 (séparée depuis 2010), elle est la mère de quatre enfants, soit [...], né en 1993, et [...], né en 1994, tous deux issus de sa première union, ainsi qu'[...], née en 2001, et [...], née en 2003, toutes deux issues de sa seconde union.

A la suite de deux communications de détection précoce des 10 mai 2012 et 18 mars 2013, l'assurée a déposé, le 10 avril 2013, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), se prévalant d'hernies discales et cervicales, lesquelles engendraient une incapacité de travail totale depuis le mois de janvier 2009.

Le 18 avril 2013, le Dr M._____, spécialiste en neurochirurgie, a transmis à l'OAI le dossier médical de l'assurée, contenant des rapports de consultations ambulatoires, dont un rapport établi le 28 février 2013, lequel indiquait que l'intéressée avait subi le 28 avril 2009 une hémilaminectomie L5-S1 bilatérale pour une cure d'hernie discale L5-S1 à départ paramédian gauche puis luxée à droite, ainsi qu'une reprise d'hémilaminectomie L5-S1 gauche pour cure de récurrence d'hernie discale le 19 mai 2009. Ce rapport exposait que la situation de la patiente était toujours difficile, celle-ci ayant séjourné dans un service psychiatrique à B._____ en septembre 2011 pour se mettre à l'abri d'un geste auto-agressif dans un contexte conjugal relationnel violent et compliqué. Le Dr M._____ expliquait avoir comparu comme témoin lors d'une audience devant le Tribunal d'arrondissement de [...] dans le cadre d'une procédure « pour suspicion de violences conjugales ». La patiente se portait actuellement relativement bien, mais se plaignait de

violentes cervicalgies après avoir effectué des exercices de musculation. L'examen neurologique ne révélait aucun syndrome radiculaire ni signe de myélopathie, de sorte qu'il avait en l'état optimisé son traitement médicamenteux et prescrit de la physiothérapie.

Par rapport du 3 mai 2013 à l'OAI, le médecin traitant de l'assurée, le Dr H._____, a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de lombalgies à caractère chronique et lombosciatalgies sur un status depuis 1996, mais surtout depuis 2009, de cervicalgies sur discopathie étagée C3-C7 en tout cas depuis 2007, de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) et de difficultés liées à l'entourage immédiat (Z63). Le Dr H._____ a expliqué que l'assurée présentait des douleurs chroniques lombaires difficilement contrôlables, avec des limitations sur le plan fonctionnel physique. Il estimait toutefois que les limitations de sa patiente étaient essentiellement d'ordre psychiatrique puisqu'il existait à son avis un déni de sa propre pathologie psychiatrique, malgré la mise en place d'un suivi.

Avec son envoi, le médecin traitant a en particulier joint un rapport établi le 31 janvier 2012 par le Dr S._____, chef de clinique adjoint au Service de psychiatrie générale du Centre W._____ (ci-après : le W._____), et le Dr L._____, médecin assistant, évoquant une tentative de suicide par abus médicamenteux, ainsi qu'une seconde tentative de suicide par strangulation une fois arrivée aux urgences, en été 2011, dans le contexte de violences conjugales qui auraient été commises par son second époux, suivie d'une hospitalisation à B._____.

Répondant le 14 mai 2013 au questionnaire de détermination du statut soumis par l'OAI, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle exercerait une activité professionnelle à 60 % depuis 2010, date de sa séparation d'avec son époux, en tant qu'[...] ou [...], par nécessité financière.

Par communication du 1^{er} juillet 2013, l'OAI a accordé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous forme d'orientation

professionnelle, à savoir une mesure d'accompagnement intensif auprès d'Ingeus SA du 8 juillet au 8 novembre 2013.

Selon le rapport établi le 7 novembre 2013 par Ingenus SA, l'assurée s'était montrée fortement préoccupée par son divorce ; elle était probablement motivée à s'investir dans sa vie professionnelle, mais n'avait pas montré de régularité, ni émotionnelle, ni dans les actions. A l'occasion du dernier entretien, elle avait décidé de suivre une formation commerciale à l'Ecole [...].

Par communication du 5 décembre 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation commerciale avec diplôme et certification ECDL Base auprès de l'Ecole [...] du 13 janvier au 4 avril 2014.

Le 25 février 2014, l'OAI a pris acte du souhait formulé par l'assurée lors d'un entretien téléphonique du 13 février 2014 d'interrompre la formation commerciale commencée le 13 janvier 2014.

Dans un rapport du 11 mars 2014 à l'OAI, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr I._____, médecin praticien, tous deux œuvrant au Centre de psychiatrie et de psychothérapie N._____, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission partielle (F33.4) et de probable personnalité émotionnellement labile (F60.3). Ils ont expliqué que la dimension traumatique du vécu qui semblait au centre de la problématique psychiatrique de l'assurée était réactivée depuis le mois de décembre 2013 à l'occasion de nouveaux éléments en rapport avec une procédure de divorce extrêmement complexe, conflictuelle et litigieuse ; sa capacité de travail et sa disponibilité psychique étaient à ce stade trop fluctuantes pour imaginer un véritable investissement professionnel. Les médecins ont estimé qu'à terme, si la situation judiciaire et familiale évoluait dans un sens constructif, une activité à 50 % était envisageable.

Aux termes d'un avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 26 mars 2014, une pleine capacité de travail devait être retenue sur le plan somatique dans un poste sédentaire à semi-sédentaire en position assise avec alternance des positions assise et debout, ou dans une activité à faible charge physique. Une expertise psychiatrique avec monitoring s'imposait toutefois afin de déterminer précisément la capacité de travail de l'assurée, ainsi que ses limitations fonctionnelles.

L'OAI a, par conséquent, confié la réalisation d'une expertise médicale au Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'assurée a été examinée par ce médecin les 16 octobre et 5 décembre 2014. Dans son rapport d'expertise du 9 décembre 2014, l'expert psychiatre a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble mixte de la personnalité (F61), personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) et autre trouble spécifique de la personnalité (personnalité sado-masochique), ainsi que de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10). Il a estimé que l'assurée était totalement incapable de travailler, quelle que soit l'activité, en raison de ses troubles psychiques, et ce depuis le 9 avril 2013 (date de demande de prestations à l'OAI). L'assurée présentait en effet une psychorigidité qui engendrait une incapacité à s'adapter au milieu professionnel. Durant les moments de stress, elle présentait par moment des troubles cognitifs et pourrait également présenter des difficultés relationnelles avec les employeurs et les autres employés. L'expert psychiatre a en outre indiqué qu'aucune mesure de réadaptation n'était envisageable.

Par avis du 5 janvier 2015, le médecin du SMR a estimé que l'expertise du Dr Z._____ n'était pas convaincante et a recommandé que soit mise en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique avec monitoring.

L'OAI a donc confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport d'expertise le 6 août 2016. L'expert psychiatre y a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble

dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), de trouble de l'adaptation à répétition, sur plusieurs années, avec réaction mixte des émotions (F43.23), d'état d'épuisement physico-psychique (burn-out) à répétition, sur plusieurs années, toujours en vigueur (Z63.0), et de modification durable de la personnalité après maltraitance multiple (F68.2). Il a relevé que, d'après sa compréhension du dossier, la capacité de travail de l'expertisée dans son activité habituelle d'[...] ou d'employée [...] était nulle pour des raisons somatiques ; sur le plan psychique, l'incapacité de travail était nulle à la fin de l'année 2014 selon l'expertise précédente (bien que le raisonnement diagnostique ne soit pas le même) ; vu la longue atteinte et la fragilité restante, il estimait qu'une reprise d'activité n'était possible qu'avec des mesures de réinsertion. Dès lors, la capacité de travail de l'assurée pouvait à son avis être retrouvée après aboutissement de sa formation de diacre et réinsertion professionnelle ; à ce moment-là, il y aurait une exigibilité d'au moins 80 %. L'expert psychiatre a en outre relevé une amélioration de la situation depuis 2014, le processus de réinsertion professionnelle n'ayant toutefois pas encore abouti. Était en particulier annexé au rapport d'expertise du Dr P. _____ un document remis par l'expertisée intitulé « séminaire de culture théologique, dispositif de formation - volée 2016-2018 » établi par [...], à [...].

Par avis du 25 août 2016, le médecin du SMR a estimé que l'expertise du Dr P. _____ était probante. Il a ainsi synthétisé la situation comme suit : l'incapacité de travail durable de l'assurée remontait à septembre 2011 au moins, date de son hospitalisation à B. _____ ; l'incapacité de travail était totale depuis, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle définitivement et, dans une activité adaptée, elle devrait atteindre 80 % à la fin de sa formation et de sa réinsertion professionnelle actuelle. Le SMR s'est interrogé sur le taux qui devait être actuellement retenu en ces termes : « (taux actuel 50 % ?) ». La capacité de travail était entière comme femme au foyer et mère depuis la fin de l'année 2014 et les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « cf. trouble dépressif récurrent ».

Par courrier du 25 novembre 2016 à l'OAI, l'assurée, désormais représentée par Me Joëlle Druey, a produit les pièces suivantes :

- un rapport établi le 29 août 2016, dans lequel le Dr M. _____ a indiqué avoir revu la patiente en consultation ambulatoire le 22 août 2016. A cette occasion, celle-ci s'était plainte de cervicalgies avec céphalées, mais sans brachialgie, depuis quatre semaines sans facteur déclenchant. Le médecin précité a indiqué que l'examen neurologique du jour montrait une raideur cervicale mais pas de syndrome radiculaire ni de signe de myélopathie. Dans ces conditions, il a proposé un traitement conservateur et prescrit neuf séances de physiothérapie ;

- un rapport du 30 août 2016 relatif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale réalisée le même jour, concluant à une discarthrose et uncarthrose dominant entre C3 à C7 non évolutive par rapport au comparatif de 2014 ; pas de hernie discale apparue, canal cervical légèrement rétréci connu mais sans apparition de myélopathie cervicale, pas d'amputation radiculaire aux séquences myélographiques ;

- un rapport du 5 octobre 2016, par lequel la Dre V. _____, spécialiste en médecine interne générale, a exposé que sa patiente, qu'elle suivait depuis 2014, présentait toujours des douleurs lombaires malgré une antalgie importante et de la physiothérapie et se plaignait également de fortes douleurs cervicales accompagnées de céphalées, les douleurs s'étant aggravées dernièrement, raison pour laquelle elle avait nécessité une infiltration sans nette amélioration. L'état de santé de sa patiente était stationnaire. La Dre V. _____ a également posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent en raison des difficultés familiales, un état qui empêchait sa patiente de travailler, en sus de ses douleurs. Celle-ci n'était ainsi à son avis pas capable de travailler car elle ne pouvait rester longtemps dans la même position, même en position assise devant un ordinateur, et elle ne pouvait pas non plus porter de charges lourdes.

Dans un avis du 7 décembre 2016, le médecin du SMR a estimé que les pièces produites par l'assurée ne modifiaient pas les conclusions de son avis du 25 août 2016 au vu des constatations superposables à l'état antérieur de 2013 ; il n'existait pas de déficit neurosensitif et les lésions dégénératives étaient stables par rapport à l'IRM de 2014.

Le 22 décembre 2016, l'assurée a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 1^{er} décembre 2016 du Service de neurochirurgie du W._____, selon lequel l'assurée avait été reçue au Service des urgences ensuite d'un accident de la voie publique en voiture le 28 novembre 2016 ; une IRM avait été préconisée afin de pouvoir se décider sur la suite de la prise en charge ;

- un rapport du 2 décembre 2016 relatif à une IRM de la colonne cervicale réalisée le 1^{er} décembre 2016, concluant à une hernie discale foraminale droite en C7-D1, une codiscarthrose étagée C3-C7 avec rétrécissement foraminal droit et un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du canal cervical, sans signe de myélopathie.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 4 septembre 2017 au domicile de l'assurée. Aux termes du rapport y relatif daté du même jour, l'évaluateur a proposé de retenir le statut de 60 % active et de 40 % ménagère jusqu'au 31 décembre 2015, puis de 80 % active et de 20 % ménagère dès le 1^{er} janvier 2016. Il a motivé ce statut en expliquant que lorsqu'elle était mariée, l'intéressée travaillait à 20 %, ce qui lui convenait et lui permettait de s'occuper de sa famille et de son ménage, les gains réalisés étant suffisants au bon fonctionnement financier du ménage ; l'assurée estimait qu'elle aurait dû travailler à un taux de 60 % dès le moment de la séparation d'avec son époux, en 2010, afin de subvenir à ses besoins ; ce taux aurait même pu être augmenté à 80 % dès 2016, soit dès le treizième anniversaire de sa fille cadette. Au terme de son examen, l'évaluateur est parvenu à un empêchement dans

la part ménagère de 32.20 %, relevant que l'assurée était très diminuée par ses atteintes à la santé.

Selon une attestation du 28 septembre 2017 du Dr K._____, médecin associé à l'Unité de chirurgie spinale du W._____, une prise en charge chirurgicale était prévue le 4 octobre 2017 par suite d'un accident en novembre 2016, la situation se péjorant.

Aux termes d'un rapport établi le 22 décembre 2017, le Dr J._____, chef de clinique adjoint à l'Unité de chirurgie spinale du W._____, a indiqué suivre la patiente dans le cadre d'une cervicobrachialgie C7 droite ayant répondu, dans un premier temps, au traitement conservateur ; une recrudescence des douleurs était ensuite apparue sans amélioration après plusieurs infiltrations et une prise en charge maximale de physiothérapie, de sorte qu'une IRM cervicale avait été réalisée, laquelle avait révélé une augmentation en taille avec la protrusion d'une hernie discale en C7-D1 entrant en conflit avec la racine à droite et expliquant la symptomatologie. La patiente avait ainsi subi une opération chirurgicale avec la mise en place d'une cage le 23 octobre 2017 sans complication particulière. Elle avait relaté une amélioration de la cervicobrachialgie en post-opératoire, mais s'était ensuite plainte d'une recrudescence des douleurs dans une moindre mesure mais persistantes dans le bras droit de même territoire. Les radiographies post-opératoires étaient en ordre, de sorte que le Dr J._____ a estimé que la symptomatologie pouvait être due à un changement de dynamique statique de la colonne en post-opératoire. Il a ainsi préconisé un traitement conservateur maximal.

Il ressort notamment du rapport final du Service de réadaptation de l'AI numérisé au dossier de l'OAI le 7 février 2018 qu'un statut d'active à 60 % devait être reconnu à l'assurée, mais que celle-ci serait active à 80 % depuis le 1^{er} janvier 2016 selon l'enquête ménagère du 4 septembre 2017. En conclusion, la capacité de travail de l'assurée était de 50 %, cette capacité devant ensuite augmenter progressivement

jusqu'à atteindre 80 % dans toute activité hormis [...] ou employée [...] selon l'avis du SMR du 25 août 2016.

Dans un avis du 23 mars 2018, le médecin du SMR a confirmé son avis du 25 août 2016 et précisé que, sur le plan psychiatrique, la situation était claire : entre 2011 et 2014, l'assurée n'était pas apte à reprendre une activité et ce n'était qu'à partir de fin 2014 qu'une amélioration avait été constatée par le Dr P. _____ ; le SMR avait fixé une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % transitoire jusqu'à la fin de la formation débutée, date à laquelle la capacité de travail exigible devait s'élever à 80 % selon l'expertise, soit en définitive dès le 1^{er} janvier 2016 d'après le Service de réadaptation de l'OAI. Sur le plan somatique, le médecin du SMR a indiqué qu'une IRM de septembre 2017 montrait une péjoration de la hernie discale C6-C7 et une discarthrose sur deux autres étages ; la prise en charge chirurgicale qui s'en était suivie était qualifiée de simple et il convenait de réinterroger le W. _____ en leur demandant de préciser quelle était la capacité de travail dans une activité adaptée actuelle dans un poste sédentaire de type tertiaire avec une alternance de position assise et debout et depuis quand, ainsi que les limitations fonctionnelles.

Faisant suite aux interrogations de l'OAI le 20 avril 2018, le Dr J. _____ a renvoyé à son précédent rapport du 22 décembre 2017.

Le 2 mai 2018, le médecin du SMR a indiqué que le W. _____ avait éludé les questions pourtant ciblées qui lui avaient été posées. Il en a déduit que l'assurée, à six mois de l'opération, pouvait travailler à 80 % au moins dans un poste tertiaire sédentaire.

Par avis du 3 octobre 2018, le médecin du SMR a effectué la synthèse suivante :

« L'IT [incapacité de travail] durable remonte à sept.11 au moins (hospitalisation à B. _____). L'IT serait de 100 % depuis. La CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] serait nulle définitivement (cf. avis SMR du 25.08.16) ; mais dans une AA

[activité adaptée], elle était de 50% transitoirement depuis la fin 2014 et devrait atteindre 80% à la fin de sa formation et de sa réinsertion professionnelle (80% dès le 01.01.16 selon la REA [service de réadaptation de l'AI] + avis SMR du 23.05.18), puis 0% du 01.09.17 au 31.04.18 (cf. cage intersomatique, reprise à 6 mois), 80% dès le 01.05.18. La CT est entière comme femme au foyer sauf lors de l'arrêt de l'intervention du 30.10.17. Les LF [limitations fonctionnelles] sont les suivantes : cf. avis SMR. »

Dans un avis du 9 octobre 2018, le médecin du SMR a expliqué qu'après un consilium médico-juridique au SMR, la capacité de travail dans une activité adaptée de 80 % devait être retenue à l'interruption de la formation de diacre, soit au plus tôt dès le 1^{er} janvier 2017 et au plus tard le 30 août 2017.

Par rapport du 23 avril 2019 à l'OAI, le Dr J._____ a exposé ne pas avoir revu la patiente depuis sa dernière consultation, celle-ci ayant décidé de cesser le suivi en raison de divergences d'opinion. Il a produit un rapport établi le 4 juillet 2018, par lequel le Dr F._____, chef de clinique adjoint au Service de neurochirurgie du W._____ a indiqué avoir examiné la patiente le 16 mars 2018, laquelle s'était déclarée peu satisfaite de sa prise en charge hospitalière. Celle-ci rapportait la persistance de douleurs dans le troisième doigt de la main droite. La patiente avait déclaré à cette occasion ne plus souhaiter revoir le Dr J._____, mais avait accepté de revoir le Dr K._____ en consultation.

Par courrier du 17 septembre 2019, l'assurée a sollicité de l'OAI qu'il prenne en charge les coûts d'une formation d'une école de communication événementielle à [...], qui débiterait le 28 octobre 2019 et se terminerait le 14 février 2020.

Il ressort d'une note d'entretien téléphonique du 30 septembre 2019 entre l'assurée et une collaboratrice de l'OAI qu'en l'état, le droit aux mesures d'ordre professionnel n'était pas ouvert.

Dans un rapport du 10 octobre 2019 à l'OAI, la Dre V._____ a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de

cervicalgies avec syndrome radiculaire, de hernie discale cervicale avec discectomie C7-D1 à droite et pose de cage intersomatique en 2017, de lombalgies avec status post cure d'une hernie lombaire depuis 2009 et de diarrhées, status post colectomie. Le pronostic était mauvais dans l'activité habituelle puisque les douleurs récidivantes rendaient le port de charges lourdes impossible et que ces activités nécessitaient des mouvements alternants, une flexibilité et un travail en équipe que la patiente ne pouvait fournir. Une réorientation professionnelle semblait toutefois envisageable. Un examen du problème dorsal par des spécialistes semblait indispensable à la Dre V. _____ pour évaluer la capacité de travail de l'assurée, tout comme une évaluation psychique.

Aux termes d'un rapport du 23 octobre 2019 à l'OAI, le Dr T. _____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de cervicobrachialgie droite chronique. Selon lui, l'assurée ne pouvait plus travailler comme [...] ou [...]. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : le port de charges, les douleurs et une perte de force à la main droite. Le médecin précité ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail exigible de sa patiente.

Le 7 novembre 2019, le Dr J. _____ a fait parvenir à l'OAI un rapport établi le 22 octobre 2019 par le Dr E. _____, médecin chef à l'Unité de chirurgie spinale du W. _____, dont il ressort que l'évolution de la patiente restait stable après la chirurgie pour une importante hernie discale C7-D1 en 2017 ; celle-ci avait quelques plaintes qui s'expliquaient par plusieurs dégénérescences et sténoses cervicales ; elle n'avait pas de trouble neurologique invalidant. Le Dr E. _____ a expliqué qu'il entendait organiser une nouvelle IRM de la colonne cervicale afin de déterminer l'état actuel exact ; il était d'avis que la patiente, légèrement déconditionnée, pouvait bénéficier de physiothérapie et d'un entraînement physique médical.

Dans un rapport du 19 décembre 2019, le Dr E. _____ a indiqué que l'IRM de la colonne cervicale réalisée le 30 octobre 2019 était superposable aux précédentes de 2017 ; elle faisait état d'une

dégénérescence non altérée, notamment au niveau de l'ancienne opération, la décompression nerveuse ayant été bien obtenue. Le médecin précité a ainsi déclaré qu'il ne pouvait expliquer les symptômes de la patiente et qu'il ne prévoyait pas de la revoir en consultation, restant à disposition au besoin.

Répondant aux questions de l'OAI, le Dr A._____, médecin assistant à l'Unité de chirurgie spinale du W._____, a posé les diagnostics de status post-ACDF (discectomie cervicale antérieure et fusion de vertèbres) C7-D1 pour une hernie discale C7-D1 droite de 2017 et de dégénérescence pluriétagée de la colonne cervicale avec plusieurs discopathies et uncarthroses foraminales. Il a exposé que la cervicobrachialgie dans le dermatome C6 droit avait disparu et que la patiente suivait un « régime strict » avec de la physiothérapie et un entraînement médical.

Par courrier électronique du 3 février 2020 à l'OAI, l'assurée a réitéré sa demande de mesures d'ordre professionnel, désireuse de débiter une formation, sa dépression et ses problèmes somatiques étant « derrière elle ».

L'OAI a à nouveau soumis à l'assurée le questionnaire de détermination du statut, compte tenu du jugement de divorce intervenu mettant fin au versement de la pension alimentaire en sa faveur de 4'500 fr. à compter du mois de mars 2020. Répondant à ce questionnaire le 25 février 2020, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100 %.

Par communication du 6 juillet 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une aide au placement.

Par projet de décision du 14 septembre 2020, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2015, ainsi que du 1^{er} septembre 2017 au 31 juillet 2018. Pour l'essentiel, il a retenu un statut de personne active à 60 % et ménagère à

40 % jusqu'au 31 décembre 2015, puis un statut de personne active à 80 % jusqu'en février 2020, et, finalement, un statut de personne active à 100 % depuis lors. Il a également relevé que les empêchements ménagers de l'assurée avaient été évalués à 32.20% dans le cadre de l'évaluation ménagère ayant eu lieu à son domicile. En raison de l'atteinte à la santé qui avait débuté en septembre 2011 (début du délai d'attente d'un an), l'OAI a reconnu que son incapacité de travail était entière dans l'activité habituelle ; sa capacité de travail dans une activité adaptée avait toutefois évolué comme suit : 50 % dès fin 2014, 80 % dès janvier 2016, 0 % de septembre 2017 à avril 2018 et 80 % dès mai 2018 ; cette activité devait respecter les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de cinq kilos, ni rester debout toute la journée, éviter de faire un travail répétitif dans la même position. L'office a détaillé ses calculs de l'invalidité comme il suit :

« A l'échéance du délai d'attente d'un an, soit en septembre 2012, votre incapacité de travail et de gain est de 100% sur la base d'un statut de 60% active

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	60%	100%	60.00%
ménagère	40%	32.20%	12.88%
Taux d'invalidité global :			72.88%

Le droit à la rente entière (degré : 73%) s'ouvre théoriquement dès le 1^{er} septembre 2012. Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'un délai de six mois à compter du dépôt de la demande AI. Votre demande a été déposée le 11 avril 2013, la rente pourra être versée au plus tôt dès le 1^{er} octobre 2013.

Dès fin 2014, la capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée sur un statut de 60% active.

Pour déterminer votre degré d'invalidité, nous devons évaluer le préjudice économique que vous subissez.

Pour ce faire, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 32'275.80 (source : TA1 activités non qualifiées ESS 2014) à 60% en 2014 avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée à votre atteinte.

Dans votre situation, étant donné que vous n'avez pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 26'896.50 à 50%, en 2014.

Par ailleurs, après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation, nous estimons qu'aucun abattement n'est justifié dans votre cas. En effet, les limitations fonctionnelles sont déjà prises en compte dans la capacité de travail de 50%.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 32'275.80
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 26'897.00
Perte de revenu	CHF 5'378.80
Degré d'invalidité	16.67%

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	60%	16.67%	10.00%
ménagère	40%	32.20%	12.88%
Taux d'invalidité global :			22.88%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre plus le droit à une rente. La rente entière sera donc supprimée au 31 mars 2015, soit trois mois après qu'une capacité de travail de 50% est exigible de votre part (art. 88a, al. 1 RAI).

Dès janvier 2016, votre capacité de travail est de 80% dans une activité et votre statut est celui d'une personne active à 80%.

En 2016, vous auriez pu réaliser en bonne santé, CHF 43'664.90 (source : TA1 activités non qualifiées ESS 2016). Ce revenu doit être comparé avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée à votre atteinte.

Dans votre situation, étant donné que vous n'avez pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 43'664.90 à 80%, en 2016.

Par ailleurs, après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux

d'occupation, nous estimons qu'aucun abattement n'est justifié dans votre cas. En effet, les limitations fonctionnelles sont déjà prises en compte dans la capacité de travail réduite.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 43'664.90
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 43'664.90
Perte de revenu	CHF 0.00
Degré d'invalidité	0%

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	80%	0%	0%
ménagère	20%	32.20%	6.44%
Taux d'invalidité global :			6.44%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre toujours pas le droit à une rente.

Dès septembre 2017, votre incapacité de travail et de gain est de 100% dans toute activité, sur la base d'un statut de 80% active.

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	80%	100%	80%
ménagère	20%	32.20%	6.44%
Taux d'invalidité global :			86.44%

Un degré d'invalidité de 86% ouvre le droit à une rente entière. Nous sommes dans le cas d'une reprise d'invalidité, de ce fait, le droit à la rente sera immédiatement ouvert dès le 1^{er} septembre 2017.

Nous précisons que l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018 du nouvel art. 27bis RAI relatif à l'évaluation de l'invalidité des personnes travaillant à temps partiel n'a pas d'influence dans votre cas, le degré d'invalidité étant inchangé.

Dès mai 2018, votre capacité de travail est de 80% dans une activité sur la base d'un statut de 80% active.

Sans invalidité, vous auriez pu prétendre en 2018 à un salaire de CHF 54'681.20 en 2018 (source : TA1 activités non qualifiées ESS 2018).

Avec invalidité, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 43'744.97 à 80%, en 2018.

Par ailleurs, après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation, nous estimons qu'aucun abattement n'est justifié dans votre cas. En effet, les limitations fonctionnelles sont déjà prises en compte dans la capacité de travail de 80%.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 54'681.20
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 43'744.97
Perte de revenu	CHF 10'936.24
Degré d'invalidité	20%

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	80%	20%	16%
ménagère	20%	32.20%	6.44%
Taux d'invalidité global :			22.44%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre pas le droit à une rente.

Dès mars 2019, votre statut est celui d'une personne active à 100% sur la base d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, décrites plus haut. Votre préjudice économique se présente comme suit :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	100%	20%	20%
Taux d'invalidité global :			20%

Votre degré d'invalidité est de 20% n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

Exemples d'activités adaptées : activité de type administratif simples ou activités dans l'industrie légère.

Aucune mesure professionnelle ne permettrait de réduire votre préjudice économique, dès lors que des activités non qualifiées sont à votre portée avec les mêmes perspectives de gain. »

Par courrier électronique du 27 septembre 2020, l'assurée a informé l'OAI qu'elle subissait de nouvelles atteintes à la santé depuis avril 2020, à savoir (sic) : « 1° Une tumeur, un adénome pléiomorphe de la parotide gauche à opérer. Prise en charge par le Dr U._____, chef de clinique ORL du W._____. 2° Une dégénérescence de la colonne

cervicale avec plusieurs discopathies et uncarthroses foraminales. 3° Une discopathie dégénérative sévère des vertèbres lombaires L5/S1 et L4/5 et inflammatoire des plateaux vertébraux. 4° Une nouvelle hernie discale en D11-D12. 5° une petite hernie discale en D12-L1 ». Elle a joint à son envoi plusieurs rapports médicaux, dont en particulier un rapport établi le 23 juin 2020, par lequel le Dr U._____, chef de clinique au Service ORL et chirurgie cervico-faciale du W._____, a posé le diagnostic principal d'adénome pléiomorphe de la parotide gauche mis en évidence à la suite d'une IRM de contrôle de la colonne cervicale ayant révélé une lésion parotidienne gauche. Il préconisait la réalisation d'une parotidectomie superficielle gauche sous neuromonitoring le 12 août 2020.

Dans un courrier du 1^{er} octobre 2020, l'OAI a pris acte de la renonciation de l'assurée à l'aide au placement, celle-ci se sentant incapable de reprendre une activité professionnelle actuellement.

Aux termes d'un courrier du 23 octobre 2020, la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et en neurologie, a déclaré suivre l'assurée depuis le 28 novembre 2020 [*recte* : 2019]. Elle a posé les diagnostics de trouble de stress post-traumatique complexe (selon CIM-11 6B41) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Elle a indiqué ne pas retrouver de critères pour un trouble de la personnalité, la patiente ayant suivi plusieurs psychothérapies dont elle aura certainement tiré bénéfice. Son pronostic sur la capacité de travail de sa patiente était défavorable en raison de l'accumulation de problèmes de santé et de l'épuisement psychique.

Le 5 novembre 2020, l'assurée, désormais représentée par Inclusion Handicap, a contesté le projet de décision de l'OAI. Elle a soutenu qu'un statut de personne active à 100 % devait lui être reconnu depuis sa séparation d'avec son mari, en 2010. Elle estimait également avoir été totalement incapable de travailler jusqu'en juin 2018, comme cela ressortait des expertises des Drs Z._____ et P._____, de sorte qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2018.

Par rapport du 15 décembre 2020 à l'OAI, le Dr U._____ a noté qu'il n'existait pas de diagnostic sur le plan ORL justifiant une incapacité de travail.

Le 15 décembre 2020, l'assurée, par son conseil, a complété ses déterminations du 5 novembre 2020. Elle a confirmé ses précédents arguments et requis une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2013 sans limitation temporelle ; à défaut, elle a demandé la poursuite de l'instruction de son dossier sur le plan médical, ainsi que des mesures d'ordre professionnel.

Par courrier électronique du 29 décembre 2020, l'assurée a signalé à l'OAI être atteinte d'une pathologie gastro-entérologique chronique et d'une anémie chronique depuis de nombreuses années. Elle a joint à son envoi plusieurs rapports médicaux, dont en particulier :

- un rapport relatif à une oesogastroduodénoscopie réalisée le 30 juin 2020, par lequel le Dr Q._____, spécialiste en gastroentérologie et en médecine interne générale, a indiqué que sa patiente présentait une anémie ferriprive, un pyrosis récidivant avec des nausées et une fatigue post-prandiale. A la suite de l'examen, il a conclu à une discrète bulbite érosive et un CLO-test négatif et noté que cet examen n'avait pas démontré de source spoliative digestive haute ;

- un rapport relatif à une coloscopie réalisée le 30 juin 2020, par lequel le Dr Q._____ a noté que sa patiente présentait un méléna récidivant avec carence martiale confirmée au laboratoire et diarrhées persistantes jusqu'à dix fois par jour dans le cadre d'une résection étendue du côlon pour neurodysplasie de type maladie de Hirschprung en 1998. Il a conclu à des hémorroïdes internes de stade I et à un volumineux ulcère de l'anastomose iléo-colique après résection étendue du côlon. Selon lui, il pouvait s'agir d'un ulcère ischémique ou d'un ulcère sur prise d'AINS (anti-inflammatoire non stéroïdien) ; une maladie de Crohn

semblait très peu probable ; les AINS devaient être interrompus et remplacés par un antalgique.

L'assurée a subi de nouveaux examens endoscopiques le 26 janvier 2021, alors qu'elle était hospitalisée à la clinique [...]. Selon les rapports y relatifs, elle était probablement atteinte d'un ulcère sur prise d'AINS.

Dans un rapport du 23 mars 2021, le Dr F. _____ a fait part des conclusions suivantes (sic) :

« **Conclusion**

En ce qui concerne les **douleurs dans le membre supérieurs gauche**, celles-ci peuvent entrer en lien avec une **radiculopathie C6/C7 à gauche**. L'évolution neurologique auprès du Dr [...] avec une étude électrophysiologique a montré un syndrome radiculaire irritatif très légèrement déficitaire sur une possible radiculopathie C6-C7 à gauche en lien avec la spondylarthrose décrite sur l'imagerie avec des rétrécissements foraminaux bilatéraux C6 et C7. Dans ce contexte, la patiente pourrait bénéficier d'une prise en charge d'**antalgie**, de **physiothérapie** et éventuellement des **infiltrations cervicales**.

La radiculopathie cervicale C6/C7 gauche affecte les capacités de concentration de la patiente lors de ses activités professionnelles. Je ne dispose pas d'éléments pour établir un pronostic de la radiculopathie C6/C7 à gauche car elle n'a pas fait l'objet d'un traitement bien conduit.

En ce qui concerne les **lombalgies chroniques**, la **discopathie avancée L5-S1** peut être responsable d'une douleur discogénique bien qu'une réflexion pourrait être entreprise sur l'influence des **poussées congestives postérieures L4-L5 et L5-S1 bilatéralement**. Les poussées inflammatoires zygapophysaires pourraient faire l'objet d'un **traitement par infiltrations facettaires** et éventuelle dénervation par radiofréquence.

Dans ce contexte, une **nouvelle évaluation auprès d'un service d'antalgie** s'avèrerait utile.

Les lombalgies chroniques limitent la capacité de travail de la patiente car elle ne peut pas maintenir une position debout et/ou assise prolongée, ni une position accroupie ou avec port de charge.

En ce qui concerne le **syndrome douloureux du membre inférieur gauche**, les chances d'amélioration sont faibles au vu du **status postopératoire ancien**.

La situation clinique de Madame C._____ demeure complexe et une prise en charge multidisciplinaire est indiquée pour que la patiente puisse apprécier une amélioration. »

Par avis du 4 mai 2021, la médecin du SMR a émis l'appréciation suivante :

« Discussion et attitude :

Au plan ORL, l'atteinte est sans incidence sur la CT, seule une courte IT est attendue dans les suites de l'ablation de la glande parotide. Cela ne modifie pas nos conclusions.

Au plan psychiatrique, une IT totale est attestée depuis mars 2020 dans le contexte d'un épisode dépressif moyen et du trouble de stress post-traumatique complexe. Dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, une rechute est possible toutefois celle-ci n'est pas suffisamment étayée (circonstances et date de survenue, status clinique actuel). Nous réinterrogeons le psychiatre.

Au plan ostéo-articulaire, sur la base des RM [rapports médicaux] des Dr E._____ et Dr F._____, bien qu'une progression radiologique est objectivée, aucun déficit moteur n'est relevé cliniquement et aucune nouvelle intervention chirurgicale n'est prévue. Les LF retenues par le Dr F._____ sont les mêmes que celles dont nous avons déjà tenu compte (...). Cela ne modifie pas nos précédentes conclusions.

Au plan digestif, l'atteinte ne devrait en principe pas avoir de répercussions sur la CT. Afin de s'en assurer et de connaître l'évolution de l'état de santé et notamment si une reprise chirurgicale est prévue, **nous vous remercions d'adresser une demande de RM au Dr Q._____, gastroentérologue.** »

Aux termes d'un rapport du 19 mai 2021 à l'OAI, le Dr Q._____ a posé le diagnostic de volumineux ulcère sur AINS. Le pronostic sur le plan digestif était relativement bon. Le médecin précité a renvoyé aux spécialistes en rhumatologie et à la médecin traitante en ce qui concernait les limitations fonctionnelles de sa patiente.

Par rapport du 29 mai 2021 à l'OAI, la Dre G._____ a expliqué être en contact téléphonique à quinzaine avec l'assurée depuis le mois d'octobre 2020. L'évolution de son état de santé avait malheureusement été défavorable ; elle se plaignait de troubles cognitifs,

d'une incapacité de réguler ses émotions face à ses enfants, de douleurs surtout depuis qu'elle avait été obligée de stopper les anti-inflammatoires en raison de son ulcère, ainsi que de réactions d'hyperactivation et d'hypoactivation face aux scènes de violences surtout domestiques de son entourage. D'après la Dre G._____, sa patiente pourrait répondre aux critères diagnostics de l'état de stress complexe (CIM-11), en sus de son état dépressif récurrent. L'assurée présentait des limitations fonctionnelles en lien avec ses douleurs, sa fatigabilité, ses troubles cognitifs et sa difficulté d'autorégulation émotionnelle. La psychiatre traitante a indiqué que les aspects psychiques étaient liés aux atteintes somatiques et que sa patiente n'était pas apte à travailler actuellement. Elle estimait qu'aucune réadaptation n'était envisageable.

Dans un avis du 6 juillet 2021, la médecin du SMR a relevé que, sur le plan digestif, le médecin traitant avait fait état d'un bon pronostic et d'une absence de limitations fonctionnelles, ce qui ne modifiait pas ses conclusions. Sur le plan psychiatrique, elle a exposé que le diagnostic de stress post-traumatique complexe avait été pris en compte dans l'expertise du Dr P._____ en 2016 et que le trouble dépressif récurrent n'avait pas du tout été étayé malgré ses questions complémentaires ; cliniquement, les critères diagnostiques n'étaient pas retrouvés et l'examen révélait une assurée soignée et plutôt souriante, sans trouble cognitif objectivé ; elle semblait capable de sortir promener son chien, d'avoir fait un grand rangement et tri de son appartement dernièrement et de réaliser les tâches domestiques (sauf le ménage, ce qui était déjà le cas en 2016). La médecin du SMR a noté que la psychiatre traitante semblait également prendre en compte l'aspect somatique dans son appréciation, ce qui dépassait son champ de compétence. Ainsi, à ses yeux, les documents médicaux ne contenaient pas d'élément de nature à modifier les conclusions du SMR.

Dans un courrier électronique du 14 septembre 2021, l'assurée a fait parvenir à l'OAI un rapport établi le 13 septembre 2021 de son dentiste, posant le diagnostic d'attaque acide probablement due à des reflux gastriques.

Les 2 et 8 novembre 2021, le conseil de l'assurée a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 17 juillet 2021, par lequel la Dre V._____ a noté que sa patiente présentait des lombalgies-sciatalgies et cervicobrachialgies chroniques depuis de nombreuses années sans nette amélioration et aggravées après une « whish plash injurie » en 2016 ; depuis 2020 s'était ajouté un problème gastrointestinal sévère avec des diarrhées chroniques, ainsi que des méléna nécessitant des injections de fer et surtout la modification de son traitement antalgique ; une reprise du travail ne semblait pas envisageable depuis 2018. La médecin traitante a indiqué qu'il lui était extrêmement difficile de se prononcer sur la capacité de travail entre fin 2014 et août 2017 mais a relevé que le traitement médicamenteux de l'intéressée restait « très lourd » avec un traitement par cortisone chronique pour traiter l'inflammation au niveau de l'anastomose iliocaecale ;

- un rapport établi le 21 octobre 2021 par le Dr F._____, faisant état d'une nouvelle IRM lombo-sacrée réalisée le 15 octobre 2021 montrant la persistance d'une protrusion discale L5-S1 gauche venant en contact avec la racine S1 gauche et une poussée inflammatoire zygapophysaire L4-L5, L5-S1 bilatérale ; il proposait ainsi une infiltration épidurale L5-S1 gauche ainsi que des séances de physiothérapie et d'ergothérapie lombaire ;

- un rapport du 1^{er} novembre 2021, par lequel le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'une IRM du genou avait révélé une déchirure du ménisque interne au niveau de la corne postérieure et une chondropathie de la rotule de grade II à III ; il ne retenait pas d'indication chirurgicale pour l'instant et préconisait une infiltration au genou gauche.

Dans un avis du 7 décembre 2021, la médecin du SMR a exposé qu'au plan dentaire, l'atteinte rapportée n'était pas durablement

incapacitante. Au plan ostéo-articulaire, seules les douleurs du rachis étaient mentionnées par les nouveaux rapports médicaux, aucune corrélation radio-clinique n'était effectuée par rapport à l'IRM récente et aucune prise en charge chirurgicale n'était prévue, ce qui confirmait l'absence probable de déficit neurologique. Le médecin du SMR a donc validé les précédentes conclusions du SMR, étant précisé que celles-ci tenaient compte des limitations fonctionnelles rachidiennes. S'agissant du genou gauche, l'assurée souffrait d'une nouvelle atteinte prise en charge actuellement par un traitement conservateur ; si des limitations fonctionnelles étaient éventuellement à retenir, elles ne devraient en principe pas influencer la capacité de travail dans une activité adaptée. Le médecin du SMR a préconisé d'adresser une demande de rapport médical au Dr X. _____ pour s'en assurer.

Le 5 janvier 2022, le Dr X. _____ a transmis à l'OAI un rapport établi le 26 novembre 2021, dont il ressort que la patiente rapportait une nette amélioration à la suite de l'infiltration du genou gauche du 20 octobre 2021 ; les douleurs au genou avaient disparu et elle ressentait une amélioration significative des douleurs lombaires et périphériques. Le médecin précité proposait une reprise progressive de toutes les activités habituelles.

Par avis du 8 avril 2022, le médecin du SMR a noté que l'atteinte du genou évoluait favorablement et ne semblait pas influencer la capacité de travail dans une activité adaptée ; une activité préservant les genoux devrait toutefois être privilégiée. Elle a donc ajouté à la liste des limitations fonctionnelles de l'intéressée les activités suivantes : monter sur les échelles et les échafaudages, travail en position accroupie, à genoux ou debout de manière prolongée, marche en terrain accidenté.

Le 27 avril 2022, le conseil de l'assurée a transmis à l'OAI un rapport établi le 22 mars 2022 par le Dr F. _____, selon lequel la patiente rapportait la persistance d'une douleur neuropathique S1 gauche ; le traitement de la douleur auprès du centre [...] ne convenait plus à la patiente et la gestion pharmacologique était compliquée à cause d'un

antécédent d'ulcère gastrique. Le médecin précité préconisait une prise en charge antalgique avec la Dre [...].

Par avis du 13 juin 2022, un juriste de l'OAI a indiqué que les quelques informations fournies par le Dr F._____ ne permettaient pas de remettre en question les conclusions émanant du projet de décision de l'OAI.

Par courrier du 4 juillet 2022, l'OAI a signifié à l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, que l'ensemble des pièces médicales avait été soumis au SMR, lequel, après complément d'instruction, ne retenait aucun élément nouveau permettant de revoir ses conclusions. Il l'informait donc qu'une décision serait prochainement rendue, contre laquelle il lui serait loisible de recourir.

Par courrier électronique du 14 décembre 2022, l'assurée a en particulier transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport d'expertise privée du 22 février 2021 adressé à Inclusion Handicap, par lequel le Dr D._____, médecin associé à l'Unité de chirurgie spinale du W._____, et la Dre O._____, médecin assistante, ont indiqué ne pas être en mesure d'évaluer la capacité de travail de l'assurée entre 2014 et 2016 ; celle-ci souffrait de douleurs chroniques depuis 2009, d'origine multifactorielle, avec probablement un important composant émotionnel. Les médecins précités ont relevé que, sur le plan organique, il n'existait pas de lésion au niveau lombaire contraindiquant une reprise de travail adapté. Entre 2016 et 2017, l'intéressée avait subi un accident de la voie publique qui avait aggravé ses cervicalgies et avait amené à une chirurgie pour cure d'hernie discale cervicale en octobre 2017 ; les Drs D._____ et O._____ estimaient ainsi qu'entre fin 2016 et fin 2017, la patiente était totalement incapable de travailler. Depuis mai 2018, ils étaient d'avis qu'elle disposait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée ;

- un rapport non daté relatif à une hospitalisation de l'assurée au Service « Team Colorectal » du W. _____ du 3 au 5 novembre 2022 en raison de douleurs abdominales, lequel mentionnait qu'un scan avait été réalisé le 4 novembre 2022 mettant en évidence un « iléus mécanique grêle avec des anses dilatés jusqu'à 43mm. Saut de calibre et feces sign dans la région de l'anastomose iléo-rectale. Signe de souffrance des anses digestives débutante sous la forme d'une Infiltration de la graisse avec du liquide libre au pourtour des anses du flanc droit » ; une incapacité de travail de 100 % a été attestée du 3 au 13 novembre 2022 ;

- un protocole opératoire du 29 novembre 2022 selon lequel l'assurée avait subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse de la première articulation métatarso-phalangienne du pied droit ainsi qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse du 5^{ème} métatarse du pied droit, celle-ci se disant gênée par le matériel d'ostéosynthèse implanté à la suite d'une correction d'hallux valgus et d'une correction d'une bunionette de son pied droit en 2019 ;

- un rapport du 5 décembre 2022 relatif à l'hospitalisation de l'assurée au Service « Team Colorectal » du W. _____ du 1^{er} au 5 décembre 2022 selon lequel celle-ci avait subi une laparoscopie exploratrice avec adhésiolyse, une résection de l'anastomose iléo-sigmoïdienne et la confection d'une anastomose iléo-rectale L-T mécanique à 15 cm de la marge anale ; une incapacité de travail de 100 % a été attestée du 1^{er} décembre 2022 au 11 janvier 2023.

Aux termes d'un avis du 27 janvier 2023, un juriste de l'OAI a estimé que les éléments médicaux rapportés par les nouvelles pièces médicales fournies, datant de 2021 (sic), avaient déjà été pris en compte.

Par décision du 17 mai 2023, l'OAI a fixé le montant de la rente entière d'invalidité à 1'505 fr. pour la période du 1^{er} octobre 2013 au 31 décembre 2014, à 1'511 fr. pour la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2015, et à 1'511 fr. pour la période du 1^{er} septembre 2017 au 31 juillet 2018, reprenant la motivation présentée dans son projet de décision.

B. Par acte du 16 juin 2023, C._____, toujours représentée par Inclusion Handicap, a interjeté recours à l'encontre de la décision susmentionnée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2013, subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2015, à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016 et à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2017 au 30 septembre 2018, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision concernant le droit à la rente entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 août 2017 et au-delà du 31 juillet 2018. En substance, la recourante a soutenu qu'un statut de personne active à 100 % devait lui être reconnu depuis sa séparation d'avec son mari, en 2010. Selon elle, elle aurait en effet travaillé à temps complet si son état de santé le lui avait permis en raison de la gêne financière dans laquelle elle se trouvait à la suite de sa séparation, ayant à ce moment-là deux enfants mineurs à charge, ce d'autant plus qu'elle ne touchait pas la contribution d'assistance prévue dans le cadre de la procédure de divorce. La recourante a également fait valoir, s'agissant de sa capacité de travail sur le plan psychiatrique, que les experts Z._____ et P._____ s'accordaient sur une incapacité de travail totale, ainsi que sur le fait qu'elle ne pourrait retrouver une capacité de travail à 80 % qu'au terme de mesures de réinsertion. Sa formation de diacre - laquelle n'avait pas pu être terminée -, aurait duré jusqu'en juin 2018, de sorte que c'est à compter de cette date que l'intimé aurait dû lui reconnaître une telle capacité de travail.

Le 14 août 2023, la recourante a déposé une demande d'assistance judiciaire.

Par décision du 17 août 2023, la juge instructrice alors en charge du dossier a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 14 août 2023.

Par réponse du 28 août 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. S'agissant du statut de la recourante, il a expliqué que lorsque celle-ci était mariée, elle travaillait à 20 %, ce qui lui convenait ; dès sa séparation, en 2010, il pouvait être admis qu'elle aurait travaillé à 60 % pour subvenir à ses besoins tout en s'occupant de ses enfants, taux qui aurait pu être augmenté à 80 % dès le treizième anniversaire de sa fille cadette, soit en 2016. Sur le plan médical, l'intimé s'est référé aux différents avis établis par le SMR et aux conclusions du rapport d'expertise du Dr P._____.

Par réplique du 23 octobre 2023, la recourante, sous la plume de son conseil, a confirmé ses conclusions. Elle a produit un rapport établi le 16 octobre 2023, dans lequel la Dre G._____ a noté que sa patiente avait été confrontée à des événements difficiles, voire traumatiques, en 2021 et 2022. La psychiatre traitante a expliqué que les personnes avec un état de stress post-traumatique complexe, comme sa patiente, présentaient plus de syndromes somatiques inexpliqués, raison pour laquelle l'intrication des problèmes somatiques et psychiques était indispensable pour la bonne compréhension de la clinique des personnes atteintes de cette problématique. Sa patiente souffrait toujours d'une humeur très labile avec des périodes d'épuisement et de découragement et des périodes dans lesquelles elle entreprenait des études à distance dans le but d'envisager un travail auprès de [...]. Ce dernier état ne pouvait malheureusement pas être maintenu longtemps. La Dre G._____ a indiqué que l'intéressée n'avait pu s'engager dans aucun projet professionnel malgré son souhait, son corps « lâchant » à chaque fois. Elle a estimé que l'incapacité de travail était toujours totale, les ressources de la recourante ne pouvant se déployer à long terme en raison des blessures émotionnelles très sévères et répétitives dont elle avait été l'objet.

Par duplique du 20 novembre 2023, l'intimé a maintenu sa position et produit un avis établi le 16 novembre 2023, par lequel le médecin du SMR a exposé que la psychiatre traitante n'amenait pas d'élément médical objectif nouveau qui n'aurait pas été pris en compte, les diagnostics d'état de stress post-traumatique complexe et de trouble

de la personnalité mentionnés dans le dernier rapport médical n'étant pas étayés. Elle a relevé que l'expertise menée en 2016 tenait compte du passé de maltraitance de la recourante, ainsi que de la modification durable de sa personnalité, en décrivant toutefois bien que l'assurée n'était absolument pas dysfonctionnelle. De plus, bien que l'humeur soit décrite comme labile, les éléments diagnostics pour un épisode dépressif majeur étaient toujours absents et cette labilité ne semblait pas empêcher une certaine proactivité. Les périodes d'épuisement étaient quant à elles déjà relatées dans l'expertise de 2016 et ne semblaient pas avoir entraver la formation suivie entre 2015 et 2017. La médecin du SMR a encore expliqué ne pas comprendre les liens effectués par la psychiatre avec les atteintes somatiques, celles-ci n'étant pas liées à des dysrégulations neuroendocrines ni immunologiques et n'étant pas invalidantes car n'engendrant que des arrêts de travail transitoires. En conclusion, elle estimait qu'il n'existait pas d'argument pour s'écarter de ses précédentes conclusions.

Par déterminations du 13 juin 2024, l'intimé a fait parvenir à la Cour de céans un rapport établi le 15 avril 2024, par lequel le Dr E. _____ a fait état d'une exacerbation de la douleur chronique au niveau du membre supérieur droit descendant vers le dermatome C7, la situation étant pour le surplus inchangée par rapport aux multiples consultations précédentes ; la patiente souhaitant éviter une intervention chirurgicale, il proposait une série d'infiltrations. Selon l'intimé, ce rapport ne permettait pas un nouvel éclairage de la situation de la recourante jusqu'à la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un

recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur son statut et, partant, l'application de la méthode mixte au cas d'espèce, ainsi que sur sa capacité de travail pour la période courant du 1^{er} janvier 2015 au 31 août 2017 et à compter du 1^{er} mai 2018.

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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la recourante a déposé sa demande en avril 2013 et l'éventuel droit à la rente a pris naissance, au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), à savoir le

1^{er} octobre 2013. C'est donc l'ancien droit qui est applicable au présent cas.

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)

aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le

ménage, l'éducation des enfants ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2025, n° 52 *ad* art. 16 LPGA).

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

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si

cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

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

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF

8C_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et les références ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références).

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

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

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

contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

7. Dans un premier grief, la recourante se plaint de ce que l'intimé lui a reconnu un statut d'active à 60 % et un statut de ménagère à 40 % jusqu'à la fin de l'année 2015, puis un statut d'active à 80 %, avant de lui reconnaître un statut d'active à 100 % à partir du mois de mars 2019. Elle conteste l'application de la méthode mixte au cas d'espèce jusqu'en février 2019, estimant que l'OAI aurait dû tenir compte d'un statut d'active à 100 % dès sa séparation d'avec son époux, en 2010. Elle allègue que les réponses apportées dans le premier questionnaire de détermination du statut du 14 mai 2013 devaient être comprises en ce sens que son état de santé lui permettait à ce moment-là de travailler à 60 %. Selon elle, il allait de soi qu'elle aurait travaillé à 100 % si son état de santé le lui avait permis, en raison de la gêne financière dans laquelle elle se trouvait, avec deux enfants à charge, ce d'autant plus que la contribution d'entretien de 4'500 fr. fixée dans le cadre de la procédure de divorce n'était pas versée par son ex-époux et qu'elle bénéficiait du revenu d'insertion.

a) Le Tribunal fédéral a estimé que, d'une manière générale, il n'y avait pas lieu de s'éloigner des déclarations dites de la « première heure » dont rien n'indique qu'elles résultent d'une mauvaise compréhension des questions pour leur substituer une évaluation hypothétique fondée en majeure partie sur les besoins financiers d'une personne assurée. La nécessité économique d'exercer une activité lucrative ne revêt en effet pas à elle seule une importance prépondérante dans la détermination du statut de la personne assurée (TF 9C_39/2014 du 19 mai 2014 consid. 3 ; 9C_406/2011 du 9 juillet 2012 consid. 5.7).

Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels.

En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 et les références ; TF 9C_501/2023 du 24 janvier 2024 consid. 4.2).

b) En l'espèce, l'assurée a indiqué dans le formulaire qu'elle a complété le 14 mai 2013 qu'en bonne santé, elle exercerait une activité à 60 % depuis 2010, date de sa séparation d'avec son époux, en tant qu'[...] ou [...], par nécessité financière. Contrairement à ce qu'elle soutient, il n'apparaît pas qu'elle aurait mal compris la question et aurait indiqué sa capacité de travail dans son état de santé actuel, puisqu'elle s'est expressément référée aux métiers exercés par le passé (jusqu'en 2003) qui n'étaient plus exigibles en raison de ses atteintes somatiques. La réponse du mois de mai 2013 correspond de surcroît précisément à celle apportée lors de l'enquête économique sur le ménage réalisée à son domicile le 4 septembre 2017, à plus de quatre années d'intervalle. L'évaluateur a noté à cet égard que l'assurée travaillait à 20 % lorsqu'elle était mariée, ce qui lui convenait et lui permettait de s'occuper de sa famille et de son ménage, et qu'elle estimait qu'un taux d'activité de 60 % depuis sa séparation d'avec son époux lui aurait permis de subvenir à ses besoins. Ce taux aurait même pu être augmenté à 80 % dès 2016, soit dès le treizième anniversaire de sa fille cadette. Il ressort du rapport d'enquête du 4 septembre 2017 que la question du statut a été abordée en profondeur et que l'intéressée a eu l'occasion de mener une réflexion aboutie à cet égard. Son raisonnement, tel qu'exposé dans ce document, semble du reste logique au regard de sa situation. Elle avait effectivement réduit son taux d'activité au début des années 2000, ne travaillant plus ou au maximum à 20 % entre 2000 et 2010, après la naissance de son troisième enfant, en 2001, et de sa fille cadette, en 2003. On peut donc partir du principe qu'en bonne santé, la recourante, mère de quatre enfants donc trois étaient encore mineurs (les deux aînés ayant du reste poursuivi des études), aurait dû augmenter son taux d'activité en raison de sa séparation d'avec son époux, mais qu'elle aurait tout de même

continué à consacrer une partie de son temps à la tenue de son ménage et à l'éducation de ses enfants. Il apparaît également tout à fait adéquat de retenir un taux d'activité de 80 % dès le treizième anniversaire de sa fille cadette, soit en 2016.

Selon le questionnaire soumis à l'assurée ensuite du jugement de divorce mettant fin au versement de la pension alimentaire en sa faveur de 4'500 fr. à compter du mois de mars 2020 et complété par l'intéressée le 25 février 2020, elle aurait alors travaillé à 100 % si elle avait été en bonne santé. C'est ainsi à compter du 1^{er} mars 2020 qu'un changement de circonstance est apparu et aurait nécessité une augmentation du taux d'activité de l'assurée, et non dès le 1^{er} mars 2019, comme cela ressort à tort des calculs opérés par l'OAI dans son projet de décision du 14 septembre 2020, en contradiction avec les considérants du projet précité qui retiennent la date du 1^{er} mars 2020.

Partant, c'est à juste titre que l'OAI s'est fondé sur les déclarations constantes de l'assurée pour retenir un statut d'active à 60 % jusqu'en fin 2015, puis un statut d'active à 80 % jusqu'en février 2020, et un statut d'active à 100 % au-delà.

8. Dans un autre moyen, la recourante reproche à l'intimé d'avoir considéré qu'elle disposait, dans une activité adaptée, d'une capacité de travail de 50 % depuis la fin de l'année 2014, puis de 80 % dès le 1^{er} janvier 2016. Elle se prévaut des expertises psychiatriques menées par les Drs Z._____ et P._____, dont il faudrait déduire que sa capacité de travail était nulle quelle que fût l'activité jusqu'en juin 2018, à savoir jusqu'à la fin des mesures de réinsertion professionnelle qu'elle avait entreprises au moment de la réalisation de la dernière expertise.

a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'[...] et d'[...] depuis septembre 2011 en raison de ses atteintes somatiques. Se fondant sur les avis du SMR ainsi que sur l'expertise du Dr P._____ du 6 août 2016, l'OAI a toutefois estimé que la recourante était capable de

travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de cinq kilos, pas de position debout toute la journée, éviter de faire un travail répétitif dans la même position), à 50 % dès la fin de l'année 2014, puis à 80 % dès le mois de janvier 2016 ; après une nouvelle incapacité de travail totale dans toute activité du mois de septembre 2017 au mois d'avril 2018, il a considéré que l'intéressée était à nouveau apte à travailler dans une activité adaptée dès le mois de mai 2018.

Il sied d'examiner la force probante des pièces médicales susmentionnées.

b) Sur le plan psychiatrique, l'expert P._____, dans son rapport du 6 août 2016, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), de trouble de l'adaptation à répétition, sur plusieurs années, avec réaction mixte des émotions (F43.23), d'état d'épuisement physico psychique (burn-out) à répétition, sur plusieurs années, toujours en vigueur (Z63.0) et de modification durable de la personnalité après maltraitance multiple (F68.2). Il a conclu à une incapacité de travail totale jusqu'à la fin de l'année 2014, constaté une amélioration depuis 2014 et estimé qu'au vu de la longue atteinte à la santé et de la fragilité restante, une reprise d'activité n'était possible qu'au terme d'une mesure de réinsertion. A son avis, une capacité de travail de 80 % était exigible après l'aboutissement de la formation de diacre alors envisagée par l'expertisée.

A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'un examen circonstancié par l'expert spécialiste ; l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier, le Dr P._____ ayant synthétisé les documents médicaux depuis 1994 (p. 12 ss), et se fonde sur un examen clinique complété par des analyses en laboratoires, ainsi que sur un questionnaire d'auto-évaluation et des outils d'évaluation standardisés (échelle

psychopathologique AMDP, échelle de ralentissement EDR et échelle de dépression MADRS). L'expert a établi une anamnèse détaillée sur les plans familial, personnel, socio-professionnel, affectif et médical (p. 3 ss). Il a en outre dûment rapporté les plaintes et les descriptions subjectives de l'expertisée, comprenant la description d'une journée-type et de ses habitudes personnelles. Les différents avis médicaux ont été discutés par l'expert (p. 22 ss), ce dernier ayant en outre examiné les ressources, la gravité des troubles retenus, la personnalité de l'expertisée ainsi que la cohérence.

aa) S'agissant des diagnostics, on relève tout d'abord qu'ils ont été posés par l'expert psychiatre en référence à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Le Dr P. _____ a noté un parcours médico-psychiatrique complexe et essentiellement déterminé par une problématique de sa famille d'origine d'une part et de ses relations conjugales d'autre part. Il a relevé la maltraitance infantile majeure et continue subie par l'assurée, décrivant une enfance et une adolescence perturbées avec des fugues, un placement chez une grand-mère et des échecs dans ses premières tentatives de formation. L'expertisée avait toutefois réussi à mobiliser ses ressources, en allant « au maximum de ses capacités adaptatives » pour suivre une formation d'[...] et devenir employée [...]. Par la suite, elle était entrée dans deux relations conjugales où le mode de « communication » était déterminé par la violence, avec une première décompensation majeure suivie d'une hospitalisation en 1994, au moment de la procédure de séparation d'avec son premier mari, le même scénario s'étant répété lors de sa deuxième séparation, avec un tentamen. La situation était, encore au moment de l'expertise, inhabituelle, en ce sens que l'époux de l'assurée faisait preuve d'une ténacité extrême pour ne pas faire aboutir la procédure de divorce toujours en cours.

Le Dr P. _____ a indiqué que plusieurs psychiatres avaient posé un diagnostic de trouble de la personnalité ; selon sa compréhension et sa lecture de l'ensemble de la problématique et au vu de l'évolution

relativement positive de la situation - l'assurée ayant quitté son mari, s'étant installée avec ses enfants, suivant un cursus thérapeutique et une sorte d'auto-réinsertion depuis 2014 - il a retenu que l'expertisée n'était pas dysfonctionnelle en tant que personne en soi, ces diagnostics étant donc caducs. L'expert a en outre relevé que l'assurée était dans une approche normale, souriante, collaborante et structurée dans ses explications. Il n'a pas noté de trouble cognitif ni de trouble formel de la pensée ou de fatigue. Sur le plan des affects, il a décrit une femme euthymique, voire en majeure partie de bonne humeur, avec une bonne résonance affective, une bonne énergie vitale, l'anxiété sous-jacente étant uniquement en lien avec la problématique conjugale. Le monitoring médicamenteux avait relevé une observance correcte par rapport à la prescription d'antidépresseurs, de sorte que les fluctuations dépressives antérieures étaient relativement bien compensées. Selon lui, il restait toujours une certaine fragilité sous-jacente et la stabilité était obtenue entre autres par la médication.

L'appréciation diagnostique de l'expert est ainsi détaillée, motivée et convaincante. Il convient de retenir que les diagnostics ont été posés par le Dr P. _____ dans les règles de l'art.

bb) Sous l'angle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, l'expert a relevé que les différents diagnostics avaient interagi entre eux, initialement de manière sévère, puis de manière dégressive, avant de connaître une amélioration significative. L'expert a procédé à l'analyse de la personnalité de la recourante, relevant que celle-ci avait été très marquée par son vécu multiple et avait certainement porté pendant très longtemps des éléments difficiles, voire lourds de son passé familial, puis de son passé conjugal. Elle avait ainsi vécu à plusieurs périodes de sa vie un trouble de l'adaptation avec d'importantes perturbations psychiques. Le Dr P. _____ a indiqué que l'assurée avait pu mobiliser ses ressources et ses capacités de communication pour reconstruire un réseau social et qu'elle avait une forte motivation d'aboutir vers une nouvelle vie professionnelle. A cet égard, il a expliqué que l'assurée avait été capable de se mobiliser depuis 2014 pour entamer

une formation au gymnase du soir et qu'elle avait développé par elle-même un projet professionnel alternatif pour devenir diacre. D'après l'expert, le traitement médical actuel était approprié, le monitoring ayant montré une observance correcte pour toutes les substances. L'ensemble des constatations de l'expert montrait un état psycho-émotionnel compensé.

Sur le plan de la cohérence, l'expert n'a pas constaté de divergence entre le comportement de l'assurée et les symptômes décrits et relevé que son constat correspondait à la description clinique de son médecin psychiatre traitant, auprès duquel le suivi était terminé au moment de l'expertise.

On relèvera ainsi que l'expert a dûment procédé à un examen des indicateurs jurisprudentiels.

cc) Au terme de son analyse, le Dr P. _____ a conclu à une incapacité de travail totale depuis le 15 septembre 2011, date de l'hospitalisation à B. _____, jusqu'à la fin de l'année 2014. S'agissant de la période de 2014 à la date de l'expertise, le Dr P. _____ a relevé qu'il existait une certaine aptitude à se mobiliser et que cette formation entamée au gymnase du soir était à considérer comme une auto-réinsertion, à savoir que pendant cette période, l'assurée n'était pas encore apte à une activité professionnelle ; le processus n'était par ailleurs pas terminé puisque l'assurée souhaitait achever sa formation pour devenir diacre. Autrement dit, entre 2014 et l'aboutissement de sa formation de diacre, l'expert psychiatre a estimé qu'il n'existait pas d'exigibilité pour une activité professionnelle, vu la longue atteinte et la fragilité restante. A son avis, une capacité de travail d'au moins 80 % pouvait être exigible après aboutissement de la formation envisagée et réinsertion professionnelle.

La conclusion de l'expert selon laquelle l'assurée était totalement incapable de travailler sur le plan psychiatrique de septembre 2011 à l'aboutissement de sa formation de diacre qui devait débiter en

2016 n'est pas mise en doute par les éléments au dossier. Au contraire, les psychiatres du Centre N._____ ont également conclu, dans leur rapport du 11 mars 2014 à l'OAI, à une incapacité de travail totale au vu de la disponibilité psychique trop fluctuante de la recourante, qui se trouvait au cœur d'une procédure de divorce extrêmement complexe, conflictuelle et litigieuse. Cette conclusion, apportée au terme d'une analyse détaillée et motivée, est convaincante et doit être suivie.

dd) L'OAI, se basant sur un avis du SMR du 25 août 2016, a toutefois retenu qu'une capacité de travail de 50 % était exigible dès le 1^{er} janvier 2015, puis de 80 % à compter de la fin de la formation envisagée, soit dès le 1^{er} janvier 2016.

Or l'approche adoptée par le SMR, suivie ensuite par l'office intimé, n'apparaît pas pleinement convaincante. Le médecin du SMR s'écarte en effet de l'avis motivé et convaincant du Dr P._____ selon lequel il existait certes une amélioration de l'état de santé de la recourante depuis la fin de l'année 2014, sans toutefois qu'une capacité de travail puisse encore lui être reconnue à compter de cette date. Le médecin du SMR ne motive quant à lui pas les raisons pour lesquelles il conviendrait de retenir cette capacité de travail, pas plus qu'il ne précise quelles seraient les caractéristiques d'une éventuelle activité adaptée que la recourante aurait pu exercer à cette période. A cet égard, l'emploi, par le médecin du SMR, d'un point d'interrogation dans son avis du 25 août 2016 (« 50 % ? ») laisse pour le moins songeur. Il s'ensuit que cette capacité de travail de 50 % provisoire retenue par l'OAI ne saurait être confirmée.

A cela s'ajoute que la conclusion de l'OAI selon laquelle une capacité de travail de 80 % serait exigible sur le plan psychiatrique depuis le 1^{er} janvier 2016 ne peut pas non plus être suivie. L'OAI se fonde ici sur un avis du SMR du 23 mars 2018, selon lequel une capacité de travail de 80 % était exigible à la fin de la formation débutée par l'assurée, le Service de réadaptation de l'OAI ayant fixé cette date au 1^{er} janvier 2016. L'avis précité contient pourtant une grossière erreur, puisque ledit service

ne s'est pas prononcé sur la date de fin de la formation, qui a d'ailleurs débuté en juin 2016 (!), mais sur le statut d'active à 80 % qui pouvait être retenu dès le 1^{er} janvier 2016. On relèvera du reste que l'OAI a fait fi de l'avis du 9 octobre 2018, selon lequel le médecin du SMR a expliqué qu'après consilium médico-juridique, la capacité de travail dans une activité adaptée de 80 % devait être retenue à l'interruption de la formation de diacre, soit au plus tôt dès le 1^{er} janvier 2017 et au plus tard le 30 août 2017.

En l'occurrence, il apparaît que la réinsertion professionnelle envisagée par la recourante se rapportait à son projet, jugé crédible et sincère par l'expert P. _____, de devenir diacre, activité pour laquelle elle avait effectivement débuté un séminaire de culture théologique en juin 2016, auprès de [...], à [...], un institut lié à l'Eglise [...]. Aussi, dans la mesure où, selon les documents produits au dossier par la recourante, cette formation était supposée durer deux ans, il doit être retenu, à suivre les conclusions de l'expert et à défaut de tout autre élément probant pour la période considérée, que la recourante s'est trouvée en incapacité de travail à tout le moins jusqu'au mois de juin 2018. Il est à cet égard indifférent que, pour des raisons qui ne peuvent pas être clairement déduites du dossier, la recourante n'a finalement pas terminé sa formation.

ee) Il découle des éléments qui précèdent que, sur le plan strictement psychiatrique, la recourante a subi une incapacité de travail totale de septembre 2011 à juin 2018.

Partant, sans qu'il n'y ait besoin en l'état de se pencher sur les atteintes somatiques de la recourante, l'on peut d'ores et déjà procéder au calcul du degré d'invalidité de la recourante pour la période courant du 1^{er} octobre 2013 (date d'ouverture théorique du droit aux prestations, six mois après la demande de prestations AI tardive) au 30 septembre 2018 (cf. art. 88a RAI).

L'empêchement ménager de 32.20 % retenu par l'évaluateur de l'OAI par rapport du 4 septembre 2017 ne fait l'objet d'aucun grief de la part de la recourante et peut être confirmé.

Partant, même dans la situation la moins favorable à la recourante, c'est-à-dire pour la période durant laquelle un statut d'active à 60 % et de ménagère à 40 % doit être retenu, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines s'élève à un degré arrondi à 73 %, selon le tableau ci-dessous, de sorte que l'intéressée a droit à une rente entière d'invalidité durant toute la période concernée.

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	60%	100%	60%
ménagère	40%	32.20%	12.88%
Taux d'invalidité global :			72.88%

ff) Il sied à présent de se pencher sur la capacité de travail médico-théorique de la recourante au regard de ses atteintes psychiques dès le mois de juillet 2018. A cet égard, la conclusion de l'expertise du Dr P._____ du 8 août 2016, tendant à retenir une capacité de travail d'au moins 80 % à compter de la fin de la formation de diacre de la recourante, ne saurait emporter la conviction de la Cour.

On relèvera tout d'abord que le Dr P._____ n'étaye pas les raisons pour lesquelles il retient ce taux de 80 %, indiquant uniquement qu'il n'existerait probablement pas ou peu de diminution de rendement, ce qui manque de précision et de clarté. Il n'a, du reste, pas précisé si des limitations fonctionnelles viendraient entraver le processus de réinsertion professionnelle, ce qui ne permet pas de déterminer exactement le type d'activité qui serait adaptée aux atteintes à la santé de l'assurée.

Il est également important de mentionner que l'hypothèse sur laquelle l'expert psychiatre s'est fondé pour établir la capacité de travail de l'intéressée ne s'est pas réalisée, celle-ci ayant en définitive

abandonné sa formation de diacre. Les rapports subséquents de la Dre G._____, qui a repris le suivi de l'assurée en 2019, font par ailleurs état d'une évolution défavorable de son état de santé, avec la réapparition de troubles cognitifs, d'une incapacité de réguler ses émotions face à ses enfants et d'une fatigue (cf. rapports des 23 octobre 2020 et 29 mai 2021). Dans un rapport du 16 octobre 2023, elle a du reste expliqué que sa patiente avait été confrontée à des évènements difficiles, voire traumatiques, en 2021 et 2022 et qu'elle présentait toujours une humeur très labile, avec des périodes d'épuisement et de découragement et des périodes dans lesquelles elle entreprenait des études à distance dans le but d'envisager un travail auprès de [...], ce dernier état ne durant malheureusement pas longtemps. La psychiatre traitante a constaté que l'intéressée n'avait pu s'engager dans aucun projet professionnel malgré son souhait, son corps « lâchant » à chaque fois. Elle estimait que l'incapacité de travail de sa patiente était toujours totale, les ressources de cette dernière ne pouvant pas se déployer à long terme en raison des blessures émotionnelles très sévères et répétitives dont elle avait été l'objet.

Compte tenu des conclusions peu étayées de l'expertise du Dr P._____, établie de surcroît en 2016 et manquant donc d'actualité au moment de la décision de l'OAI du 17 mai 2023, de la reprise par l'assurée d'un suivi psychiatrique en 2019, de la péjoration de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychiatrique rapportée par la Dre G._____ et des explications de cette dernière s'agissant des tentatives de réinsertion professionnelle inabouties de sa patiente, la Cour de céans s'estime insuffisamment renseignée pour statuer en toute connaissance de cause sur la capacité de travail médico-théorique de la recourante à compter du mois de juillet 2018. A cela s'ajoute le besoin impérieux d'une évaluation consensuelle eu égard aux atteintes somatiques relativement importantes de la recourante, laquelle manque cruellement au dossier, comme cela sera exposé au considérant 8c ci-dessous. Une instruction complémentaire devra ainsi être menée, telle que précisée au point suivant.

c)

aa) Sur le plan somatique, la recourante souffre de lombalgies à caractère chronique et de lombosciatalgies depuis 1996, mais surtout depuis 2009, année durant laquelle elle a subi une hémilaminectomie L5-S1 bilatérale pour une cure d'hernie discale L5-S1 à départ paramédian gauche puis luxée droite, ainsi qu'une reprise d'hémilaminextomie L5-S1 gauche pour une cure de récurrence d'hernie discale (cf. rapports du 18 avril 2013 du Dr M._____ et du 3 mai 2013 du Dr H._____). Selon le rapport établi le 5 octobre 2016 par la médecin traitante de l'assurée, ces atteintes l'empêchaient de rester longtemps dans la même position, même en position assise devant un ordinateur, ainsi que de porter des charges lourdes. Le Dr F._____ a fait état des mêmes limitations fonctionnelles liées aux lombalgies chroniques dans son rapport du 23 mars 2021, à savoir que sa patiente ne pouvait maintenir une position debout et/ou assise prolongée, ni une position accroupie, ou porter des charges.

La recourante présente également des cervicalgies sur discopathie étagée C3-C7 depuis 2007 selon le rapport du 3 mai 2013 du Dr H._____, une IRM du 30 août 2016 ayant conclu à une discarthrose et uncarthrose dominant entre C3 et C7. Cette atteinte s'est aggravée ensuite d'un accident de la voie publique survenu le 28 novembre 2016, puisqu'une IRM réalisée le 2 décembre 2016 a révélé une hernie discale foraminale droite en C7-D1, en sus de la discarthrose étagée C3-C7. Le Dr J._____ a indiqué, dans son rapport du 22 décembre 2017, que la cervicobrachialgie C7 droite avait répondu au traitement conservateur dans un premier temps, mais qu'une recrudescence des douleurs était ensuite apparue sans amélioration après plusieurs infiltrations et une prise en charge maximale de physiothérapie, de sorte que la patiente avait subi une opération chirurgicale avec mise en place d'une cage intersomatique le 23 octobre 2017 sans complication particulière. Le 23 octobre 2019, le Dr T._____ a indiqué que les limitations fonctionnelles liées à la cervicobrachialgie droite chronique consistaient en le port de charges, les douleurs et une perte de force à la main droite. Le Dr F._____ a, quant à lui, fait état d'une radiculopathie C6/C7 à gauche qui affectait les capacités de concentration de sa patiente lors de ses activités

professionnelles (cf. rapport du 23 mars 2021). A ce sujet, les Drs D. _____ et O. _____ ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle entre fin 2016 et fin 2017 en raison de l'accident de la voie publique subi par l'assurée, qui avait aggravé sa cervicalgie, et que celle-ci disposait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée depuis le mois de mai 2018 (cf. rapport d'expertise privée du 22 février 2021).

La recourante souffre encore d'atteintes gastro-entérologiques chroniques. Dans un rapport du 30 juin 2020, le Dr Q. _____ a noté que sa patiente présentait un méléna récidivant avec carence martiale et diarrhées persistantes jusqu'à dix fois par jour dans le cadre d'une résection étendue du côlon pour neurodysplasie de type maladie de Hirschprung en 1998. Il a également fait état d'une anémie ferriprive et d'un ulcère sur prise d'AINS.

Il ressort enfin d'un rapport du 1^{er} novembre 2021 établi par le Dr X. _____ qu'une IRM du genou avait révélé une déchirure du ménisque interne. Les douleurs avaient toutefois disparu grâce à une infiltration, la recourante rapportant également une amélioration significative des douleurs lombaires et périphériques.

bb) Face à ces différents éléments, le médecin du SMR a retenu qu'une pleine capacité de travail était exigible sur le plan somatique dans un poste sédentaire à semi-sédentaire en position assise avec alternance de la position assise debout, ou dans une activité à faible charge physique, par avis du 26 mars 2014. Dans son avis du 3 octobre 2018, il a admis une incapacité de travail totale du 1^{er} septembre 2017 au 31 avril 2018 en raison de l'opération subie en octobre 2017, la reprise de l'activité lucrative étant possible six mois plus tard. L'intimé a suivi ces avis et a uniquement retenu, sur le plan somatique, une incapacité de travail totale de septembre 2017 à avril 2018.

cc) L'appréciation du SMR est pourtant dûment mise en doute par les éléments au dossier, en particulier par le rapport d'expertise privée

du 22 février 2021 menée par les médecins de l'Unité de chirurgie spinale du W._____, où a été soignée l'assurée. Celui-ci rapporte en effet une incapacité de travail totale entre fin 2016 et fin 2017, ajoutant que la reprise d'une activité adaptée était admissible à 80 % depuis le mois de mai 2018. Ce rapport est corroboré par les indications du Dr J._____ dans son rapport du 22 décembre 2017, selon lequel la cervicobrachialgie C7 droite apparue ensuite de l'accident de novembre 2016 avait répondu dans un premier temps au traitement conservateur, mais qu'une recrudescence des douleurs était ensuite apparue sans amélioration après plusieurs infiltrations et une prise en charge maximale de physiothérapie, de sorte qu'une opération chirurgicale avait finalement été décidée et réalisée le 23 octobre 2017. On peine ainsi à comprendre le raisonnement de l'intimé lorsqu'il ne retient qu'une incapacité de travail depuis le 1^{er} septembre 2017, la capacité de travail sur le plan somatique étant pour le surplus de 100 %, en privilégiant l'appréciation du médecin du SMR, nullement étayée et contredite par les médecins traitants de l'assurée.

A cela s'ajoute que l'activité adaptée telle que retenue dans la décision du 17 mai 2023 de l'OAI, confirmant le projet de décision du 14 septembre 2020 (pas de port de charges de plus de cinq kilos, ni rester debout toute la journée, éviter de faire un travail répétitif dans la même position), ne correspond pas entièrement aux éléments figurant au dossier. On relèvera notamment que le médecin du SMR, dans son avis du 8 avril 2022, a noté qu'au vu de la déchirure méniscale du genou, une activité préservant les genoux devait être privilégiée, de sorte qu'elle a ajouté à la liste des limitations fonctionnelles de l'intéressée les activités suivantes : monter sur les échelles et les échafaudages, travail en position accroupie, à genoux ou debout de manière prolongée, marche en terrain accidenté, ce qui a été omis par l'intimé - à l'instar des limitations fonctionnelles liées au trouble dépressif récurrent mentionnées par avis du SMR du 25 août 2016. Les médecins traitants de la recourante ont également fait état de limitations fonctionnelles supplémentaires, comme une incapacité de travailler en équipe, une perte de force à la main droite

et une capacité de concentration réduite liée à la radiculopathie cervicale C6-C7, sur laquelle les médecins du SMR ne se sont, à tort, pas prononcé.

dd) Dans ces circonstances, les conclusions de l'OAI sur le plan somatique, basées sur des avis du SMR remis en doute par les éléments au dossier, ne sont pas satisfaisantes et ne permettent pas de se positionner à satisfaction de droit sur la présente cause. Une expertise aurait ainsi dû être diligentée. Cela dit, vu l'incapacité de travail totale de la recourante pour des motifs psychiatriques pour la période courant du mois de septembre 2011 au mois de juin 2018, ouvrant le droit à une rente entière, il n'est pas nécessaire de combler les lacunes du dossier sur le plan somatique pour cette période.

On relèvera de surcroît qu'étant donné les nombreuses atteintes tant psychiatriques que physiques présentées par l'assurée, l'intimé ne pouvait en réalité se passer de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comportant une évaluation consensuelle du cas. Il apparaît en effet primordial de déterminer les interactions entre les différentes comorbidités présentées par la recourante et leur influence sur sa capacité de travail. Les atteintes physiques semblent relativement importantes, l'évaluateur de l'OAI ayant noté, dans son enquête du 4 septembre 2017, que l'assurée était « très diminuée » par ses atteintes à la santé et les Drs D._____ et O._____ ayant estimé que la capacité de travail de la recourante était réduite par ses atteintes somatiques à compter du mois de mai 2018, lesquelles entraînent d'ailleurs plusieurs limitations fonctionnelles. En cas d'incapacité de travail et/ou de baisse de rendement liée aux atteintes tant physiques que psychiques, il importe donc qu'une synthèse soit effectuée et que des spécialistes se concertent pour définir une capacité de travail globale. La Dre G._____ relève d'ailleurs expressément dans ses rapports des 29 mai 2021 et 16 octobre 2023 que les troubles psychiatriques et somatiques de l'assurée sont liés et qu'une analyse de leur intrication est indispensable pour la bonne compréhension de la clinique de sa patiente. La médecin traitante mentionne elle aussi expressément dans son rapport du 10 octobre 2019

le besoin d'une évaluation spécialisée tant sur le plan physique que psychique.

ee) En définitive, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 septembre 2018, respectivement de confirmer une amélioration de l'état de santé en juillet 2018. Partant, il convient d'annuler partiellement la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera à l'intimé de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comportant à tout le moins un volet de neurochirurgie, un volet de médecine interne et un volet psychiatrique, conformément à l'art. 44 LPGA. Celle-ci devra permettre de déterminer la capacité de travail médico-théorique de la recourante à compter du mois de juillet 2018, ainsi que ses limitations fonctionnelles. Une évaluation consensuelle de l'état de santé de la recourante, tenant compte des éventuelles interactions entre les différentes atteintes psychiques et physiques et de leur influence sur la capacité de travail exigible de celle-ci, devra être mise en œuvre. La possibilité sera en outre laissée aux experts de s'adjoindre les services d'un médecin spécialiste d'un ou plusieurs autre(s) domaine(s) s'ils l'estiment pertinent. A l'issue de cette instruction complémentaire, l'OAI rendra une nouvelle décision.

ff) A ce dernier égard, on rappellera, à toutes fins utiles, que la jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis

qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références). Dans l'ATF 145 V 209, le Tribunal fédéral a précisé qu'en cas de réduction ou de suppression de la rente d'invalidité d'un assuré âgé de plus de 55 ans, il y a lieu, en principe, de mettre en œuvre des mesures de réadaptation également lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (TF 9C_663/2020 du 11 août 2021 consid. 4.1). La réalisation des critères (durée de 15 années d'allocation de la rente ou accomplissement de la 55^e année) doit être examinée par rapport au moment du prononcé de la suppression de la rente (ATF 148 V 321 du 27 juin 2022 consid. 7.3).

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2018. La décision querellée doit être annulée pour le surplus, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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 l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 17 mai 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que C._____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2018 et annulée pour le surplus, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap (pour C. _____),
- 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 :