

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 avril 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

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

et

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

**Art. 6 s., 16, 17 et 61 let. c LPGA ; 28, 28a al. 3 et 29 LAI ; 27bis,
69 al. 2 et 87 al. 2 - 3 RAI**

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante bosniaque née en [...] est mariée et mère de quatre enfants (nés entre [...] et [...]). Depuis septembre 2006, elle a travaillé en qualité de femme de ménage, à mi-temps, pour le compte de plusieurs employeurs privés successifs.

Le 25 mars 2015, elle a déposé une première demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de sa demande, l'assurée s'est soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé le 28 octobre 2015 dans les locaux du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR). Dans un rapport du 5 novembre 2015, les Drs X._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis (M54), de fibromyalgie (M79.0) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11). Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics d'obésité (avec BMI [Body Mass Index] à 32), de talalgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques des pieds avec discret *hallux valgus* bilatéral, de migraines et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Mentionnant un pronostic défavorable à moyen et long terme, ces médecins ont évalué la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans toute activité depuis le 3 juin 2013 pour « des raisons essentiellement psychiatriques ». Les limitations fonctionnelles retenues étaient : « (*rachis*) nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise/debout, pas de soulèvement, ni port régulier de charges supérieures à cinq kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvements

répétés de flexion/extension de la nuque, pas de rotations rapides de la tête et pas de position prolongée en flexion/extension de la nuque. (*psychisme*) Ralentissement psychomoteur, fatigue, tristesse et diminution des ressources d'adaptation aux changements ».

Après avoir complété l'instruction par la réalisation d'une enquête ménagère (rapport du 4 février 2016), l'OAI a, par décision du 21 juin 2016, nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité. En application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, l'OAI a constaté que l'assurée ne présentait pas de préjudice dans la part active et des empêchements dans la part ménagère de 8,5 % (17 % sur une part de 50 %), situation qui n'ouvrait pas le droit à une rente. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 25 mars 2019, N._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

L'assurée a produit les pièces médicales suivantes :

- deux rapports du Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, des 21 novembre 2018 et 18 janvier 2019, posant les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies ainsi que de brachialgies bilatérales et douleurs de hanche gauche d'origine essentiellement musculaire, de syndrome fémoro-patellaire gauche, de talalgies bilatérales chroniques progressives d'origine probablement multifactorielle (fasciite plantaire, probables radiculopathies L5 et S1 bilatérales, prise pondérale, troubles statiques des pieds), de douleurs ostéo-musculaires multiples et diverses autolimitations dans le cadre d'un abaissement du seuil de tolérance à la douleur et état dépressif, de syndrome des jambes sans repos anamnestique traité, de rachialgies intermittentes chroniques, de status post opération d'un ganglion mammaire gauche vers 2001 et de status post deux césariennes. Dans le rapport de janvier 2019 adressé à la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitante, le Dr S._____ écrivait ceci :

"Mme N._____ relate la persistance des symptômes, voire une aggravation de ceux-ci, dont des troubles du sommeil importants. En effet, son sommeil est perturbé tant par les douleurs que par un syndrome des jambes sans repos. De plus, elle se lève fréquemment la nuit pour aller aux WC et présente une pollakiurie sans dysurie ni état fébrile, ceci déjà depuis un certain temps, non amélioré par la prise de Vesicare. Mme N._____ a l'impression de ne pas bénéficier vraiment du Madopar et d'en retirer plutôt des effets indésirables. Elle ne tolère par ailleurs pas le Targin qui lui occasionne des nausées et des douleurs abdominales. Vous lui avez prescrit du Naproxène 500 mg, qu'elle prend à raison de 1 cp/j. sans grand effet pour l'instant. Vous auriez apparemment prévu d'effectuer des Rx de hanches afin d'exclure une coxarthrose.

Actuellement, Mme N._____ présente plusieurs problématiques, dont des douleurs ostéo-musculaires en grande partie liées à une hypertonie de la musculature, associée à des tendinopathies insertionnelles (notamment à la ceinture pelvienne) et à une périarthrite de hanches.

Sur l'IRM des sacro-iliaques effectuée en août 2018, les têtes fémorales ainsi que le cartilage coxo-fémoral semblent globalement préservés, si bien qu'il me paraît de peu d'intérêt de rechercher une coxarthrose.

Quant à l'hypertonie musculaire, elle est, comme déjà discuté, certainement en lien avec divers facteurs de stress ainsi qu'avec ses troubles du sommeil. Quant à ces derniers, il s'agit de déterminer l'étiologie de la pollakiurie et de la nycturie, de la traiter, de même que d'améliorer la prise en charge du syndrome des jambes sans repos. A cette fin, je prescris un US [ultrason] de la vessie (pré et post-mictionnel) et demande à Mme N._____ de reprendre contact avec le Dr R._____ pour rediscuter de la thérapeutique de Madopar." ;

- deux rapports du Dr R._____, spécialiste en neurologie, des 24 janvier et 21 février 2019 mentionnant, s'agissant du syndrome des jambes sans repos, que le nouveau traitement prodigué (Sifrol®) ne parvenait pas à soigner l'ensemble des dysesthésies. S'agissant des lombosciatalgies, ce médecin avait suggéré une nouvelle IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire afin d'évaluer la composante compressive sur la racine de la discopathie L4-L5 depuis 2016 ;

- un rapport de la Dre E._____ du 8 avril 2019 mentionnant que l'assurée présentait un état anxio-dépressif avec des troubles du sommeil et mnésiques, sous traitement de Cymbalta® 60 mg par jour, un état douloureux chronique, sous la forme de cervico-dorso-lombalgies, rachialgies bilatérales et douleurs de la hanche droite, mais aussi des

talalgies bilatérales chroniques progressives et une radiculopathie L5-S1 bilatérale. Il s'y ajoutait une pathologie des jambes sans repos, traitée par Sifrol® retard le matin et Sifrol® 0,5 le soir, ainsi qu'une incontinence urinaire de stress et d'effort, soignée par Vesicare®. Selon la Dre E._____, la capacité de travail de sa patiente était nulle depuis le mois d'août 2018 et le pronostic était défavorable en raison du cumul des atteintes à la santé ;

- un rapport du Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du 29 avril 2019, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62), d'état de stress post-traumatique (F43.1), d'expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités (Z65.5), de victime d'un crime et d'actes terroristes (Z65.4) et de difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0). Depuis le début de la prise en charge au mois de janvier 2018, ce psychiatre a constaté une péjoration de l'état de santé de l'assurée qui présentait un épuisement psychique lié aux douleurs et aux nombreux ennuis physiques. Le Dr F._____ a noté une symptomatologie dépressive sévère avec thymie triste, une humeur labile, des pleurs, des pensées négatives, des ruminations, un état de fatigue, de détresse et d'effondrement, des symptômes d'épuisement et des difficultés de concentration. Le pronostic était réservé et le psychiatre traitant a retenu une incapacité de travail totale de l'assurée.

Dans un rapport du 24 septembre 2019, le Dr S._____ a fait état de lombosciatalgies gauches et pygalgies droites progressives depuis avril 2019 sans réponse au traitement conservateur. Ces douleurs s'accompagnaient d'une incontinence urinaire intermittente progressive et d'une hypo-esthésie à la jambe gauche. Une IRM lombo-sacrée et du bassin du 19 septembre 2019 avait montré chez l'assurée une protrusion discale L4-L5 bilatérale et médiane entraînant une sténose canalaire (sténose foraminale disco-ostéophyt[ique] L5-S1 bilatérale). Un avis neurochirurgical était sollicité au CHUV. Depuis la reprise des

consultations le 9 septembre 2019 mais probablement depuis avril 2019 déjà, le Dr S._____ évaluait la capacité de travail de l'assurée nulle comme femme de ménage, employée de maison ou dans toute autre activité manuelle.

Dans un rapport du 25 septembre 2019, la Dre E._____ a exposé suivre l'assurée depuis 2011, d'une part, en raison d'une dépression sévère qui avait eu pour conséquence la majoration du traitement par antidépresseur (passage du Cymbalta® 60 mg. par jour au Cymbalta® 90 mg. par jour) et, d'autre part, pour des talalgies bilatérales, des lombosciatalgies gauches, des pygalgies droites, de l'incontinence urinaire intermittente, de la diminution de sensibilité de la jambe gauche, de la protrusion discale L4-L5 bilatérale et médiane entraînant une sténose canalaire. Cette situation entravait la poursuite par l'assurée d'une activité manuelle comme femme de ménage ou employée de maison. La Dre E._____ a joint un rapport du 20 septembre 2019 relatif à une IRM lombo-sacrée et du bassin effectuée le jour précédent par le Dr I._____, radiologue.

Par décision du 1^{er} novembre 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 25 mars 2019.

Statuant sur le recours déposé par l'assurée le 2 décembre 2019 contre la décision précitée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a admis, a annulé la décision rendue le 1^{er} novembre 2019 par l'OAI et a renvoyé la cause à cet office pour instruction complémentaire (arrêt du 18 septembre 2020 CASSO AI 403/19 - 321/2020). Cet arrêt n'a pas été contesté.

C. Reprenant l'instruction du cas, l'OAI a recueilli des renseignements complémentaires auprès des médecins consultés par l'assurée (rapport du 4 novembre 2020 du Dr S._____ ; rapport du 11 décembre 2020 de la Dre E._____ avec annexes [notamment un rapport de radiographies du bassin et de la hanche gauche du 2 décembre 2020 du Dr H._____, radiologue] ; rapport du 16 décembre 2020 du Dr

F._____ avec annexes [rapports de consultations des 29 avril et 26 septembre 2019 du Dr F._____ ; rapport du 24 février 2020 du Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et médecine du sommeil ; rapport du 18 septembre 2020 du Dr S._____] ; rapport du 5 avril 2021 du Dr R._____ avec annexes [rapports de consultations des 20 avril 2016 et 9 novembre 2020 du Dr R._____]) qu'il a ensuite soumis au SMR, lequel a fait le point de la situation en proposant la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire afin d'éclaircir la situation sur le plan médical (avis du 23 avril 2021).

Dans le cadre du mandat de l'expertise pluridisciplinaire de l'assurée confié par l'OAI au centre d'expertises G._____ SA, les Drs B._____, médecin praticien, U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L._____, spécialiste en rhumatologie, ont posé les diagnostics suivants (rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2021) :

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

1. Rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, M54
2. Incontinence urinaire depuis 2017

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

1. F33.4 Trouble dépressif récurrent actuellement en rémission
2. F34.1 Dysthymie
3. F43.1 Etat de stress post-traumatique en rémission
4. Talalgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques des pieds avec discret hallux valgus bilatéral
5. Fibromyalgie, M79
6. Syndrome lombo-vertébral avec dysbalance musculaire sur déconditionnement global
7. Pieds plats stade 1
8. Gastralgie et reflux-gastro-œsophagien, avec status après gastrite à *Helicobacter Pylori* éradiquée, en 2012
9. Hémorroïdes, connues depuis 2007
10. Syndrome des apnées/hypopnées du sommeil, en décubitus dorsal, diagnostiqué en 2016
11. Syndrome des jambes sans repos, connu depuis 2016
12. Obésité de classe 3, IMC 40,15 kg/m²
13. Status après cure d'adénopathie mammaire gauche, en 2001, bénin
14. Status post 2 césariennes, en 1998 et 2013
15. Migraine, intermittente, traitée, connue depuis 1991
16. Status après carence ferriprive, traitée

17. Insomnies de maintien, chroniques, partiellement somatique sur nycturies
18. Presbytie, depuis 2019, corrigée
19. Intolérance au Tramadol, en 2017.”

D'un point de vue interdisciplinaire, ces experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle depuis octobre 2016 en raison de l'aggravation des douleurs rachidiennes. En revanche, sa capacité de travail était entière depuis « au moins novembre 2018 » dans une activité adaptée en l'absence d'« atteinte de nature psychique incapacitante » depuis lors.

Du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, celles retenues sous l'angle somatique étaient les suivantes :

“Du point de vue **rhumatologique**, la personne assurée est capable de reprendre une activité professionnelle en évitant de porter des charges de plus de 5 kg et en alternant les positions assise et debout. Toute activité en position agenouillée ou accroupie doit être évitée, ainsi que toute activité qui demande une sécurité augmentée, telle que monter les échafaudages ou les échelles et toute activité qui surcharge le rachis dans sa totalité.

Du point de vue de la **médecine interne**, les limitations fonctionnelles suivantes sont retenues, relatives à l'incontinence urinaire mixte :

- L'accès en tout temps à des toilettes de proximité.
- Eviter le contact permanent à un poste de réception en service clientèle.
- Proscrire le port de charges lourdes, au-delà de 10 kg.”

Dans l'annexe 6 intitulée « documents médicaux supplémentaires » au rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2021 figurait en particulier un rapport d'IRM lombaire du 18 mai 2020 du Dr V._____, spécialiste en radiologie, qui, en comparaison avec un examen précédent du 15 juillet 2014, retenait chez l'assurée des anomalies dégénératives du rachis lombaire « en nette péjoration » avec un canal lombaire étroit tout à fait significatif (« pour le moins grade C en L4-L5 ») ainsi qu'un très net rétrécissement foraminaux prédominant du côté gauche en raison d'anomalies observées au niveau L5-S1.

Le 22 mars 2022, les experts psychiatre et rhumatologue du G. _____ ont établi un complément d'expertise à la demande de l'OAI dont il ressort ce qui suit :

"1.2 Question

1. Lors de la 1^{ère} demande AI, la décision s'est basée sur le rapport d'examen clinique rhumato-psychiatrique du SMR de 2015 qui retenait une CTAH/AA de 50%, l'IT de 50% dans l'activité adaptée étant pour raison psychiatrique. D'un point de vue rhumatologique, vous décrivez une aggravation des rachialgies en octobre 2016 avec capacité dans l'activité habituelle de nettoyeuse nulle, mais entière dans une activité adaptée. D'un point de vue psychiatrique, vous indiquez l'absence de limitation fonctionnelle durablement incapacitante depuis au moins novembre 2018. De ce fait, d'un point de vue consensuel pouvez-vous nous confirmer que la capacité de travail dans une activité adaptée est de 50% jusqu'au 31.10.2018 puis de 100% par la suite ? Sinon merci de préciser votre position en détaillant.

Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 50% jusqu'au 31.10.2018 puis de 100% par la suite.

2. D'un point de vue rhumatologique, pouvez-vous nous détailler les raisons pour lesquelles vous vous écarterez des conclusions du Dr S. _____, notamment dans son RM du 04.11.2020 (GED 09.11.2020), qui conclut à une CT nulle dans toute activité, les diagnostics et les limitations fonctionnelles étant similaires ?

Le Dr S. _____, dans son rapport médical du 04.11.2020, donne l'évaluation suivante concernant le pronostic : « outre les restrictions physiques, limitant notamment l'endurance à moins d'une demi-journée dans une activité adaptée légère, avec possibilité de s'asseoir fréquemment, etc., la personne assurée demeure surtout épuisée et limitée sur le plan psychiatrique. Le pronostic est réservé. ». Il peut être déduit de cette phrase que le Dr S. _____ a pris en compte des éléments non rhumatologiques dans son appréciation, la personne assurée étant selon lui : « surtout épuisée et limitée sur le plan psychiatrique ».

Les conclusions données dans le rapport d'expertise du 01.12.2021 ne sont donc pas modifiées, à savoir une capacité de travail, du point de vue rhumatologique, de 100% dans une activité adaptée depuis au moins juin 2016."

Après avoir soumis l'expertise et son complément au SMR (avis du 4 avril 2022), l'OAI a fait réaliser une évaluation économique sur le ménage. Sur la base des explications recueillies, l'enquêtrice de l'OAI a estimé qu'il n'y avait pas lieu de modifier le statut de l'assurée (« 50%

active - 50% ménagère ») et a mis en évidence une entrave de 16.6 % dans l'accomplissement des travaux habituels (rapport du 18 juillet 2022).

Par projet de décision du 1^{er} décembre 2022, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations. Selon ses constatations, en bonne santé l'intéressée aurait travaillé comme une femme active à 50 % et ménagère à 50 %. Elle présentait une incapacité de travail ininterrompue dès le mois d'octobre 2016 dans son activité habituelle. Depuis octobre 2016, elle conservait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans port de charge de plus de cinq kilos, alternance des positions assise/debout, sans position agenouillée ou accroupie, sans activité nécessitant une sécurité augmentée telle que monter sur des échafaudages ou échelles, elle devait éviter les activités qui surchargent le rachis, avait accès en tout temps à des toilettes de proximité et éviter le contact permanent à un poste de réception en service clientèle. Le degré d'invalidité, calculé d'après la méthode mixte d'évaluation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017, était de 8,3 %. Compte tenu d'une capacité de travail entière de l'assurée dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles précitées depuis le 1^{er} novembre 2018, le degré d'invalidité était de 8,3 %. Ces taux ne donnaient pas droit à une rente d'invalidité. Des mesures professionnelles n'avaient également pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière demeurait à la portée de l'intéressée. Le droit à un reclassement professionnel n'était pas ouvert.

En réponse à ce projet de décision, l'assurée, désormais conseillée par Procap, a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du Dr F. _____ du 23 janvier 2023, rappelant que l'assurée était suivie de manière régulière avec un traitement médicamenteux conséquent. Ce médecin a confirmé ses précédents avis d'une péjoration de l'état de santé psychique de l'assurée depuis 2015 liée au trouble dépressif récurrent sévère motivant une incapacité de travail totale avec en sus des problèmes physiques (obésité) et des douleurs chroniques

persistantes néfastes. Au vu du caractère chronique des épisodes dépressifs, des problèmes physiques et du parcours de vie de sa patiente, le psychiatre traitant craignait une péjoration et des passages à l'acte compte tenu d'idées noires, d'un état d'abattement massif et d'un sentiment de non-reconnaissance des difficultés ;

- un rapport de la Dre C._____, médecin traitante, du 23 février 2023 rappelant que l'assurée présentait un syndrome dépressif, un canal lombaire étroit avec claudication neurologique opéré le 9 novembre 2022, un nouveau diagnostic pour une apnée du sommeil avec recommandation de CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*), une obésité morbide (IMC [Indice de Masse Corporelle] à 43,6) sans traitement efficace, un syndrome des jambes sans repos et des douleurs aux chevilles et pieds, sans aucune amélioration. Considérant que la capacité de travail de sa patiente était nulle, la médecin traitante était d'avis qu'un réexamen de la demande de prestations AI se justifiait. En annexe à son rapport, elle a joint les rapports du 14 juin 2022 du Dr K._____, spécialiste en anesthésiologie, du 9 septembre 2022 du Dr A._____, spécialiste en chirurgie et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 14 septembre 2022 de la Dre T._____, spécialiste en neurologie, du 18 janvier 2023 du Dr S._____, du 23 janvier 2023 du Dr F._____ ;

- un rapport du 24 février 2023 du Dr S._____ critiquant le volet rhumatologique du rapport d'expertise du G._____ dans la mesure où les experts étaient d'avis que seuls la fibromyalgie et les pieds plats n'étaient pas incapacitants. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assurée était nulle en tant que femme de ménage depuis octobre 2016 et dans une activité adaptée depuis juin 2016 au plus tard. Il a repris les éléments déjà évoqués dans ses rapports précédents et a ajouté que l'assurée avait bénéficié d'une intervention chirurgicale au mois de novembre 2022 (cure du canal lombaire étroit).

Dans le cadre de son instruction, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux complémentaires, à savoir :

- un rapport du Dr A._____ du 5 avril 2023, décrivant une évolution favorable depuis l'intervention chirurgicale du 9 novembre 2022 et retenant une capacité de travail totale de l'assurée dans une activité adaptée cinq mois après cette opération. En annexe à ce rapport, était joint notamment un document intitulé « Proposition aménagement place de travail » du 15 mars 2022 selon lequel un poste de travail adapté à l'état de santé de l'assurée devait comporter 60 % de travaux en position assise, 30 % de travaux en position debout (une table avec hauteur ajustable) et 10 % de déplacements, éviter une torsion du haut du corps en portant ou posant une charge et de creuser le dos lors de la pose de la charge en hauteur ;

- un rapport de la Dre T._____ du 24 mai 2023, mentionnant un syndrome d'apnées obstructives du sommeil traité par ventilation en pression positive continue (CPAP) non incapacitant et la persistance subjective d'une somnolence résiduelle de longue date.

Par avis du 26 juillet 2023, le SMR a retenu une capacité de travail de l'assurée nulle dans toute activité du 9 novembre 2022 au 5 avril 2023, puis de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 3 août 2023, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assurée. Dans un courrier joint, il a pris position sur les critiques soulevées à l'appui de la contestation envers son projet de décision du 1^{er} décembre 2022.

D. Par acte du 4 septembre 2023, N._____, représentée par Procap, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision précitée. Elle conclut à l'admission du recours et à l'annulation de la décision (*recte* : réforme) en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité. Subsidiairement, elle conclut à une instruction complémentaire par le biais d'une expertise judiciaire ; plus subsidiairement encore, elle conclut au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante reproche à

l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical et conteste ainsi la valeur probante du rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2021 et son complément du 22 mars 2022. Elle lui oppose le rapport du 24 février 2023 du Dr S. _____ qui critique, selon elle, de manière circonstanciée le rapport d'expertise et qui retient une incapacité totale de travail sur le plan rhumatologique depuis 2016. Ce faisant, elle allègue que les experts estiment que ses rachialgies ne sont dues qu'aux troubles statiques et dégénératifs du rachis en omettant de mentionner la cause principale qui est le canal lombaire étroit. Elle leur reproche ensuite de ne pas avoir retenu une répercussion sur la capacité de travail de son syndrome lombovertébral, contrairement à la littérature exposée par le Dr S. _____. Elle observe également que les experts omettent de rechercher les douleurs plantaires d'origine multifactorielle et qu'ils n'ont pas examiné les atteintes à la santé rapportées le 23 février 2023 par la Dre E. _____. Elle est d'avis que la première réponse dans le complément d'expertise du 22 mars 2022 est douteuse étant donné le caractère subjectif de la question posée. Elle soutient, en se référant au renvoi figurant dans le rapport du Dr F. _____ du 23 janvier 2023, présenter une incapacité de travail totale depuis 2019 au moins sur le plan psychique.

Dans sa réponse du 26 octobre 2023, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, reprenant les arguments de sa décision.

Dans ses déterminations du 20 novembre 2023, la recourante maintient les conclusions de son recours.

E n d r o i t :

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

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier le droit à une rente.

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

b) En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2023, elle fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 25 mars 2019 en raison d'une aggravation de son état de santé depuis octobre 2016. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

4. a) Lorsque, comme en l'espèce, la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut

être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

b) 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.

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

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

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

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un

premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 et la référence).

e) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; voir également ATF 133 V 504 consid. 3.3; ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et ATF 125 V 146 consid. 5c/bb ; TF 9C_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.1 - 3.4 et TFA I 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 5.1.2).

5. a) En l'occurrence, l'office intimé a retenu que la recourante présentait un statut mixte de femme active à 50 % et de ménagère à 50 %.

b) Il n'y a pas lieu de remettre en cause le raisonnement qui a conduit l'intimé à conclure, dans le cas particulier, à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. En effet, dans le rapport

d'enquête économique sur le ménage effectuée le 11 juillet 2022, il est notamment écrit ce qui suit :

"5.- Statut

Sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée à ce jour ? oui.

Sur le formulaire 531 bis complété le 01.04.2015, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 50 %. L'assurée a été considérée comme 50% active lors de la précédente instruction.

Motivation du statut : l'assurée dit avoir toujours voulu travailler et que si elle le pouvait, elle travaillerait aujourd'hui à 100%. Elle explique qu'avant d'avoir ses enfants elle travaillait à 100%. Toutefois, depuis 2006 et au moment de la survenance de ses problèmes de santé, l'assurée travaillait à 50%, ce qu'elle confirme. Elle n'avait pas effectué de recherche pour augmenter son taux d'activité car elle devait gérer les enfants ainsi que son mari également atteint dans sa santé. Actuellement le couple vit sur la rente AI et l'API de l'époux ainsi que des PC. Les deux aînés vivent encore à la maison mais travaillent chacun durant leurs études afin d'acquérir une certaine autonomie financière, ce qui permet d'alléger les charges financières du couple. Quant au mari de l'assurée, il souffre d'une atteinte psychique et physique qui demande une présence quasi constante de l'assurée, elle n'aurait à ce titre, pas pu augmenter son taux d'activité car elle n'aurait pas pu l'assumer.

Statut proposé par l'évaluatrice / évaluateur : en comparaison à la précédente évaluation ménagère du 04.02.2016, le statut reste inchangé. Sur la base des premières déclarations de l'assurée, les propos réitérés lors de l'entretien ainsi que des pièces portées au dossier, nous proposons le statut de 50% active, et 50% ménagère."

6. a) Lorsque, comme en l'espèce, la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). A cet égard, il convient de distinguer la situation qui prévalait jusqu'au 31 décembre 2017 de celle qui a cours depuis le 1^{er} janvier 2018.

aa) Jusqu'au 31 décembre 2017, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir effectivement dans l'activité qu'elle effectuait à

temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) était comparé au revenu qu'elle pouvait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain - était comparé au gain hypothétique qu'elle pouvait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap. Lorsque la personne assurée continuait à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subissait pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail était plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exerçait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1 et les références).

bb) Depuis le 1^{er} janvier 2018, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) n'est plus déterminé sur la base du revenu effectivement réalisé, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (art. 27^{bis} al. 3 let. a RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021).

b) L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération (ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références).

7. **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 citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes

externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_179/2022 du 24 août 2022 consid. 5.2 ; 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

8. En l'occurrence, il y a lieu de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est péjoré de manière significative au point d'entraîner une incapacité de travail et de gain qui fonderait le droit à une rente d'invalidité entre la dernière décision du 21 juin 2016 et le dépôt de la nouvelle demande.

a) Lors du dépôt de la première demande de prestations, l'examen bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) réalisé le 28 octobre 2015 au SMR par les Drs X. _____ et A. _____ avait notamment mis en évidence un tableau clinique caractérisé par des atteintes à la santé avec répercussion sur la capacité de travail de nature somatique (des rachialgies diffuses sur troubles statiques et dégénératifs du rachis et une fibromyalgie) et psychique (un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec syndrome somatique). L'office intimé avait retenu que pour des raisons essentiellement psychiatriques, la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles permettait à l'assurée de prétendre à un revenu au moins équivalent à celui qui était le sien en bonne santé, si bien qu'il n'existait aucun préjudice dans la part active. Les empêchements de 17 % dans la part ménagère de 50 % correspondaient à un degré d'invalidité de 8,5 % ne donnant pas droit à une rente.

b) Lors du dépôt de la nouvelle demande du 25 mars 2019, la situation médicale sous l'angle somatique est restée plus ou moins stable en regard de celle qui existait lors de la décision de 2016.

Sur le plan psychiatrique, la situation s'était améliorée depuis le mois de novembre 2018. L'OAI a dès lors retenu que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charge de plus de cinq kilos, alternance des positions assise/debout, pas de position agenouillée ou accroupie, pas d'activité nécessitant une sécurité augmentée telle que monter sur des échafaudages ou échelles, éviter les activités surchargeant le rachis, avoir accès en tout temps à des toilettes de proximité et éviter le contact permanent à un poste de réception en service clientèle). Cette décision se base sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du G. _____ du 1^{er} décembre 2021 et son complément du 22 mars 2022.

De son côté, la recourante soutient que l'instruction de son dossier par l'intimé est lacunaire et erronée.

c) Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) du 1^{er} décembre 2021 et son complément du 22 mars 2022, les experts du G. _____ ont estimé que si la capacité de travail de la recourante était nulle dans son activité habituelle depuis octobre 2016, dans une activité adaptée elle était toutefois de 50 % puis entière dès le 1^{er} novembre 2018, sous la réserve d'une capacité de travail nulle transitoire du 9 novembre 2022 au 5 avril 2023 à la suite de l'opération du canal lombaire étroit.

aa) Sur le plan somatique, la recourante oppose à l'expertise précitée notamment le rapport du Dr S. _____ du 24 février 2023, qui conteste en particulier que l'expert rhumatologue ait mentionné dans les diagnostics sans effet sur la capacité de travail un syndrome lombo-vertébral avec dysbalance musculaire sur déconditionnement global. En effet selon lui, l'hypertonie de la musculature vertébrale qui contracte le muscle est à l'origine d'une réduction de la force et de l'endurance de la

recourante dont le passage entre les positions assise et debout ne lui permet pas de se reposer. Il relève en outre les douleurs plantaires d'origine multifactorielle dont les experts n'ont pas, selon lui, suffisamment tenu compte. Enfin, le syndrome femoro-patellaire et l'obésité, qu'il considère comme morbide, devraient, selon lui, aussi être des composants de l'évaluation de la capacité de travail.

Les critiques émises par le Dr S. _____ sur l'absence de prise en compte adéquate par les experts des problématiques relevées ci-avant constituent en réalité une appréciation distincte d'une même situation médicale. L'ensemble des diagnostics ainsi discutés figuraient déjà en tant qu'atteintes à la santé de la recourante prises en compte dans la décision de 2016, de même que les talalgies, l'hypertonie musculaire, les discrets troubles statiques des pieds avec discret *hallux valgus* bilatéral et l'obésité.

S'agissant de l'incidence de l'hypertonie qui empêcherait les changements de positions assise et debout et contraindrait la recourante à devoir s'allonger plus que dix à quinze minutes pour pouvoir récupérer d'une heure d'activité, seul le Dr S. _____ en fait état dans son rapport du 24 février 2023. Ainsi, l'expert de la médecine interne a constaté que l'assurée avait pu rester assise pendant la majorité de l'entretien en changeant très fréquemment de positions et s'était levée spontanément de la chaise après plus d'une heure (expertise, p. 26). L'expert psychiatre a quant à lui indiqué que durant l'entretien qui avait duré une heure et quarante-cinq minutes, l'intéressée n'avait pas présenté de plainte algique, ni changé de position ni demandé de pause (expertise, p. 43). De son côté, l'expert rhumatologue a relevé qu'elle était restée pendant une heure assise lors de l'interrogatoire, sans avoir pu remarquer le moindre signe de gêne douloureuse au niveau rachidien ou au niveau des membres supérieurs ou inférieurs (expertise, p. 62).

Dans son rapport du 5 avril 2023, le Dr A. _____ ayant opéré l'assurée le 9 novembre 2022 pour un canal lombaire étroit avec claudication neurologique a fait part d'une évolution favorable, avec une

capacité totale retrouvée cinq mois depuis l'intervention dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles figurant dans le document intitulé « Proposition aménagement place de travail » du 15 mars 2022. Une capacité de travail nulle du 9 novembre 2022 au 5 avril 2023 en raison des suites de l'opération du canal lombaire étroit avec claudication neurologique le 9 novembre 2022 a été retenue par le SMR (avis du 26 juillet 2023). Cette incapacité de travail temporaire n'a toutefois aucune incidence sur l'invalidité de la recourante.

A cet égard, les éléments de radiologie, notamment les rapports d'IRM attestant du canal lombaire étroit et de la sténose importante et qui ne figuraient pas au dossier médical ont été pris en considération par les experts qui les ont intégrés dans leur appréciation consensuelle. Il n'y a au demeurant aucun motif de s'écarter de leurs conclusions qui avaient de surcroît été confirmées par le Dr E. _____ qui admet des suites de l'intervention favorable, la reprise par l'assurée d'une activité lucrative adaptée à son état de santé à plein temps. Cela étant, même si une aggravation passagère de l'état de santé de la recourante au niveau du rachis lombaire depuis 2014 a existé (cf. IRM lombaire du 18 mai 2020 du Dr V. _____), cette atteinte a été traitée avec succès, de sorte que la capacité de travail résiduelle retenue par les experts n'est pas critiquable.

Concernant l'obésité, on constate qu'elle était de 32 IMC en 2016. Cette atteinte à la santé s'est quelque peu aggravée au jour de l'expertise en août - septembre 2021 à 40,15 IMC, puis à 43,6 IMC en février 2023 (cf. rapport du 23 février 2023 de la Dre C. _____). L'obésité s'est de toute évidence aggravée entre 2016 et 2023. Cependant, aucun des médecins traitants n'en tire de limitations fonctionnelles supplémentaires et la recourante elle-même ne s'en plaint pas. Dans la mesure où le Dr S. _____ ne prend pas position sur la répercussion de l'obésité sur la capacité de travail de la recourante, il n'y a aucun élément permettant d'en tenir compte.

bb) Sur le plan psychiatrique, si le Dr F._____ dans son rapport du 23 janvier 2023 s'inquiétait de l'état de santé global de sa patiente qui continuait à présenter un épuisement important, le psychiatre traitant n'a toutefois pas exposé les motifs médicaux qui lui permettaient de retenir une dégradation de l'état de santé psychique de la recourante, ni n'a motivé les raisons pour lesquelles il se distancie de l'avis des experts. Dans son rapport du 29 avril 2019, le Dr F._____ évoque certains de ces motifs, à savoir que sa patiente présente une symptomatologie dépressive sévère avec thymie triste, une humeur labile, des pleurs, des pensées négatives, des ruminations, un état de fatigue de détresse et d'effondrement, des symptômes d'épuisement et des difficultés de concentration. Il reste toutefois que le rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2021 lui est postérieur, si bien que l'on doit considérer que les experts ont tenu compte de l'ensemble de ces éléments à l'occasion de leur propre évaluation du cas.

Sur la base de ses propres constatations cliniques, l'expert psychiatre a indiqué ne pas partager les diagnostics d'épisode dépressif sévère, d'état de stress post-traumatique ou de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe posés par le psychiatre traitant, aux motifs que ces deux diagnostics ne pouvaient pas coexister, la modification durable de la personnalité étant une complication de l'état stress post-traumatique, le plus souvent, en l'absence de traitement médical. L'expert retenait qu'aucune stratégie thérapeutique n'avait été mise en place dans la situation de la recourante. L'expert a relevé que les critères de définition pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant n'étaient pas réunis, tout comme ceux jurisprudentiels de gravité d'une telle atteinte à la santé psychique, les troubles étant de gravité légère (expertise, volet psychiatrique, pp. 46 - 48). Ainsi, l'expert a exposé les motifs médicaux objectifs pour lesquels il se distancie de l'avis du psychiatre traitant de la recourante.

cc) Les différents rapports établis par les médecins consultés au cours de la procédure ne permettent donc pas de faire douter du bien-

fondé des conclusions des experts dont il n'y a pas lieu de s'écarter en l'espèce.

Les constatations et conclusions des experts procèdent en effet d'une analyse complète et fouillée de l'ensemble des circonstances pertinentes du cas particulier, qui tient compte de l'influence effective et de l'importance des affections physiques et psychiques touchant la recourante dans sa santé. Dans leur complément du 22 mars 2022, les experts psychiatre et rhumatologue du G._____ ont mentionné que, du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée était de 50 % jusqu'au 31 octobre 2018 et de 100 % par la suite. A cet égard, la recourante ne convainc pas lorsqu'elle soutient que la réponse complémentaire des experts aurait été donnée à une question suggestive de l'OAI. Ce dernier a au contraire posé une question ouverte aux experts qui étaient libres d'y répondre en fonction de leurs propres constatations.

Enfin, les rapports des médecins consultés par la recourante postérieurement à l'expertise auraient certes pu être transmis aux experts mandatés par l'OAI afin que ceux-ci se positionnent. L'examen de ces pièces médicales a néanmoins été effectué par le SMR dans ses avis successifs, de sorte que l'on peut admettre que ces rapports ont été pris en considération également.

dd) Sur la base de l'expertise G._____ et des avis successifs du SMR, l'état de santé de la recourante s'est amélioré du point de vue psychiatrique dès le 1^{er} novembre 2018 puisqu'elle ne présentait plus dès cette date d'atteintes incapacitantes de nature psychique. La capacité de travail dès cette date était par conséquent entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

d) Au vu de la modification de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité intervenue au 1^{er} janvier 2018, il convient de procéder à une double comparaison en distinguant la période allant jusqu'au 31 décembre 2017 de celle qui court dès le 1^{er} novembre 2018.

e) S'agissant du calcul du taux d'invalidité et en particulier des éléments économiques retenus, la recourante n'a soulevé aucun grief à cet égard, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des chiffres pris en compte par l'OAI.

f) Pour la période jusqu'au 31 décembre 2017, le degré d'invalidité pour la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative, après comparaison du revenu sans invalidité (23'643 fr. 90) avec le revenu d'invalidité (27'290 fr. 57) est nul ($[(23'643 \text{ fr. } 90 - 27'290 \text{ fr. } 57) / 23'643 \text{ fr. } 90] \times 100$).

Pour la période courant dès le 1^{er} novembre 2018, le degré d'invalidité pour la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative est, après comparaison du revenu sans invalidité (49'051 fr. 71) avec le revenu d'invalidité (51'947 fr. 15), également nul ($[(49'051 \text{ fr. } 71 - 51'947 \text{ fr. } 15) / 49'051 \text{ fr. } 71] \times 100$).

9. a) En ce qui concerne la part que la recourante consacre à l'accomplissement de ses travaux habituels, lors de la précédente décision au fond, l'office intimé, se basant sur le rapport d'enquête économique sur le ménage du 4 février 2016, avait retenu des empêchements dans la part ménagère de 17 %.

b) Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, il n'y a pas lieu de s'écarter du rapport d'enquête économique sur le ménage du 18 juillet 2022 concluant à un empêchement de 16.6 %, qui a pleine valeur probante (cf. ATF 128 V 93), ce que la recourante ne conteste pas au demeurant.

10. a) Ainsi, entre la première décision du 21 juin 2016 et le 31 décembre 2017, le taux d'invalidité global s'élève à 8,3 % ($[0 \times 0.5] + [16.6 \times 0.5]$), largement inférieur au seuil de 40 % pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

b) Pour la période courant dès le 1^{er} novembre 2018, le taux d'invalidité global s'élève à 8,3 % ($[0 \times 0.5] + [16.6 \times 0.5]$). Il est donc toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

11. Depuis la précédente décision de refus de prestations du 21 juin 2016, le degré d'invalidité de la recourante de 8,3 % exclut toujours le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 août 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de N._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :