

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 janvier 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Tinguely, juges et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

F. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Olga Collados Andrade,
avocate à Lucens,

et

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

Art. 28 et 29 LAI ; art. 6, 7, 8 et 43 LPG

E n f a i t :

A. a) F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le ***1974, mariée et mère de deux enfants majeurs, sans formation, à l'égard de laquelle une curatelle de représentation et de gestion a été instaurée le 9 janvier 2019, a déposé, le 27 février 2019, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle y a indiqué qu'elle avait été inscrite au chômage comme demandeuse d'emploi, du 1^{er} décembre 2016 au 30 novembre 2018 et qu'elle était en incapacité de travail de 100 % depuis le 13 juillet 2018. Auparavant, de 2010 au 30 novembre 2016, elle avait travaillé en qualité d'aide-soignante, à 100 %, auprès de F.P.F Assistance, pour un revenu mensuel brut de 4'617 francs. Elle a mentionné qu'elle souffrait d'un état dépressif chronique depuis 2016.

Dans un formulaire de détermination du statut, complété le 6 mai 2019, l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 100 % dans le domaine de l'aide à la personne, si elle n'était pas atteinte dans sa santé, par nécessité financière.

Dans un rapport à l'OAI du 17 juillet 2019, la Dre B._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics suivants, ayant un effet sur la capacité de travail de l'assurée : « état dépressif et tentamen médicamenteux depuis 4-5 ans », « omalgies gauches : conflit sous-acromial » depuis 2016 et « gonalgies des deux côtés : arthrose + att. ménisques » depuis 2018. La Dre B._____ a précisé que sa patiente souffrait actuellement d'un état dépressif sévère et qu'elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique régulier à l'UPA de T***, avec prise d'un antidépresseur. Elle a exposé que les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient essentiellement psychiatriques et qu'au plan physique, cette dernière ne pouvait pas effectuer un travail physique impliquant de la marche, de travailler avec les bras et de porter des charges. La Dre B._____ a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 0 % dans son activité habituelle. Elle renvoyait à l'évaluation psychiatrique s'agissant de la question de la capacité de travail dans une activité

adaptée. La Dre B._____ a par ailleurs joint à son envoi les rapports suivants :

- un rapport du 19 juin 2018 du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au Dr D._____, médecin praticien, posant le diagnostic de gonalgies gauches diffuses sur troubles dégénératifs débutants, notamment du compartiment interne avec lésion de la corne antérieure du ménisque interne ;
- un rapport du 22 juin 2018 du Dr BC._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au Dr D._____, posant le diagnostic de tendinite du tendon sus-épineux avec conflit sous-acromial aux deux épaules ;
- un rapport de protocole opératoire du 5 septembre 2018 du Dr C._____ indiquant qu'il avait réalisé une méniscectomie interne partielle du genou gauche, en raison de la lésion de la corne antérieure du ménisque interne de l'assurée.

Dans un rapport du 24 septembre 2019 à l'OAI, la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Mme G._____, psychologue assistante, du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) depuis le mois de février 2017 et de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), depuis l'adolescence, probablement. Elles ont précisé qu'elles suivaient l'assurée depuis le 28 février 2017 et que celle-ci présentait, de prime abord, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive, en lien notamment avec un conflit de travail. Au cours du suivi, les symptômes dépressifs s'étaient péjorés, ce qui les avait amenées à ajuster le diagnostic et poser celui d'épisode dépressif d'intensité moyenne. Après plusieurs mois de suivi, la Dre K._____ et Mme G._____ avaient constaté chez l'intéressée des tendances à l'impulsivité et une difficulté de gestion des émotions avec des risques de passage à l'acte auto-agressifs impulsifs. S'agissant des limitations fonctionnelles et de leurs effets sur l'activité habituelle, ces spécialistes ont indiqué que les difficultés de sommeil et la fatigue diurne de l'assurée pouvaient

influencer sa capacité à s'investir dans une activité et causer des difficultés pour le maintien d'horaire ainsi qu'une diminution de rendement. La labilité de son humeur pouvait influencer sa collaboration avec ses collègues et les bénéficiaires des soins. Elle présentait également une impulsivité importante qui pouvait déborder dans le cadre relationnel ainsi qu'avec les figures d'autorité. De plus, le stress accumulé pouvait la conduire à des passages à l'acte auto-agressif, également en lien avec l'impulsivité et les difficultés à gérer la frustration. La Dre K. _____ et la psychologue G. _____ ont encore relevé qu'actuellement, l'assurée était en arrêt de travail à 100 % dans son activité habituelle. Sa capacité de travail dans une activité adaptée à son atteinte à la santé devait être observée dans le cadre d'une mesure d'ergothérapie ; il fallait en particulier déterminer si elle pouvait maintenir des horaires, un rythme, ainsi que des liens avec les autres participants, dans une petite activité sans rendement et dans un environnement calme et hypostimulant. S'agissant du pronostic de réadaptation de l'assurée, les spécialistes susnommées ont exposé qu'après stabilisation clinique, une capacité de travail de 100 % pouvait être espérée, si le cadre était bienveillant et hypostimulant. S'agissant des facteurs faisant obstacle à la réadaptation de l'assurée, les spécialistes ont signalé qu'elle présentait de plus en plus fréquemment des symptômes de décompensation de son trouble de la personnalité, avec notamment de l'impulsivité au premier plan.

Par courrier du 18 décembre 2019, la Justice de paix du district de la V*** a relevé la curatrice de l'assurée de ses fonctions.

Par avis du 8 juin 2020 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), le Dr L. _____, médecin praticien, a estimé qu'il était nécessaire de se renseigner sur l'évolution des troubles physiques et psychiatriques de l'assurée.

Dans un rapport du 9 juin 2020 à l'OAI, la Dre B. _____ a posé les mêmes diagnostics que dans son rapport du 17 juillet 2019 ; elle a constaté qu'il n'y avait pas d'évolution depuis ce dernier, que la capacité de travail de l'intéressée était de 0 à 30 % depuis 2018 et qu'une activité

adaptée (sans marche et sans port de charges lourdes) serait peut-être possible du point de vue physique mais que, du point de vue psychiatrique, l'exercice d'un travail paraissait difficile.

Aux termes d'un rapport du 27 juillet 2020 à l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et la psychologue assistante G._____, du Département de psychiatrie du CHUV, ont posé le diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de l'assurée, de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) et d'épisode dépressif moyen en voie de rémission (F32.1). Ils ont relevé qu'il y avait une amélioration au niveau thymique et que la thymie était fluctuante, ce qui entrainait dans le contexte de la labilité émotionnelle du trouble de la personnalité. Les troubles du sommeil étaient également fluctuants. L'intéressée présentait des idées suicidaires actives, scénarisées et fluctuantes et il y avait eu plusieurs passages à l'acte impulsifs par ingestion de médicaments, sans conséquences graves. Ils estimaient que sa capacité de travail, dans son activité habituelle de dame de compagnie, avec soins et gestion des médicaments, était nulle. Dans une activité adaptée, à savoir une activité de dame de compagnie sans soins ni gestion des médicaments, ils étaient d'avis que l'assurée était capable d'entamer une mesure de réentraînement au travail et qu'une reprise progressive d'activité jusqu'à 50 - 100 %, selon l'évolution, était possible. Ils ont noté la présence des mêmes limitations fonctionnelles que dans leur rapport du 24 septembre 2019 et précisé avoir attesté une incapacité de travail de 100 % du 27 février 2018 au 8 avril 2018 et du 1^{er} juin 2018 au 20 novembre 2019.

Dans une lettre de consultation du 7 décembre 2020 au Dr D._____, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin auprès du Centre orthopédique d'U***, a signalé avoir repris le suivi débuté par l'assurée auprès du Dr BC._____ pour ses deux épaules. Le Dr P._____ a exposé avoir réalisé une infiltration à son épaule gauche le 23 novembre 2020, ce qui avait permis de diminuer la douleur. Il avait également conseillé à l'assurée d'effectuer de la physiothérapie. Le Dr P._____ a précisé avoir

attesté une incapacité de travail de l'assurée de 100 % dès le 7 octobre 2020, puis de 80 % du 7 décembre 2020 au 8 janvier 2021. Il a ajouté que le suivi de l'assurée serait repris par le Dr BD._____, médecin auprès du même centre. Dans une nouvelle lettre de consultation du 15 janvier 2021 à l'OAI, le Dr BD._____ a relevé qu'il y avait une amélioration des douleurs à la suite de la physiothérapie et des infiltrations et qu'il prolongeait l'arrêt de travail de l'assurée à 80% afin qu'elle puisse bénéficier totalement de la physiothérapie.

Dans une lettre de consultation du 15 janvier 2021 à l'OAI, la Dre A._____, médecin auprès du Centre orthopédique d'U***, a conclu que l'assurée présentait des sciatalgies gauches associées à une gonarthrose bilatérale avec souffrance méniscale et a mentionné lui avoir prescrit un traitement médicamenteux antalgique.

Dans un avis SMR du 2 février 2021, le Dr L._____ a relevé que l'état de santé physique de l'assurée n'était pas stabilisé en raison d'une augmentation récente de lombalgies, faisant l'objet d'un nouveau bilan, et d'un tunnel carpien gauche qui allait être opéré. Au plan psychiatrique, il y avait une nette amélioration, ce qui aurait permis de tenter la mise en place de mesures de réadaptation ; cependant, les atteintes somatiques rendaient impossibles de telles mesures pour le moment. Le Dr L._____ a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % dès le 27 février 2021, pour raison psychiatriques, puis somatiques. Vu l'amélioration au plan psychiatrique et le gain possible de capacité de travail au vu de la prochaine opération du tunnel carpien, il y aurait lieu de réexaminer la possibilité de mesures de réadaptation et, à cet effet, de réinterroger les médecins somaticiens et psychiatres au mois d'avril suivant.

Dans un rapport à l'OAI du 30 avril 2021, le Dr BF._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin au Centre orthopédique d'U***, consulté par l'assurée en raison de ses problèmes lombaires, a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale,

syndrome lombo-radicaire non déficitaire, tous deux depuis le 19 octobre 2020, et de tendinopathie SSP à l'épaule gauche plus bursite subacromiale depuis le 1^{er} mars 2021. Il a attesté une incapacité de travail de l'assurée de 80 % du 26 mars au 25 mai 2021. Actuellement, l'assurée était surtout dérangée par ses douleurs lombaires et présentait une sciatologie droite depuis un an ; le traitement de la gonarthrose bilatérale et du syndrome lombo-radicaire était conservateur. Le Dr BF._____ a posé les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité d'alterner les positions, pas d'activité exercée principalement en marchant, ni impliquant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genou, impliquant des rotations en position assise ou debout ou de porter des charges. Il a par ailleurs fait état d'une capacité de concentration limitée en raison du traitement psychiatrique et d'une résistance limitée à cause de douleurs intermittentes. Il a indiqué que, dans l'activité habituelle de l'assurée, sa capacité de travail (raisonnablement exigible) était de 2 heures par jour et, dans une activité adaptée, de 8 heures par jour. Il a enfin relevé, en réponse à la question de savoir quel était son pronostic s'agissant du potentiel de réadaptation de l'assurée, que la capacité de travail de cette dernière sur un taux de 100 % était de 50 %, en précisant que sa maladie psychiatrique faisait obstacle à la réadaptation.

Selon un rapport du 30 avril 2021 à l'OAI, la Dre BG._____, spécialiste en chirurgie de la main, a opéré l'assurée du tunnel carpien gauche le 6 avril 2021 avec une évolution favorable. La Dre BG._____ a attesté une incapacité de travail de 100 % du 6 avril au 18 mai 2021 en lien avec cette opération et a estimé que sous cet angle, le pronostic s'agissant de la récupération de la capacité de travail était bon.

Dans un rapport du 3 mai 2021 à l'OAI, le Dr BD._____, consulté par l'assurée pour ses troubles à l'épaule gauche entre le 11 janvier et le 1^{er} mars 2021, a rappelé qu'elle présentait une gonarthrose bilatérale et un syndrome lombo-radicaire non déficitaire depuis le 19 octobre 2020, ainsi qu'une tendinopathie du supra-épineux de grade I et une arthrose acromio-claviculaire à l'épaule gauche depuis le 7 octobre 2020. Il exposait qu'à l'heure actuelle, les amplitudes articulaires de

l'épaule étaient limitées par la douleur. Le Dr BD. _____ a de plus attesté une incapacité de travail de l'assuré de 80 % du 1^{er} au 15 mars 2021, le pronostic s'agissant de sa capacité de travail sur un 100 % étant réservé. Comme limitations fonctionnelles, il a indiqué qu'une activité impliquant le travail au-dessus du plan scapulaire n'était pas possible et qu'il fallait également tenir compte de ses autres pathologies. Il a précisé que l'activité actuelle de sa patiente était du travail en cuisine.

Dans un nouveau rapport du 28 mai 2021 à l'OAI, le Dr M. _____ et la psychologue G. _____ ont posé les mêmes diagnostics et limitations fonctionnelles que dans leur rapport du 27 juillet 2020. Ils estimaient toujours que la capacité de travail de l'assurée, dans son activité habituelle de dame de compagnie, avec soins et gestion des médicaments, était nulle depuis le mois de février 2018 et que dans une activité adaptée, à savoir une activité de dame de compagnie sans soins ni gestion des médicaments, l'intéressée était capable d'entamer une mesure de réentraînement au travail. Ils ont ajouté qu'une reprise progressive d'activité jusqu'à 50 - 100 %, selon l'évolution, était possible. Ils ont indiqué que la situation restait stationnaire, l'assurée présentant toujours une fluctuation au niveau de sa thymie, ce qui entrainait dans le contexte de la labilité émotionnelle du trouble de la personnalité. Ils ont précisé qu'elle avait pu tenter de travailler comme aide de cuisine une à deux fois par semaine à raison d'une à deux heures à la suite et qu'un réentraînement au travail dans ce cadre était envisageable. Le cadre actuel, qui était bienveillant et sans trop de stress, permettait à l'assurée de se sentir à l'aise. Elle décrivait avoir parfois un manque de motivation et de concentration. Le traitement en cours était de la Venlafaxine (150 mg), qui avait permis une amélioration thymique, sans effet toutefois sur l'impulsivité et la labilité émotionnelle.

Dans un avis SMR du 7 juillet 2021, le Dr L. _____ a relevé ce qui suit :

« Sur le plan somatique, les genoux présentent une atteinte faible avec un retentissement clinique minime. Il existe des lombalgies anciennes qui ont récemment augmenté mais qui n'ont pas un impact fonctionnel important car non déficitaires. Le tunnel carpien gauche a été opéré et n'a jamais été durablement incapacitant. Concernant l'épaule gauche il existe des LF [note

réd.: limitations fonctionnelles], mais l'orthopédiste évoque une CTAA [note réd.: capacité de travail dans une activité adaptée] de 8h/j. Nous notons que la plupart des chirurgiens orthopédistes évoquent l'AH [activité habituelle] de cuisinière car l'assurée a repris partiellement une activité dans ce domaine. Les estimations ne sont pas toujours cohérentes (CTAA de 8h/j et de 50 %) mais au minimum existe une CTAA de 50 % dans un premier temps. Sur le plan psychique, il existe une nette amélioration qui permet de tenter des MR [note réd.: mesures de réadaptation] avec encore une CTAA peu claire de 50 à 100 %. Quoi qu'il en soit, elle est d'au moins 50 %. Nous interprétons l'ensemble des RM [note réd.: rapports médicaux] comme estimant une CTAA d'au moins 50 % mais avec une nécessité de reprise progressive.

En somme, nous admettons l'IT [incapacité de travail] de 100% pour des raisons psychiques puis somatiques depuis le 27.02.2018. Compte tenu des éléments médicaux en notre possession, nous estimons qu'un passage en REA [note réd. : réadaptation] est nécessaire afin d'évaluer la pertinence et la faisabilité de la mise en place de mesures de réadaptation.

En conclusion :

- L'IT est justifiée à 100 % depuis le 27.02.2018
- La CTAH comme dame de compagnie est nulle
- Etant donné les atteintes somatiques nous estimons que la reconversion comme aide en cuisine n'est pas indiquée
- La CTAA est d'au moins 50 % depuis fin mai 2021
- Les LF sont : pas de mouvements répétés de l'épaule gauche, pas de travail le bras gauche au-dessus de l'horizontale, pas de travail accroupi ou à genoux, de marche prolongée ou en terrain irrégulier, d'usage fréquents des escaliers, pas de mouvements répétés de torsion, flexion du tronc, de port de charges lourdes, fatigabilité, difficultés relationnelles, difficultés dans la gestion des émotions ».

Dans un rapport de consultation du 19 août 2021, le Dr BF._____ a posé le diagnostic de névrome de Morton au pied gauche sur la base d'une IRM réalisée le 16 juillet 2021.

Par communication du 5 novembre 2021, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure de soutien à la place de travail, sous la forme d'un entraînement progressif au travail, accompagné d'entretiens hebdomadaires avec une coach professionnelle, du 9 novembre 2021 au 28 février 2022, pour la soutenir dans son activité. La mesure aurait lieu à la BM._____ à R***, où l'assurée travaillait à 20 % depuis le mois de juin 2020. Le taux d'activité prévu était de deux heures par jour, quatre jours par semaine, l'objectif étant de l'augmenter selon les possibilités de l'assurée, avec pour but d'atteindre quatre heures par jour durant quatre jours par semaine. Ces mesures ont été prolongées jusqu'au 30 avril 2022 (communications de l'OAI du 15 mars 2022).

Il ressort d'un rapport du 5 mai 2022 de M. BN._____, spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI que, durant la mesure, l'assurée avait présenté des douleurs en augmentation qui étaient devenues de plus en plus insurmontables, ce qui avait provoqué une grande fatigue physique et émotionnelle. Depuis le passage à trois heures de travail par jour, l'assurée était restée enfermée dans sa chambre et dormait beaucoup. La coach professionnelle lui avait conseillé de prendre un rendez-vous à la clinique de la douleur. Vu ces éléments, M. BN._____ concluait que l'assurée n'était pas capable d'augmenter son taux d'activité qui était de 20 %. Aucune autre mesure de réadaptation n'était possible pour le moment vu la péjoration de l'état de santé physique et psychique de l'assurée.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, le Dr BP._____ a indiqué, dans un rapport du 23 juin 2022 que, depuis son dernier rapport du 3 mai 2021, il y avait une légère amélioration des mobilités articulaires au niveau de l'épaule gauche, le test de CB._____ étant tenu mais restant douloureux et le test de CC._____ étant impossible à réaliser en raison des douleurs. Il a rappelé que l'assurée souffrait d'une tendinopathie du supra-épineux de grade I, d'une arthrose acromio-claviculaire et d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne à l'épaule gauche, précisant qu'une arthro-IRM avait été réalisée le 13 juin 2022. L'assurée bénéficiait d'un traitement conservateur par physiothérapie avec une bonne compliance. Il précisait avoir attesté une incapacité de travail de 80 % du 31 janvier au 1^{er} mars 2022. Il n'y avait pas d'évolution significative de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dans un rapport à l'OAI du 14 juillet 2022, le Dr CD._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assurée, de dorso-lombalgies chroniques non spécifiques, de troubles dégénératifs lombaires débutants avec arthrose facettaire, de cervicalgies mécaniques, de gonarthrose bilatérale prédominante au compartiment fémoro-tibial interne, de scapulalgies gauches dans le cadre d'une tendinopathie

dégénérative de la coiffe des rotateurs, de métatarsalgies droites dans le cadre d'un névrome de Morton et de signes de surcharge de l'avant-pied avec une bursite inter-capito-métatarsienne des 2^e, 3^e et 4^e espaces. A titre de limitations fonctionnelles, il a mentionné que l'assurée ne supportait pas les positions statiques prolongées assise ou debout et que le port de charge était assez contraignant à partir de 5 - 10 kg. Il a indiqué que sa capacité de travail était de 20 % dans son activité habituelle d'aide de cuisine, depuis le 11 janvier 2022 (début du suivi par le Dr CD. _____). Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée, sa capacité de travail raisonnablement exigible était de 80 %.

Dans un rapport à l'OAI du 21 juillet 2022, le Dr M. _____ et la Dre CF. _____, médecin assistante, ont posé les mêmes diagnostics que dans le rapport du 28 mai 2021, ajoutant que des troubles cognitifs étaient en cours d'investigation chez l'assurée. La fluctuation au niveau thymique persistait, en lien avec le trouble de la personnalité émotionnellement labile. La capacité de travail dans l'activité habituelle de dame de compagnie avec soin et gestion de la médication restait de 0 % depuis le mois de février 2018. Les médecins estimaient que dans une activité adaptée de dame de compagnie, soit sans soin et sans gestion de la médication, de même que dans l'activité actuelle d'aide de cuisine, vu son cadre bienveillant et sans trop de stress, la capacité de travail de l'intéressée se situait entre 30 et 40 %. Ils précisaient que la capacité de travail dans une activité adaptée était plus faible que celle attestée dans leurs précédents rapports, en raison des troubles cognitifs d'apparition récente et progressive, en cours d'investigation. Les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles indiquées dans les précédents rapports du 27 juillet 2020 et du 28 mai 2021.

Il ressort d'une note d'entretien téléphonique du 26 août 2022 entre l'OAI et BM. _____ à R***, que l'assurée avait quitté son emploi auprès de cet établissement.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, l'assurée a annoncé, le 6 octobre 2022, qu'elle était suivie par le Dr CG. _____, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie et par la CJ._____, médecin praticienne et nouvelle médecin traitante. Elle a précisé qu'elle n'avait pas repris d'activité lucrative. Elle a joint à son envoi à l'OAI notamment une attestation du 15 août 2022 du Dr CG._____ et du psychologue CK._____ indiquant qu'ils la suivaient depuis le 2 juillet 2022. Ces derniers ont attesté, par certificats médicaux successifs, que l'assurée était inapte au placement du 1^{er} juillet au 31 octobre 2022.

Dans un rapport à l'OAI du 15 novembre 2022, la Dre CJ._____ a confirmé que sa patiente présentait des atteintes à la santé psychique et physique, rappelant à cet égard les diagnostics posés par les spécialistes consultés par l'intéressée. La CJ._____ a attesté une incapacité de travail de 100 % dans toutes activités en raison des multiples pathologies de l'assurée, depuis le 15 août 2022.

Par rapport du 26 février 2023 à l'OAI, le Dr CG._____ a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail de l'assurée, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30), depuis plusieurs années. Il a également diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis plusieurs années, sans effet sur la capacité de travail de l'intéressée. Le Dr CG._____ a relevé que la dégradation de l'état de santé de cette dernière était rapide. A l'heure actuelle, il y avait un tableau dépressif récurrent avec des crises de nerf, des passages à l'acte auto-agressifs, une perte totale de motivation, de repères et des douleurs diffuses dans tout le corps. Ce médecin avait également constaté chez l'assurée un état général morose, des problèmes d'estime de soi et de concentration, un état de santé physique et psychique fragile avec des angoisses, des troubles du sommeil et du comportement. Il relevait que, s'agissant des activités de la vie quotidienne, l'assurée était limitée par ses douleurs somatiques et avait des difficultés à se motiver. Le Dr CG._____ a par ailleurs fait état de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique, de limitations des fonctions cognitives et d'activités impossibles.

A la demande du SMR, le Dr CG._____ a répondu à des questions complémentaires le 11 avril 2023. Le Dr CG._____ a retenu la présence, chez l'assurée, des symptômes suivants : un état général morose, une perte de motivation, des idées suicidaires, une perte de confiance en soi, ainsi que des ruminations envahissantes avec des troubles du sommeil et de l'alimentation. Il a précisé que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique à un rythme bimensuel. Il a relevé une péjoration des symptômes dépressifs se traduisant par un laisser-aller par rapport aux tâches administratives et quotidiennes. Le Dr CG._____ a décrit une journée-type de l'assurée dans les termes suivants : « la patiente passe généralement ses journées chez elle. Elles sont rythmées par les rares sorties pour faire quelques commissions. Elle n'a aucune activité sociale ni de loisir. Les seuls liens sont avec ses deux enfants adultes ». Il a encore précisé qu'aucun bilan neuropsychologique n'avait été réalisé.

Dans un avis SMR du 9 mai 2023, le Dr L._____ a écrit ce qui suit :

« La CTAH comme dame de compagnie est reconnue nulle par l'ensemble des acteurs. Des mesures REA ont tenté d'exploiter la CTAA comme aide de cuisine mais sans pouvoir dépasser un taux de 20 %. Nous avons attiré l'attention de la REA sur le fait que cette activité ne respectait pas les LF et cet échec, qui n'est pas une surprise, n'est pas représentatif de la CTAA réelle. Depuis, l'état somatique est stable voire amélioré au niveau des épaules et le physiatre CD._____ atteste d'une CTAA de 80 %. Pour la psychiatrie Nord, la CTAA passe à 35 % en raison de l'apparition de troubles cognitifs. Ceux-ci n'ont pas eu de bilan contrairement à ce qui était prévu. Le nouveau psychiatre estime lui que l'état dépressif est sévère mais sans status et que les CTAA sont nulles sans qu'il soit mentionné une aggravation. En raison des incohérences et du manque d'éléments médicaux, nous demandons l'organisation d'une expertise bi-disciplinaire :

Expertise psychiatrique

Expertise rhumatologique ou orthopédique ou par médecin physiatre ».

Dans un rapport du 6 novembre 2023 à la CJ._____, le Dr CM._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin auprès du Centre orthopédique d'U***, a indiqué que l'assurée l'avait consulté en raison de douleurs aux deux épaules, à gauche plus qu'à droite, survenues à la suite de la reprise du travail quatre mois plus tôt. Il a rappelé le diagnostic de lésion partielle du tendon du supra-épineux à gauche (IRM de mai 2022). Il a exposé qu'une

nouvelle arthro-IRM de cette épaule avait été réalisée le 20 novembre 2023 par la Dre CN._____, spécialiste en radiologie. Dans son rapport du même jour au Dr CM._____, cette dernière a indiqué avoir effectué un bilan évolutif de la déchirure partielle du tendon supra-épineux. Elle a conclu à une globale stabilité de la déchirure partielle de la face profonde et distale du tendon du supra-épineux d'environ 20 %, à une stabilité de la bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée, à une stabilité de la petite déchirure du labrum antéro-supérieure sans lésion labrale de type SLAP et à une petite poussée congestive acromio-claviculaire en légère augmentation.

Dans un rapport du 13 novembre 2023 à la CJ._____, le Dr CP._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin auprès du Centre orthopédique d'U***, a signalé qu'il avait effectué une infiltration aux deux genoux de l'assurée, après avoir exposé que l'évolution était stagnante. Il avait également effectué des rayons X des deux genoux et diagnostiqué une gonarthrose fémoro-tibiale médiale bilatérale sur un morphotype en genou varum, ainsi qu'une probable lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne, stable.

Des IRM des deux genoux ont été réalisées le 20 décembre 2023 par la Dre BG._____, spécialiste en radiologie, qui a conclu, dans son rapport du même jour adressé au Dr CP._____ :

- pour le genou gauche : à un amincissement de grade II intéressant les deux faces cartilagineuses compartimentales internes avec un remaniement kystique sur le versant antérieur de la racine antérieure du ménisque externe ;
- pour le genou droit : à un amincissement compartimental interne de grade IV pour le plateau tibial avec un remaniement dégénératif marqué du ménisque et subluxé, à un remaniement géodique fémoro-patellaire prédominant au niveau de la crête de la patella sur la portion haute et à un épanchement intra-articulaire d'importance modérée.

b) A la demande de l'OAI, une expertise bidisciplinaire a été réalisée par les Drs DB._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et DC._____, spécialiste en rhumatologie, du centre N._____ Sàrl (ci-après : J._____). Le Dr DF._____ a examiné l'assurée le 1^{er} décembre 2023 et le Dr DC._____, le 7 décembre 2023. Les experts ont rendu leur rapport le 4 janvier 2024.

Au plan physique, le Dr DC._____ a posé les diagnostics de status post lombalgies chronique sur discopathie L4-L5-S5-S1, de gonarthrose bilatérale débutante fémoro-tibiale interne, de status post névrome du pied gauche non retrouvé et de conflit sous acromial sur tendinopathie de l'épaule gauche persistante. Il a retenu des limitations fonctionnelles en ce sens qu'il fallait éviter de surcharger le rachis lombaire, éviter les mouvements de flexion-extension et de torsion, éviter de porter des charges de plus de 5 kg avec les deux membres supérieurs, de travailler les bras au-dessus de l'horizontal du membre supérieur gauche, de monter et descendre des échelles ou des échafaudages et enfin éviter la position agenouillée. Le Dr DC._____ a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'aide-soignante était de 0 % depuis 2016. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sus-décrites, le temps de présence maximal possible pour l'intéressée était de sept heures par jour, étant précisé que sa performance serait limitée de 20 % pour un tel temps de présence, en raison de l'atteinte dégénérative multiple persistante, notamment à l'épaule et aux deux genoux. Il a encore indiqué que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 80 %. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail dans le temps, le Dr DC._____ a attesté une capacité de travail de 80 % depuis toujours, en dehors des poussées congestives arthrosiques des genoux justifiant un arrêt de travail d'une à trois semaines, et des douleurs à l'épaule qui pouvaient fonder des arrêts de travail variables d'un à trois mois. La réduction de la capacité de travail de 20 % était due à l'atteinte dégénérative multiple persistante, notamment à l'épaule et aux deux genoux.

Au plan psychiatrique, le Dr DF._____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger à moyen, F32.1, en raison de la présence chez l'assurée d'une inflexion thymique constante, d'une asthénie et d'une réduction de la capacité hédonique. Il a précisé qu'il n'y avait pas d'atteinte cérébro-organique, l'assurée n'étant pas confuse et maintenant un focus d'attention efficace durant l'heure d'entretien. Il a retenu que l'assurée ne présentait pas de trouble spécifique F60 de la personnalité, exposant à cet égard qu'elle avait correctement fonctionné jusqu'aux faits en cours à ce jour, qu'elle n'était pas porteuse d'un éventuel trouble spécifique de la personnalité F60, qu'elle interagissait de manière adéquate avec l'expert, qu'il n'y avait ni labilité émotionnelle, ni immaturité affective, ni distance relationnelle problématique, ni fonctionnement en « tout ou rien » et qu'elle était légèrement démonstrative, sans histrionisme cependant.

Sous l'angle de la cohérence et de la plausibilité, le Dr DF._____ a relevé qu'il n'y avait pas de limitation uniforme des activités chez l'assurée, étant donné qu'elle soutenait partiellement les tâches de rangement et de courses, pouvait préparer un repas frugal et parvenait à partir en vacances. Les doléances somatiques de l'intéressée apparaissaient cohérentes et plausibles car elle n'était pas histrionique, quoique légèrement démonstrative. Il a en outre exposé ce qui suit :

« Les résultats de notre examen, à savoir un épisode dépressif léger à moyen, sont faiblement valides et compréhensibles chez une assurée qui mentionnera plusieurs fois : "ça veut dire quoi ?".

Maintes fois l'assurée répondra aux questions usuelles posées en pratique expertale "ça veut dire quoi ?".

Interrogée quant à la raison d'une renonciation à une aide de mesures d'interprétariat, l'assurée ne répondra pas ».

Sous l'angle de l'évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence, des facteurs pesants et des ressources, le Dr DF._____ a noté ce qui suit :

« - Madame rapporte des traumatismes notamment sexuels de l'anamnèse infanto-juvénile.

Madame a correctement fonctionné jusqu'aux faits en cours aujourd'hui. Elle n'est pas porteuse d'un éventuel trouble spécifique F 60 de la personnalité.

- Madame détient des ressources.

Ces dernières s'explorent selon la CIF :

L'assurée s'adapte aux règles et aux routines.

Elle est capable de respecter des règles, de venir à des rendez-vous comme convenu. Elle a peiné à s'intégrer dans l'actuel processus organisationnel.

Madame planifie et structure des tâches.

Elle soutient les tâches de courses légères. Elle participe ponctuellement à celles de rangement. Elle est étayée par autrui pour ce faire.

Madame détient flexibilité et capacité d'adaptation.

Elle est capable d'adapter son comportement, sa réflexion et son vécu à des situations changeantes.

Madame sait faire usage de compétences spécifiques.

Elle est capable d'utiliser des connaissances professionnelles mais aussi de la vie selon les attentes des rôles à jouer.

Cette assurée qui n'est pas psychotique est capable de jugement et de prise de décisions.

Madame est capable de percevoir les faits de façon différenciée et en fonction du contexte, elle est capable d'en tirer les conclusions appropriées.

La capacité d'endurance de cette assurée qui apparaît hyposthénique le jour de notre travail n'est cependant pas amoindrie au motif psychiatrique au long cours.

L'assurée apparaît capable de persévérer suffisamment longtemps et pendant le temps habituellement exigé dans une activité professionnelle ou autre en maintenant un niveau de rendement continu.

L'assurée détient sa capacité de s'affirmer.

Elle a su divorcer et se séparer d'un second mari.

Madame est capable de défendre ses convictions sans violer des normes sociales.

Le sens du contact envers des tiers est efficient chez une assurée capable d'entrer aisément et de manière informelle en contact avec l'expert psychiatre et avec autrui.

Madame est capable d'évoluer au sein d'un groupe.

Elle est capable d'en intégrer un, d'en discerner les règles et de s'y adapter.

L'assurée a longtemps appartenu à une équipe de travail.

Madame a des relations proches.

Elle est capable de donner et de recevoir un soutien affectif significatif notamment à ses proches.

L'assurée ne relate pas d'activité spontanée.

Elle serait cependant, au motif psychiatrique, capable d'avoir des comportements spontanés en dehors d'éventuelles obligations professionnelles ou sociales.

L'hygiène et les soins corporels sont sans particularité chez une assurée qui n'est pas incurique.

Madame apparaît capable de s'occuper d'elle et de se soigner.

Madame détient sa capacité de déplacement.

Elle est capable d'aller à différents endroits, respectivement se confronter à différentes situations en étant véhiculée par autrui ou en utilisant différents moyens de transport tels que le bateau par exemple.

- Madame ne rencontre pas de difficultés particulières dans son environnement social ».

L'expert DF. _____ a attesté une capacité de travail de 100 %, tant dans l'activité habituelle d'aide-soignante que dans une activité adaptée. Il a relevé qu'il n'y avait pas besoin de recourir à une activité professionnelle adaptée pour des motifs psychiatriques et qu'il n'y avait ni limitations fonctionnelles ni diminution de rendement. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail, il a estimé qu'elle était entière depuis toujours et que l'évolution était celle d'un épisode dépressif léger dont le pronostic était excellent.

D'un point de vue interdisciplinaire, les experts ont exposé que la capacité de travail de l'assurée était de 0 % dans son activité habituelle depuis 2016 pour des motifs rhumatologiques. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques, sa capacité de travail était de 80 % depuis toujours, en dehors des poussées congestives arthrosiques aux genoux, lesquelles justifiaient un arrêt de travail d'une à trois semaines, et des douleurs au niveau de l'épaule pouvant fonder un arrêt de travail variable d'un à trois mois. Ils ont précisé que la diminution de 20 % de la capacité de travail dans une activité adaptée était due à l'atteinte dégénérative multiple persistante, notamment à l'épaule et aux deux genoux.

Dans un avis SMR du 10 janvier 2024, le Dr L. _____ a noté que l'expertise du 4 janvier 2024 était globalement claire et convaincante de sorte que ses conclusions devaient être suivies. Il a relevé que la date de recouvrement d'une capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée n'était pas précisée, et qu'il y avait lieu de l'admettre à 50 % en mai 2021 et à 80 % à la date du rapport du Dr CD. _____ du 14 juillet 2022. En définitive, le Dr L. _____ a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle depuis 2016, et que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles

physiques telles que fixées dans l'expertise, son incapacité de travail était de 100 % de 2016 à avril 2021, de 50 % de mai 2021 à juin 2022 et de 20% depuis juillet 2022.

c) Par projet de décision du 6 février 2024, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2019 au 31 juillet 2021, puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} août 2021 au 30 septembre 2022.

Le 11 juillet 2024, l'assurée, représentée par DJ._____, a fait parvenir à l'OAI de nouveaux rapports d'IRM du 4 juillet 2024 de son rachis cervical, et du 8 juillet 2024 de son rachis lombo-sacré, rédigés par la Dre CN._____, spécialiste en radiologie, adressés au Dr CP._____. Dans le rapport du 4 juillet 2024, la Dre CN._____ a conclu à la présence d'une discopathie dégénérative modérée de C3-C4 à C6-C7 avec un petit œdème osseux en miroir des plateaux vertébraux en C6-C7, de bombements discaux circonférentiels modérés de C3-C4 à C5-C6 avec de petites protrusions discales médianes prédominant en C5-C6 mais sans hernie discale, d'un rétrécissement canalaire C4-C5 débutant et C5-C6 modéré sans myélopathie, d'un rétrécissement foraminaux C5-C6 bilatéral important et C6-C7 bilatéral modéré. Il a signalé qu'il n'y avait ni arthrose postérieure ni poussée congestive.

Dans le rapport d'IRM du 8 juillet 2024, la Dre CN._____ a signalé l'existence d'une discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1 modérée avec bombement discal circonférentiel L4-L5 modéré et L5-S1 débutant mais sans hernie discale, d'une arthrose postérieure L4-L5 bilatérale importante avec un antélisthesis de grade I de L4 et des poussées congestives bilatérales importantes, d'une arthrose postérieure L2-L3 bilatérale débutante avec des petites poussées congestives, d'une arthrose postérieure L3-L4 et L5-S1 bilatérale modérées avec des poussées congestives modérées en L3-L4 bilatéral et L5-S1 et d'une petite poussée congestive en L5-S1 droit. Elle a précisé qu'il n'y avait pas de rétrécissement canalaire ou foraminaux.

L'assurée, toujours par l'intermédiaire de DJ._____, a également fait parvenir à l'OAI un rapport de la Dre CJ._____ du 19 juillet 2024, selon laquelle l'assurée présentait un état clinique stationnaire avec aggravation à la suite des douleurs articulaires généralisées. L'intéressée présentait aussi des lombalgies et des sciatalgies L5 à droite, de l'arthrose L3-L4-L5 et S1, de l'hypertension artérielle, un diabète 2 inaugural, une hypothyroïdie, des troubles anxio-dépressifs, un déficit en fer et de multiples allergies. La CJ._____ a par ailleurs signalé qu'il y avait une masse pelvienne de 12 cm devant être investiguée en septembre 2024 par un gynécologue. Elle estimait la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à 10 heures par mois au maximum.

Dans un courrier du 14 août 2024, l'OAI a répondu à DJ._____ qu'elle ne pouvait pas prendre en compte ses courriers d'information en l'absence d'une déclaration écrite de l'assurée l'autorisant à le faire et que, quoi qu'il en était, le projet de décision ayant été rendu le 6 février 2024, de sorte que l'instruction du dossier était terminée.

Par courrier du 15 août 2024, DJ._____ a informé l'OAI qu'il ne représentait plus l'assurée.

Dans une décision du 24 septembre 2024, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2019 au 31 juillet 2021, puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} août 2021 au 30 septembre 2022.

B. Par acte du 25 octobre 2024, F._____, désormais représentée par Me Olga Collados Andrade, avocate, recourt contre la décision du 24 septembre 2024 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2019, après que soit constatée une incapacité totale de travail dès 2016, subsidiairement à la mise en oeuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et, plus subsidiairement, au renvoi de

son dossier à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. La recourante critique l'expertise du 4 janvier 2024, estimant peu crédible la conclusion de l'expert psychiatre selon laquelle elle dispose d'une capacité de travail de 100 % depuis toujours ; elle oppose à cette appréciation qu'elle s'est retrouvée dans des états dépressifs importants et qu'elle a fait des tentatives de suicide. Elle relève en outre que le Dr M._____ avait signalé, dans son rapport du 21 juillet 2022, qu'elle présentait un risque de passage à l'acte auto-agressif. Au plan physique, la recourante se prévaut d'une péjoration de son état de santé en se fondant sur les rapports des IRM des 4 et 8 juillet 2024. Elle critique enfin la capacité de travail de 80 % fixée par l'expert au plan physique, estimant qu'un tel taux est irréaliste, étant donné que lors de la mesure de réadaptation, elle n'avait pas réussi à travailler plus de deux heures par jour.

Dans sa réponse du 2 décembre 2024, l'OAI conclut au rejet du recours, considérant que l'expertise du 4 janvier 2024 est pleinement probante, se référant au surplus à un avis médical SMR du 13 novembre 2024 qu'il produit. Dans cet avis, le SMR relève que les IRM du mois de janvier 2024 mettent en évidence une gonarthrose bilatérale qui avait déjà été prise en compte par les experts et reconnue comme incapacitante ainsi que des lésions à l'épaule déjà connues comme stables. Au sujet du rapport de la Dre CJ._____ du 19 juillet 2024, il indique ne pas comprendre la notion de stabilité avec aggravation, mais surtout que cette médecin ne fournit aucun élément médical (anamnèse ou status) attestant une aggravation par rapport à l'expertise du 4 janvier 2024 ; il en déduit que l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée par la CJ._____ à 10 heures par mois est une évaluation différente d'un même état de fait.

Par réplique du 10 février 2025, la recourante fait valoir qu'il ressort des rapports qu'elle a produits que son état de santé physique et psychique s'est péjoré durant l'année 2024 et réitère en conséquence sa demande de mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Elle produit par ailleurs un nouveau rapport médical du 8 janvier 2025 du

Dr CG._____ et du psychologue CK._____, lesquels font état d'une péjoration de ses symptômes dépressifs, se traduisant par un laisser-aller dans les tâches quotidiennes et le suivi des tâches administratives. Ils ajoutent que l'assurée se repose entièrement sur sa fille pour accomplir ces tâches, qu'elle passe généralement ses journées chez elle, celles-ci étant rythmées par de rares sorties pour faire quelques commissions. Ils relèvent qu'elle n'a aucune activité sociale ni loisir et qu'elle a uniquement des liens avec ses enfants adultes. Le Dr CG._____ et le psychologue CK._____ exposent en outre ce qui suit :

« Son état de santé psychologique présente une fragilité, une dépression en lien avec son parcours de vie. Elle décrit une tentative d'agression sexuelle dans l'enfance qui l'a traumatisée. A l'âge adulte, elle a vécu premier divorce du père de ses enfants, qui a été conflictuel, durant lequel elle a été victime de violences conjugales. Le même scénario s'est répété avec son second mari, duquel elle a dû se séparer. Le conflit avec son employeur a aggravé son état de fragilité.

Elle présente un état général morose, perte de motivation, des idées suicidaires, perte de confiance en elle, des ruminations envahissantes avec des troubles du sommeil et de l'alimentation, et des symptômes somatiques chroniques qui l'obligent à consulter régulièrement son médecin généraliste. A cause de son état de santé fragile, la patiente n'est plus en mesure d'exercer une activité professionnelle ».

Le Dr CG._____ et le psychologue CK._____ posent les diagnostics suivants :

- Trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, F 33.2.
- Personnalité émotionnellement labile type impulsif, F60.30.
- Syndrome douloureux somatoforme persistant, F45.4.

Ces spécialistes relèvent enfin que l'état de santé physique et psychologique de l'assurée est sérieux et nécessite une prise en charge médicale et psychothérapeutique dans la durée, ajoutant qu'elle présente une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle.

Dans sa duplique du 3 mars 2025, l'OAI confirme ses conclusions, s'appuyant sur un nouveau rapport du SMR du 19 février 2025, selon lequel le rapport médical du Dr CG._____ et du psychologue CK._____ décrit une situation superposable à celle ressortant de leur rapport du 26 février 2023, de sorte qu'il ne comprend pas pourquoi ces

spécialistes parlent d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée. Le SMR relève que l'expertise du 4 janvier 2024 a déjà pris en compte les éléments mis en évidence par ces derniers. Il ajoute que le Dr CG. _____ et le psychologue CK. _____ ne décrivent pas un status permettant de retenir un épisode dépressif sévère, car ils n'ont pas exploré l'ensemble des critères majeurs et mineurs de la dépression. Quant à l'intervention gynécologique rapportée, le SMR est d'avis que s'il y a une pathologie sur cet axe, elle est postérieure à la décision attaquée.

Par courrier du 7 novembre 2025, l'assurée produit, par l'intermédiaire de son avocate, son dossier médical auprès du CHUV, dont il ressort notamment qu'elle a été adressée par les Etablissements Hospitaliers du Z*** au centre de psychiatrie du Z***, pour une évaluation psychiatrique, en raison d'une intoxication médicamenteuse par DK. _____ le 31 décembre 2024. Par ailleurs, dans un rapport du 3 juin 2025, les Drs DL. _____ et DM. _____, médecins auprès du Département de psychiatrie du CHUV (secteur Z***), exposent que l'intéressée a été hospitalisée dans ce service du 17 avril au 24 avril 2025 pour mise à l'abri en raison d'idées suicidaires. Les médecins susnommés diagnostiquent un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

b) aa) 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.

bb) En l'occurrence, le début du droit éventuel à une rente d'invalidité se situe un an après le début de l'incapacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle d'aide à domicile (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), mais au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de prestations du 27 février 2019 (cf. art. 29 al. 1 LAI). Le début du droit éventuel à la rente se situe ainsi le 1^{er} août 2019 (cf. art. 29 al. 3 LAI), de sorte que c'est le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui est applicable pour la rente entière allouée du 1^{er} septembre 2019 au 31 juillet 2021, de même que, le cas échéant, pour la demi-rente allouée du 1^{er} août 2021 au 30 septembre 2022 (cf. TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

3. 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) La personne assurée a droit à une rente d'invalidité si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, 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 LAI).

c) Afin d'évaluer le taux d'invalidité, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas atteinte dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée d'elle 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]).

d) 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal

de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire ou d'une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire ou d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

e) aa) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques – telles le trouble somatoforme douloureux et la fibromyalgie – 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).

bb) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Cela suppose que le diagnostic soit justifié au regard d'un système de classification des maladies reconnu (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ;

130 V 396 consid. 5.3 et 6) et que ses éléments spécifiques soient réunis et documentés. L'expert est tenu de décrire au moins brièvement quels éléments du diagnostic sont présents chez l'assuré, de même que de donner des indications quant à l'intensité selon laquelle ceux-ci se manifestent concrètement (TF 9C_725/2018 du 6 mars 2019 consid. 5.3.1 ; voir Nicolas Reding, Les atteintes non objectivables, notion, reconnaissance et indemnisation en droit des assurances sociales, thèse, Berne 2024, n^{os} 415 et 426).

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

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré

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

dd) On précisera enfin que pour le Tribunal fédéral, rien ne s'oppose en principe à ce que la Mini CIF-APP – qui est un outil permettant de mesurer et de quantifier les limitations d'activités et de participation liées au troubles psychiques – soit employée lors de l'évaluation de la capacité de travail d'un assuré souffrant d'un trouble psychiatrique (TF 8C_398/2014 du 28 octobre 2014 consid. 4.3.2). Il s'agit d'un outil complémentaire qui peut permettre d'assurer un minimum d'uniformité et de comparabilité dans l'évaluation des conséquences de telles affections (TF 9C_157/2019 du 28 octobre 2019 consid. 4.3) et qui s'intègre à l'examen de la capacité de travail sur la base des exigences découlant de l'ATF 141 V 281 (Gabriela Riemer-Kafka, Expertises en médecine des assurances : guide médico-juridique interdisciplinaire, 3^e édition, Berne 2018, p. 164 ss). Les informations recueillies par le biais de la Mini CIF-APP quant à l'existence ou non de limitations dans les treize aptitudes de l'outil

d'évaluation s'incorporent de la sorte à l'analyse des différents indicateurs. Tel est surtout le cas pour le complexe du « contexte social » et celui de la « personnalité », ainsi que dans l'examen de l'indicateur de la « limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie » (Nicolas Reding, Les atteintes non objectivables. Notion, reconnaissance et indemnisation en droit des assurances sociales, thèse, Lausanne 2024, n° 702 et les références).

f) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

g) Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

h) 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).

4. En l'occurrence, il y a lieu, dans un premier temps, d'examiner la valeur probante des pièces médicales du dossier, en particulier du rapport d'expertise du 4 janvier 2024 du J._____ sur lequel s'est notamment fondé l'OAI pour rendre la décision litigieuse. La recourante critique les conclusions des experts relative à l'évaluation de sa capacité de travail et oppose l'appréciation de ses médecins traitants (psychiatres et médecins somaticiens).

a) Au plan psychiatrique, l'expert DF._____ a retenu la présence d'un épisode dépressif léger à moyen (F32.1). Il n'a pas diagnostiqué de trouble spécifique de la personnalité de type F60 selon la Classification internationale des maladies. S'agissant de la capacité de travail de l'intéressée, il a indiqué qu'elle était de 100 % depuis toujours dans son activité habituelle d'aide-soignante, comme dans une activité adaptée, précisant qu'il n'y avait pas besoin de recourir à une activité professionnelle adaptée et qu'il n'y avait ni limitations fonctionnelles ni diminution de rendement, l'évolution étant celle d'un épisode dépressif léger dont le pronostic était excellent.

D'emblée, il convient de relever que les conclusions de l'expert DF._____ sont peu convaincantes et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'expert psychiatre a lui-même indiqué que les résultats de son examen, qui l'amenaient à diagnostiquer un épisode dépressif léger à moyen, étaient faiblement valides et compréhensibles chez une assurée qui avait mentionné à plusieurs reprises ne pas comprendre ses questions.

L'expert a ajouté que la compréhension linguistique de l'assurée était mauvaise ; il ressort même de l'expertise qu'il s'est interrogé quant à la nécessité de la présence d'un interprète (p. 41 de l'expertise). L'expert a encore noté que l'assurée avait répondu à de nombreuses questions par "ça veut dire quoi?" (cf. pp. 34, 35, 40, 41 de l'expertise), en particulier durant la discussion qui avait pour but de réaliser l'anamnèse psychiatrique systématique (pp. 34 et 35 de l'expertise). Or, un tel entretien avec la personne examinée constitue une base importante pour poser un diagnostic psychiatrique, de sorte que l'on doit s'attendre à ce que l'expert et la personne examinées se soient bien compris, ce qui est fortement douteux en l'espèce. Dans de telles circonstances, il appartenait à l'expert de convoquer l'assurée pour un nouvel entretien en présence d'un interprète.

A cela s'ajoute que l'expert DF._____ n'a pas expliqué pourquoi il s'écartait des diagnostics posés par les psychiatres traitants de l'assurée avec lesquels il n'a au demeurant pas pris contact. Or, ceux-ci ont posé des diagnostics différents de l'expert psychiatre et ont retenu des limitations fonctionnelles au plan psychiatrique, qui suggèrent une atteinte à la santé plus sévère que celle retenue par l'expert. Ainsi, on rappellera que dans leurs rapports successifs à l'OAI, les psychiatres traitants de l'assurée du CHUV ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31 ; rapport du 24 septembre 2019 de la Dre K._____ et de la psychologue G._____). A l'appui de ce dernier diagnostic, la Dre K._____ et la psychologue G._____ ont exposé qu'après plusieurs mois de suivi, elles avaient observé chez l'assurée des tendances à l'impulsivité et une difficulté dans la gestion des émotions avec des risques de passage à l'acte auto-agressifs impulsifs. Ces spécialistes ont posé des limitations fonctionnelles en lien avec les diagnostics retenus, à savoir : des difficultés de sommeil et de la fatigue diurne pouvant influencer la capacité de l'assurée à s'investir dans une activité et causer des difficultés pour le maintien d'horaires ; un risque de fatigabilité accrue et de diminution de rendement ; une labilité de l'humeur pouvant influencer la collaboration de l'assurée avec ses collègues et les bénéficiaires des soins et une

impulsivité importante pouvant déborder dans le cadre relationnel ainsi qu'avec les figures d'autorité ; une hypersensibilité au stress pouvant la conduire à des passages à l'acte auto-agressif, également en lien avec l'impulsivité et les difficultés à gérer la frustration ; des capacités de concentration et d'organisation limitées en lien avec les difficultés de sommeil et une capacité d'adaptation limitée en raison du trouble de la personnalité. La Dre K._____ et la psychologue G._____ ne se sont pas prononcées de manière inconditionnelle sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ces limitations, relevant seulement qu'après stabilisation clinique, une capacité de travail de 100 % pouvait être espérée, si le cadre de travail était bienveillant et hypostimulant. Par la suite, le Dr M._____ et la psychologue G._____ ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, en voie de rémission (F32.1) et celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31 ; voir les rapports des 27 juillet 2020 et 28 mai 2021 du Dr M._____ et de la psychologue G._____). Il ressort de ces deux derniers rapports, que s'il y avait une amélioration thymique par rapport à la situation antérieure, la thymie de l'assurée restait fluctuante avec certains jours une anhédonie, une asthénie et une perte de dynamisme, et d'autres jours où elle pouvait se mobiliser. Le Dr M._____ et la psychologue G._____ ont expliqué que ces variations de l'humeur entraînent dans le contexte du trouble de la personnalité émotionnellement labile. Il faut encore relever que dans leur rapport du 27 juillet 2020, ces spécialistes ont indiqué que l'assurée présentait des idées suicidaires, actives, scénarisées et fluctuantes et ont relevé plusieurs passages à l'acte impulsifs avec ingestion de médicaments, sans conséquences graves. Le Dr M._____ et la psychologue G._____ ne se sont pas non plus prononcés de manière inconditionnelle sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, indiquant seulement que dans une telle activité, comme celle de dame de compagnie sans soins ni gestion des médicaments, une reprise progressive d'activité jusqu'à 50 - 100 %, selon l'évolution, était possible. L'expert DF._____ n'a pas expliqué pourquoi les éléments ainsi mis en évidence par les psychiatres traitants du CHUV au plan diagnostique et des limitations fonctionnelles étaient dénués de pertinence. Il n'a pas plus tenté d'expliquer pour quels motifs

les diagnostics posés par la suite par le Dr CG._____ et le psychologue CK._____ dans leurs rapports des 26 février et 11 avril 2023, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2) et une personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30), ne pouvaient pas être retenus. Or, ces derniers spécialistes ont décrit la présence, chez l'assurée, d'un tableau dépressif récurrent avec des crises de nerf, des passages à l'acte auto-agressifs, une perte totale de motivation et de repères, des douleurs diffuses dans tout le corps, un état général morose, des problèmes d'estime de soi et de concentration, un état de santé physique et psychique fragile avec des angoisses, des troubles du sommeil et du comportement (rapport du 26 février 2023), ainsi que des idées suicidaires, une perte de confiance en soi et des ruminations envahissantes avec troubles du sommeil et de l'alimentation (rapport du 11 avril 2023). On relèvera en particulier que l'expert DF._____ a mentionné dans l'expertise que l'assurée avait été « hospitalisée en milieu psychiatriques au décours d'une surcharge médicamenteuse volontaire », mais n'a pas plus questionné l'assurée à ce sujet, ni exposé en quoi ce passage à l'acte et les idées suicidaires attestées par les psychiatres traitants étaient sans pertinence pour sa propre évaluation diagnostique et en particulier n'étaient pas signe d'une atteinte d'une certaine gravité, à tout le moins temporairement. L'expert DF._____ n'a pas plus pris position, sur l'ensemble des éléments anamnestiques ressortant du rapport du Dr CG._____ et du psychologue CK._____, selon lesquels l'assurée présentait une fragilité et une dépression en lien avec son parcours de vie, ayant vécu une tentative d'agression sexuelle durant l'enfance qui l'avait traumatisée et ayant été victime de violences conjugales avec son premier et son second mari, à quoi s'ajoutait un conflit de travail qui l'avait fragilisée (rapport du 11 avril 2023). L'expert a en effet uniquement relevé que l'assurée avait rapporté « un milieu d'origine ponctué de traumatismes de l'anamnèse infanto-juvénile » et qu'elle avait « cependant correctement fonctionné jusqu'aux faits en cause aujourd'hui ».

S'agissant de l'évolution de la capacité de travail de l'assurée au plan psychiatrique depuis le dépôt de sa demande de prestations le 27

février 2019, l'expert DF._____ a indiqué qu'elle était « de 100 % depuis toujours » (expertise p. 52, cf. aussi p. 53). Vu ce qui précède, force est de constater qu'une telle appréciation n'est pas fondée sur une anamnèse complète et une discussion étayée des éléments diagnostiques ressortant du dossier de l'assurée. Or, dans le questionnaire de l'OAI relatif à la structure de l'expertise (pièce 111 du dossier), il est expressément requis que l'expert se prononce par rapport aux évaluations antérieures, y compris celles ayant abouti à des conclusions différentes et qu'il y ait une discussion sur les diagnostics différentiels (p. 4 du questionnaire, point 6.3). En l'occurrence, l'appréciation de l'expert DF._____ apparaît essentiellement fondée sur ses constatations au moment de son examen clinique, ce qui la rend incomplète et ne permet pas de lui accorder une valeur probante suffisante, d'autant plus que comme déjà mentionné plus haut, l'expert a relevé que les résultats de son examen clinique étaient faiblement valides et compréhensibles en raison des difficultés, pour l'assurée, de comprendre ses questions.

On relèvera encore que l'expert s'est fondé sur la Mini CIF-APP pour évaluer les ressources et la capacité de travail de l'intéressée. Si l'utilisation de cet outil est en soi conforme à la jurisprudence fédérale (cf. ci-dessus consid. 3 e/dd), l'analyse à laquelle a procédé l'expert DF._____ en l'occurrence est très succincte et peu circonstanciée, ne permettant dès lors pas de se faire une représentation concrète des capacités de la recourante.

Enfin, il faut relever que postérieurement à l'expertise, l'assurée a été adressée par les Etablissements Hospitaliers du Z*** au centre de psychiatrie du Z***, pour une évaluation psychiatrique en raison d'une intoxication médicamenteuse par DK._____ le 31 décembre 2024. Il ressort par ailleurs d'un rapport du 3 juin 2025, des Drs DL._____ et DM._____, médecins auprès du Département de psychiatrie du CHUV (secteur Z***), que l'intéressée a été hospitalisée dans ce service du 17 avril au 24 avril 2025 pour mise à l'abri en raison d'idées suicidaires. Les médecins susnommés ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Ces éléments tendent

aussi à démontrer que l'atteinte à la santé psychiatrique que présente l'assurée depuis 2019 est fluctuante et d'une certaine gravité, ce qui va à l'encontre des conclusions du Dr DF._____.

b) Concernant l'état de santé de la recourante au plan physique, l'expert DC._____ a posé les diagnostics de status post lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5-S5-S1, de gonarthrose bilatérale débutante fémoro-tibiale interne et de conflit sous-acromial sur tendinopathie de l'épaule gauche persistante. Il a encore signalé un status post névrome du pied gauche non retrouvé. Pour poser ces diagnostics, l'expert s'est fondé sur le dossier de l'assurée au moment de la réalisation de l'expertise, dont il a résumé les pièces (pp. 6 ss du rapport d'expertise). Il a réalisé un examen clinique de l'assurée, dont il a précisément décrit les résultats (pp. 24 à 28), puis les a évalués sous l'angle de la capacité de travail de l'intéressée (pp. 29 et 32-33). A cet égard, il a retenu des limitations fonctionnelles qui apparaissent cohérentes avec les atteintes à la santé physiques que présente l'assurée à ses genoux, à son épaule gauche et au dos. Pour rappel, ces limitations fonctionnelles sont les suivantes (p. 32 du rapport d'expertise) : éviter de surcharger le rachis lombaire en évitant les mouvements de flexion-extension et de torsion ; éviter de porter des charges de plus de 5 kg avec les deux membres supérieurs ; éviter de travailler les bras au-dessus de l'horizontal du membre supérieur gauche ; éviter de monter et descendre des échelles ou des échafaudages ; éviter les positions agenouillées. L'expert DC._____ a retenu que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'aide-soignante était de 0 % depuis 2016, cette dernière activité n'étant plus adaptée en raison de ses limitations fonctionnelles, ce qui est convaincant. Cette évaluation est d'ailleurs partagée par la Dre B._____ laquelle a indiqué dans son rapport du 17 juillet 2019 que cette activité n'était plus raisonnablement exigible de la part de l'assurée. L'expert DC._____ a par ailleurs estimé que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sus-décrites, le temps de présence maximal de l'assurée au travail était de sept heures par jour (soit un taux d'activité de 80%), avec une limitation de performance de 20 % pour un tel temps de présence, en raison de l'atteinte dégénérative multiple persistante,

notamment de l'épaule et des deux genoux. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le Dr DC._____ a évalué la capacité de travail à 80 % depuis toujours, en dehors des poussées congestives arthrosiques des genoux qui justifiaient un arrêt de travail d'une à trois semaines, et des douleurs à l'épaule qui pouvaient justifier des arrêts de travail variable d'un à trois mois.

L'évaluation résumée ci-dessus à laquelle a procédé le Dr DC._____ apparaît claire et bien motivée, vu les pièces dont il disposait au moment de la réalisation de l'expertise. Toutefois, l'analyse de la situation au plan physique réalisée par l'OAI n'est pas complète. En effet, de nouvelles IRM ont été effectuées et versées au dossier de la recourante avant que l'OAI ne rende sa décision du 24 septembre 2024, dont il fallait tenir compte dans le cadre de l'évaluation médicale (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1). En effet, à la lecture des rapports d'IRM concernés (IRM de l'épaule gauche du 20 novembre 2023 ; IRM des deux genoux du 20 décembre 2023 ; IRM du rachis cervical du 4 juillet 2024 et IRM du 8 juillet 2024 du rachis lombosacré), il apparaît vraisemblable que l'état de santé de l'assurée se soit aggravé au point d'influencer sa capacité de travail dans une activité adaptée et ce, avant la reddition de la décision litigieuse. Il y a lieu de relever en particulier que l'IRM du rachis cervical du 4 juillet 2024 met en évidence des atteintes au niveau de la colonne cervicale qui n'avaient pas été documentées auparavant.

c) Vu ce qui précède, la Cour de céans considère que les faits médicaux ne sont pas établis au degré de la vraisemblance prépondérante, faute pour l'expertise bi-disciplinaire du 4 janvier 2024 de remplir les critères permettant de lui accorder valeur probante.

5. a) Le tribunal cantonal des assurances 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).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'autorité intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Les atteintes à la santé et leurs effets sur la capacité de travail de la recourante n'ont pas été élucidés à satisfaction de droit, ce qui ne pouvait pas échapper à l'OAI, au vu notamment des difficultés de compréhension de l'intéressée lors de la réalisation du volet psychiatrique de l'expertise, lesquelles ont été relevées à plusieurs reprises par l'expert psychiatre lui-même. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'OAI, dès lors qu'il lui incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGGA). Un complément d'instruction avec une nouvelle expertise comprenant des volets psychiatrique et rhumatologique ainsi qu'une évaluation globale de la capacité de travail de la recourante depuis à tout le moins le dépôt de sa demande de prestation, est nécessaire. Toute latitude est laissée à l'OAI pour déterminer si, concernant le volet rhumatologique, il y a lieu de requérir un complément d'expertise au Dr DC. _____ et de lui soumettre à cet effet les IRM versées au dossier postérieurement à l'expertise du 4 janvier 2024 (cf. ci-dessus consid. 4b), ou de mandater un nouveau spécialiste en rhumatologie.

6. a) Vu ce qui précède, le recours est admis, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision.

b) Les frais judiciaires, par 600 francs, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et art. 61 let. f^{bis} LPGGA).

c) La recourante, qui est représentée par une avocate et qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) vu l'importance du litige, et de mettre à la charge de l'OAI.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 24 septembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, par 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Collados Andrade (pour F. _____),
- 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 :