

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 février 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI ; 87 RAI.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, a notamment travaillé en tant que serveuse dans un restaurant puis, dès le mois de septembre 2000, en qualité d'ouvrière pour R._____, à plein temps.

Le 16 décembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, sous la forme d'un reclassement dans une nouvelle profession, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le médecin généraliste traitant de l'assurée, le Dr N._____, a attesté une incapacité totale de travail dès le 4 septembre 2002. Dans un rapport du 4 novembre 2002 à S._____, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, le Dr N._____ a posé les diagnostics d'état dépressif avec radialgies multiples, cervico-dorso-lombaires, brachialgies bilatérales, sans atteinte neurogène, de discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, traité avec succès par port d'attelles du poignet durant la nuit, de phénomène de Raynaud, ainsi que d'ostéopénie. Le pronostic était favorable, avec une reprise probable du travail dans les deux semaines, pour autant que l'assurée obtienne un changement de poste afin d'éviter le contact avec des denrées froides et le port de charges lourdes.

Dans un rapport du 11 décembre 2002, le Dr Q._____, rhumatologue, a retenu les diagnostics de fibromyalgie et de syndrome du tunnel carpien bilatéral débutant. Il a estimé que dans une activité adaptée, soit sans mouvements répétitifs au niveau des membres supérieurs ni rotations de la nuque, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail.

L'employeur a licencié l'assurée pour le 31 mars 2003.

S._____ a mis en œuvre une expertise rhumatologique, en mandatant le Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie. Dans un rapport du 16 mai 2003, il a posé les diagnostics de fibromyalgie, de syndrome anxio-dépressif, de syndrome du tunnel carpien, ainsi que d'obésité. L'expertisée s'était plainte de douleurs multiples prenant tant les membres inférieurs que les membres supérieurs, avec une importante fatigabilité. Les douleurs étaient bien réelles. L'assurée avait de la peine à effectuer ses petites activités ménagères, de sorte que l'expert ne voyait pas comment elle pourrait travailler dans une entreprise, une institution ou un restaurant. L'incapacité de travail était totale et due au trouble psychique. Le pronostic n'était pas catastrophique à long terme, car la patiente avait vraiment envie de travailler à nouveau. Elle aimait le contact, sortait, voyait des amis, ce qui paraissait être un bon signe. D'ici à quelques semaines, une reprise à 50 % dans un premier temps pourrait être envisagée dans la restauration, mais plutôt dans un bar ou une confiserie que dans un grand restaurant.

L'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr M._____, psychiatre, lequel s'est entretenu avec l'assurée le 19 juillet 2005 et lui a fait effectuer des tests psychométriques. Dans son rapport du 15 août 2005, le spécialiste a retenu les diagnostics d'épisode dépressif majeur de gravité légère à moyenne chronique, de trouble somatoforme indifférencié, ainsi que de personnalité à trait histrionique. La capacité de travail était d'au moins 70 % dans l'activité professionnelle antérieure, éventuellement dans un poste aménagé pour éviter le port de charges lourdes.

Dans un rapport du 2 décembre 2015, la Dresse D._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a relevé que les critères posés par la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis. Elle a retenu que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

Par décision du 8 décembre 2005, confirmée par décision sur opposition du 23 janvier 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations en expliquant que l'intéressée présentait une capacité de travail de 100 % dans toute activité.

Par jugement du 19 octobre 2007 (TASS AI 79/07 - 234/2007), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours formé par l'assurée contre cette décision sur opposition et l'a confirmée.

B. Le 29 septembre 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. Elle a fait parvenir à l'OAI un rapport établi le 26 août 2009 par le Dr K._____, son nouveau médecin généraliste traitant. Celui-ci faisait état d'une péjoration de son état de santé avec une aggravation des douleurs dans la région cervico-dorso-lombaire, à la hanche droite et aux mains. La symptomatologie était accompagnée d'un syndrome anxio-dépressif et de céphalées tensionnelles. L'incapacité de travail était totale.

Par projet du 17 décembre 2009, confirmé par décision du 24 juin 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, relevant que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

L'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Statuant par arrêt du 17 mai 2011, la Cour a rejeté le recours et confirmé la décision attaquée (CASSO AI 296/10 - 234/2011).

C. Le 11 décembre 2013, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations.

Le 20 décembre 2013, l'intéressée a fait parvenir à l'OAI les documents suivants, établis le jour-même :

- un compte rendu du L. _____ de l' [...], selon lequel l'assurée avait fait part d'une aggravation de sa situation de santé et de grandes difficultés pour toutes les tâches ménagères, et non plus uniquement pour la lessive et le repassage. Le service d'ergothérapie avait relevé la pertinence d'une aide au ménage plus conséquente ;
- un rapport du Dr K. _____, constatant une lente péjoration de la symptomatologie douloureuse, avec des difficultés pour faire le ménage, et une capacité de travail nulle. Un rapport du 30 janvier 2013 du Dr Q. _____, posant les diagnostics de fibromyalgie et d'épicondylite droite atypique au décours, était joint en annexe.

Par décision du 15 avril 2014, confirmant un projet du 6 mars 2014, l'OAI a une nouvelle fois refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations.

D. Le 2 juillet 2014, l'assurée a déposé une quatrième demande. Elle a joint un rapport du 18 juin 2014 de la Dresse C. _____, psychiatre traitante, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques.

Dans un rapport du 28 octobre 2014 à l'OAI, la Dresse C. _____ a répété le diagnostic précité, lequel avait un effet sur la capacité de travail, et ajouté celui de personnalité borderline, sans répercussion sur ladite capacité. L'incapacité de travail était de 50 % en raison d'un trouble dépressif sévère, d'un trouble du sommeil et d'une importante fatigabilité. Le rendement était réduit au vu de « l'âge de la patiente avec une importante neurasthénie ».

L'OAI a mis sur pied une expertise psychiatrique, qu'il a confiée au Dr H. _____, psychiatre, lequel s'est entretenu avec l'assurée les 1^{er} et 20 septembre 2016. Dans un rapport du 24 septembre 2016, l'expert a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome

somatique, de syndrome somatoforme douloureux persistant et de neurasthénie, existant tous depuis 2002. Le diagnostic de traits de personnalité immature et histrionique n'avait quant à lui aucune répercussion sur ladite capacité. Il a confirmé l'appréciation du Dr M._____ quant à une capacité de travail de 70 %, mais uniquement à moyen terme. Pour le moment, compte tenu de la comorbidité dépressive, ce taux ne dépassait pas 50 % dans une activité peu exigeante en termes de mobilité, dans le domaine de la vente ou de la restauration.

En réponse aux questions de l'OAI, le Dr H._____ a indiqué, le 15 décembre 2016, que l'incapacité de travail en lien avec le trouble somatoforme et la neurasthénie était de l'ordre de 30 %, et que 20 % supplémentaires étaient à mettre en relation avec le trouble dépressif récurrent.

Par avis médical du 13 janvier 2017, la Dresse J._____, médecin au SMR, s'est distancée de l'appréciation du Dr H._____. Elle a expliqué qu'il retenait un diagnostic du registre psychosomatique, comme l'avait fait le Dr M._____ dans son expertise de 2005. Selon le Dr H._____, les répercussions n'avaient « guère évolué depuis 2005 » et les observations faites à l'époque « restaient d'actualité ». La Dresse J._____ a ainsi constaté une capacité de travail de 70 %, telle que fixée par le Dr M._____, puis confirmée par la Cour de céans. Il n'y avait pas d'éléments suffisamment étayés et convaincants pour pouvoir confirmer une modification notable et durable de l'état de santé de l'assurée.

Par projet de décision du 19 janvier 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations. Il n'y avait aucune modification notable et durable de son état de santé.

Le 20 février 2017, l'assurée, désormais représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion handicap, a contesté cette décision, en soutenant que les arguments avancés par le SMR ne permettaient pas de remettre en question l'expertise du Dr H._____.

L'OAI a confirmé le refus de prestations par décision du 16 mars 2017. Dans une lettre du même jour, il a expliqué que la situation médicale était essentiellement demeurée inchangée depuis la décision du 23 janvier 2007, soit la dernière décision sur le fond entrée en force, confirmée par la Cour de céans. L'expert posait en effet des diagnostics similaires à ceux ressortant de l'expertise du Dr M._____ et précisait à plusieurs reprises que les observations décrites à l'époque restaient d'actualité. Il n'y avait en outre aucune mention d'une aggravation des troubles constatés. Le fait que le Dr H._____ retenait une capacité de travail de 50 % - d'ailleurs à court [recte : moyen] terme de 70 % - n'était pas déterminant, s'agissant d'une appréciation différente d'un même état de fait.

E. Par acte du 21 avril 2017, V._____, toujours représentée par Me Bourqui, a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, concluant à sa réforme en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité lui soit octroyée dès le 1^{er} juillet 2014, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. Elle a reproché à l'OAI de s'être fondé sur un rapport du SMR non objectif pour écarter l'expertise du Dr H._____, laquelle avait une pleine valeur probante. Cet expert avait expliqué en quoi les symptômes qu'elle présentait avaient évolué de manière défavorable.

Dans sa réponse du 12 juin 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 30 juin 2017, la recourante a confirmé ses conclusions.

Le juge en charge de l'instruction a ordonné une expertise psychiatrique judiciaire auprès du Dr B._____, psychiatre, lequel a examiné l'assurée les 5 septembre et 17 octobre 2018. Dans son rapport du 14 novembre 2018, le Dr B._____ a retenu le diagnostic de trouble de l'humeur persistant ou dysthymie. De manière globale, il a noté aucune

évolution, favorable ou défavorable, par rapport aux observations faites entre 2002 et 2005. La capacité de travail était entière dans l'activité habituelle de serveuse ou dans une autre activité dans le domaine de la vente, depuis janvier 2003.

Invitées à se déterminer sur ce rapport d'expertise, les parties ont maintenu leur position.

E n d r o i t :

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

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une demi-rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87

al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2, 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) 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 (al. 1).

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 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient 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. Cela vaut également lorsqu’un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l’expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée, TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

5. La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d’apprécier – sur les plans médical et juridique – la capacité de travail raisonnablement exigible d’un assuré souffrant d’un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tel que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) et la fibromyalgie (ATF 132 V 65).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d’évaluation du droit à une rente de l’assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d’affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l’arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l’arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d’évaluation au moyen d’indicateurs en lieu et place de l’ancien catalogue de critères (consid. 4 de l’arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n’influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l’art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l’atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l’exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l’arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l’application de la procédure d’examen structurée d’administration des preuves à l’ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

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 (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

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 sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. 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, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

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 (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré 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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 2 juillet 2014 par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de cette dernière s'est modifié depuis la décision de refus de prestations du 23 janvier 2007, confirmée par jugement du 19 octobre 2007, dans une mesure propre à justifier l'octroi d'une rente. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée

en force reposant sur un examen complet de son droit à la rente (cf. consid. 3b supra).

L'assurée, se fondant sur l'appréciation de l'expert H._____, soutient que sa capacité de travail est désormais limitée à 50 %.

Toutefois, dans son rapport d'expertise judiciaire du 14 novembre 2018, le Dr B._____ retient que la recourante présente une capacité de travail totale dans l'activité habituelle, ceci depuis 2003. Les constatations du Dr B._____ permettent d'exclure une péjoration durable de l'état de santé de l'intéressée. Cette expertise, comprenant notamment une description et une appréciation claires de la situation médicale, ainsi que des conclusions bien motivées, est probante. En particulier, le Dr B._____ met en évidence l'absence de gravité des troubles psychiques constatés et les ressources dont dispose l'assurée. Il relève également une incohérence entre l'incapacité de travail alléguée et le fait que les atteintes à la santé n'ont finalement que peu de répercussion dans les autres domaines d'activités. Le Dr H._____ est moins convainquant lorsqu'il atteste une incapacité de travail de 50 % en raison d'un trouble dépressif de gravité moyenne, d'un trouble somatoforme et d'une neurasthénie. En effet, il indique notamment que les atteintes à la santé auraient également des répercussions sur la sphère privée, avec des douleurs et une fatigue décrites comme handicapantes dans la vie quotidienne, une désertification relationnelle, des conflits de plus en plus fréquents avec la famille au [...] et un repli dans une attitude passive à domicile. Ces constats reposent sur une anamnèse insuffisamment détaillée dans l'expertise, alors que pour sa part, le Dr B._____ a mis en exergue des éléments contredisant la désertification relationnelle et la rupture avec la famille au [...]. En particulier, il a relevé que la recourante sortait de chez elle, allait boire un café dans un bistrot [...] où elle se sentait bien, qu'elle aimait voir du monde, qu'elle communiquait par Messenger avec sa famille au [...], et y passait ses vacances en famille environ une fois par année, quand bien même les relations étaient difficiles. Le Dr B._____ a également souligné que l'intéressée vivait une relation sentimentale, même si elle ne

cohabitait pas avec son compagnon, et qu'avant cette relation, elle en avait eu plusieurs successives. Le Dr B._____ a en outre mis en évidence qu'elle gérait son ménage de manière autonome, hormis pour certaines tâches spécifiques confiées à une femme de ménage. Enfin, il a relevé que l'assurée ne mentionnait pas de nette aggravation de ses atteintes et que l'examen psychiatrique effectué par le Dr M._____ en 2005 était comparable à celui qu'il avait lui-même réalisé. Dans ces conditions, et indépendamment de la divergence de diagnostic entre les experts, on doit admettre avec le Dr B._____ que les atteintes à la santé que présente l'assurée ne se sont pas aggravées et n'entraînent pas d'incapacité de travail notable.

Les rapports du Dr K._____ et de la Dresse C._____, retenant une capacité de travail nulle, respectivement de 50 %, ne sont pas de nature à remettre en question les considérations qui précèdent. En effet, ils ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du Dr B._____. Ce dernier a eu connaissance de ces rapports. Tel qu'il l'a relevé, ceux de la Dresse C._____ ne décrivent que sommairement la symptomatologie psychique. Par ailleurs, le Dr K._____ n'est pas spécialisé en psychiatrie.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'état de santé de la recourante ne s'est pas péjoré depuis la décision de refus de prestations du 23 janvier 2007 de manière à lui ouvrir le droit à une rente, même transitoirement. L'OAI a donc rejeté à juste titre la nouvelle demande de prestations.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En

l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 16 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour V. _____)
- 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 :