

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mai 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Silva et M. Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourante, représentée par Me Lionel Zeiter, avocat à Prilly,

et

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

Art. 28 LAI ; 17 LPG

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, mère de deux enfants nés en 1998 et 2005, titulaire d'un certificat d'études de secrétaire et d'un certificat d'aide-soignante, s'est retrouvée régulièrement en incapacité de travail dans son poste d'aide-soignante à 50 % à partir de mars 2014, en raison d'un épuisement professionnel et privé. Elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 23 février 2015. Elle a précisé qu'une procédure de séparation était en cours depuis janvier 2015 et qu'elle consultait une psychiatre en raison notamment d'inquiétudes liées à son fils adolescent, qui était en difficultés.

En réponse à la demande de rapport médical de l'OAI, le Dr T. _____, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, a fait savoir le 10 mars 2015 que sa patiente ne souffrait pas de maladie justifiant une rente AI.

Le 22 mai 2015, la Dre L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué chez l'assurée une personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F63.31), avec effet sur la capacité de travail, existant depuis le 4 mars 2014, date de début du suivi psychiatrique. Elle a estimé que l'activité habituelle était encore exigible à un taux de 10-50 %, en précisant qu'il était difficilement envisageable de faire travailler la patiente selon des horaires irréguliers et plus particulièrement le soir, au vu de la fatigue. L'assurée avait pu reprendre son travail à 30 % le 20 mars 2015.

Le 29 septembre 2015, l'employeur de l'assurée a indiqué à l'OAI que cette dernière avait repris son travail au taux contractuel depuis le 20 juin 2015.

L'assurée a fait savoir à l'OAI, en date du 10 novembre 2015, qu'elle était à nouveau à l'arrêt depuis mi-octobre.

Par décision du 24 novembre 2015, confirmant un projet du 6 octobre 2015, l'OAI a refusé la demande de reclassement et de rente d'invalidité de l'assurée, au motif qu'elle avait repris son activité habituelle au taux contractuel de 50 % dès le 20 juin 2015.

B. Le 12 avril 2017, le Centre de psychiatrie et psychothérapie K._____ a fait une annonce de détection précoce à l'OAI concernant l'assurée et a transmis des certificats établis par la Dre S._____, attestant une totale incapacité de travail depuis le 21 novembre 2016.

Par formulaire daté du 21 mai 2017 et réceptionné par l'OAI le 29 mai 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Elle a indiqué que son emploi d'aide-soignante avait pris fin au 31 décembre 2017 [recte : 2016], mais qu'elle bénéficiait des indemnités perte de gain jusqu'au 31 mai 2017.

A la demande de l'OAI, H._____ (ci-après : H._____), assureur perte de gain de l'assurée, a transmis le dossier de cette dernière le 6 juillet 2017. Celui-ci contient notamment une expertise réalisée le 16 janvier 2017 par le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et signée également par la psychologue X._____. L'expert a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), actuellement en rémission partielle, et de symptomatologie dépressive actuellement moyenne, avec syndrome somatique (F33.11) et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline, actuellement non décompensé (F60.31) et un trouble de l'attention avec hyperactivité (F90 ; ci-après également : TDAH). Le Dr G._____ a précisé que l'épisode dépressif était réactionnel à une surcharge personnelle et professionnelle, ainsi qu'à un mobbing subi selon l'anamnèse, situation ayant culminé par

un licenciement vécu comme étant abusif dans un premier temps, puis comme une libération. Il a estimé que la capacité de travail était nulle jusqu'au 28 février 2017, de 50 % du 1^{er} au 31 mars 2017, et entière à compter du 1^{er} avril 2017, sans baisse de rendement.

Il ressort également du dossier de H. _____ un rapport du 13 avril 2017 de la Dre S. _____ et du Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, contestant l'appréciation du Dr G. _____. S'ils ont retenu les mêmes diagnostics, ils ont précisé que le traitement antidépresseur introduit en février et augmenté par la suite, avec une bonne compliance de la patiente, était resté sans amélioration significative, de sorte que le pronostic était réservé quant à la récupération rapide d'une capacité de travail. Ils ont par ailleurs émis les critiques suivantes à l'encontre de l'expertise :

« Le Dr G. _____ a rencontré Mme D. _____ à une seule reprise, et soit la brièveté de la rencontre ou un certain malaise ou une certaine pudeur semblent avoir poussé Mme D. _____ à donner une image excessivement positive de sa situation.

- Il ressort du rapport qu'elle pourrait assumer la plupart des tâches ménagères. Or, le désordre régnant dans son appartement au moment de l'expertise, comme peut en témoigner l'infirmière en psychiatrie, qui assiste la patiente deux fois par semaine dans la gestion des tâches de la vie quotidienne, ou l'assistant social, qui l'aide dans la gestion administrative, est tout autre. L'appartement de la patiente est en grand désordre, encombré, les documents administratifs s'entassent en pile à différents endroits de la maison, en raison de l'incapacité de la patiente à s'organiser ainsi que du manque d'énergie et de motivation.
- Selon le rapport, Mme D. _____ serait capable de s'occuper de son fils cadet de façon adéquate. Cela ne nous semble toutefois pas non plus le cas. Le fils cadet en question a été placé en foyer à la demande du SPJ. Actuellement, une demande de garde exclusive sur cet enfant par le père s'ajoute aux tensions dans le processus de divorce qui vient de commencer. »

Le 12 septembre 2017, l'assurée a communiqué à l'OAI qu'elle travaillerait à 100 % depuis 2008 si elle n'était pas atteinte dans sa santé, compte tenu de son divorce et du fait que ses enfants sont âgés.

Le 6 septembre 2017, la Dre S. _____ a attesté une capacité de travail de 50 % à partir du 1^{er} septembre 2017. Lors d'un entretien à

l'OAI le 12 septembre 2017, l'assurée a fait savoir qu'elle avait retrouvé une capacité de travail de 50 % depuis le 15 août 2017.

Dans le cadre des démarches entreprises en vue de la mise en place d'une mesure d'intervention précoce, la conseillère en insertion professionnelle en charge de l'assurée a mentionné, dans un courriel du 31 octobre 2017 à l'OAI, plusieurs comportements pouvant être symptomatiques de son TDAH, qui prenaient une place prépondérante, ainsi que des éléments laissant suspecter la présence de TOCS (troubles obsessionnels compulsifs).

Par communication du 10 novembre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il prendrait en charge les frais pour une mesure sous forme de préparation à la reprise d'un emploi.

Selon une note d'entretien du 6 décembre 2017 entre l'assurée, la Dre S._____ et l'OAI, l'état de l'assurée s'était péjoré et nécessitait très certainement une hospitalisation. Le risque de décompensation était important et la Dre S._____ ne reconnaissait pas de potentiel de réadaptation. L'assurée s'était montrée agitée, désorganisée, nerveuse, inquiète et avait pleuré à plusieurs moments durant l'entretien. Elle a en outre fait savoir qu'elle présentait une nouvelle atteinte au niveau physique, à savoir des maux de dos et une faiblesse du pouce, qui l'empêchaient d'exercer son activité habituelle.

La mesure a été interrompue le 7 décembre 2017.

Dans un avis médical du 20 décembre 2017, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a relevé que dans le cadre des mesures d'intervention précoce, l'assurée s'était montrée surexcitée, elle pouvait appeler ou envoyer des messages plus de 10 fois le même jour, elle était logorrhéique, angoissée et avait besoin d'être rassurée.

A la demande de l'OAI, le dossier de H._____, également assureur-accidents de l'assurée, a été produit. Il en ressort que le 3 mars 2017, l'assurée a fait une chute dans les escaliers lors de laquelle elle s'est réceptionnée sur le poignet gauche, et qu'elle a une nouvelle fois glissé dans les escaliers le 14 juin 2017, se réceptionnant sur la main gauche. Dans un rapport du 30 juin 2017, le Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que le premier accident avait engendré une probable lésion ligamentaire du pouce gauche sur une base de rhizarthrose et que le deuxième accident avait provoqué une contusion et une synovite complémentaire, mais pas de fracture. L'incapacité de travail était selon lui totale depuis le 14 juin 2017. Le Dr C._____, médecin-conseil de H._____ et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a écrit le 5 juillet 2017 au Dr Q._____ pour lui faire savoir qu'il considérait que les éléments médicaux présents ne justifiaient pas d'incapacité de travail en juin 2017.

Dans un rapport du 5 décembre 2017, les Dres S._____ et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), de trouble de l'attention avec hyperactivité (F90), de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.3) et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), et estimé qu'elle bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % depuis le 9 juin 2017. Ses limitations fonctionnelles étaient des difficultés relationnelles par rapport à la bonne distance interpersonnelle, dans la gestion des émotions, un besoin d'être rassurée constamment, des difficultés à suivre les consignes en lien avec ses troubles de l'attention et de la concentration, des difficultés à tenir le rythme en raison d'une fatigabilité importante, d'une difficulté à prendre des décisions, à respecter les horaires, à s'organiser et à s'adapter à des changements fréquents, ainsi qu'une hypersensibilité au stress. Son rendement était légèrement diminué, mais elle pouvait s'adapter à un contexte simple et répétitif, sans trop de responsabilités et avec un cahier des charges clair. Une activité tenant compte de ses

limitations était envisageable, à raison d'une à deux heures par jour, quatre jours par semaine.

Dans un avis du 6 février 2018, le SMR a retenu que les problèmes liés à l'emploi et au chômage n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail en soi, que ni l'expert ni le psychiatre traitant ne retenaient un diagnostic de TOCS, que les chutes au printemps 2017 n'avaient pas entraîné de lésion traumatique selon les radiographies et que la rhizarthrose ne pouvait être considérée comme incapacitante. Il a estimé, comme retenu par l'expert psychiatre, que l'assurée pouvait reprendre son travail à 100 % dès le 1^{er} avril 2017, ceci à plus forte raison qu'il ressortait de l'expertise que l'assurée avait marchandé aussi bien le diagnostic que le traitement pour un bénéfice secondaire, ce qui parlait en soi contre une atteinte sévère. Il a ainsi conclu que l'incapacité de travail était totale du 30 novembre 2016 au 28 février 2017, de 50 % du 1^{er} au 31 mars 2017 et de 0 % dès le 1^{er} avril 2017. Il n'y avait pas d'atteinte somatique ayant un effet sur la capacité de travail.

Par projet de décision du 15 mai 2018, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à des prestations.

Désormais assistée de l'avocat Lionel Zeiter, l'assurée a fait valoir des objections à ce projet de décision le 15 juin 2018, en se prévalant du fait qu'elle n'avait pas pu suivre la mesure de préparation à la reprise d'emploi, que toutes les pièces du dossier montraient qu'elle était désorganisée et qu'elle souffrait de troubles profonds l'empêchant d'exercer une activité, le Dr G. _____ étant le seul médecin à estimer qu'elle serait en mesure de travailler à plein temps.

Le 21 décembre 2018, l'assurée, par son conseil, a adressé à l'OAI un rapport du Dr Q. _____ du 29 octobre 2018, selon lequel elle présentait une discrète limitation de l'épaule gauche avec rétractation capsulaire (depuis février 2016), un début d'arthrose au niveau des pouces (diagnostiquée en 2017) et un conflit discal lombaire (mis en évidence par IRM en octobre 2018) entraînant des douleurs lombaires. Sa

capacité de travail comme aide-soignante était nulle et, sur le plan strictement rhumatologique, elle pouvait exercer une activité permettant d'éviter les mouvements des mains, les ports de charge, le travail avec les bras au-dessus de la tête, la position statique prolongée des membres supérieurs pouvant être envisageable à temps partiel. Il a précisé que, compte tenu de la personnalité de l'assurée et de ses troubles psychologiques, son appréciation était à relativiser puisque les limitations n'étaient pas uniquement d'ordre rhumatologique.

Le conseil de l'assurée a encore produit un rapport du 14 décembre 2018 du Dr P._____, titulaire d'un diplôme de médecin obtenu à l'étranger non reconnaissable en Suisse, qui indiquait que l'assurée était suivie depuis octobre 2016 au Centre K._____ pour une décompensation psychique. En raison de la dégradation de son état psychique, une augmentation de l'incapacité de travail de 50 % à 100 % avait été effectuée depuis le 13 décembre 2018.

Dans un avis du 24 janvier 2019, le SMR a relevé que le Dr G._____ n'avait pas noté que l'assurée serait affabulatrice ou exagérerait ses plaintes, qu'il avait précisé que les diagnostics retenus étaient basés sur les constats médicaux et n'étaient pas remis en question par la motivation de l'assurée, son refus d'un traitement antidépresseur et/ou le maintien d'un arrêt maladie. Les questions relatives au placement des enfants, au divorce et au chômage n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail. Le SMR a considéré que les rapports produits n'apportaient aucun élément médical objectif venant modifier la capacité de travail, et a relevé que les douleurs à la base du pouce avaient fait l'objet d'une évaluation par le Dr C._____ et que les douleurs lombaires n'étaient pas corroborées par un status clinique ni par un rapport radiologique.

Le 29 janvier 2019, le conseil de l'assurée a encore adressé à l'OAI un rapport du 16 janvier 2019 des Drs F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P._____, qui indiquaient que l'assurée

n'avait pas été en mesure de conserver ses emplois en raison de l'altération de sa santé psychique et faisaient l'appréciation suivante :

« Sur le plan psychiatrique, Mme D._____ présente une humeur fluctuante associée à une irritabilité difficile à vivre et à un trouble important des fonctions cognitives. Elle présente une anxiété persistante importante et un comportement désorganisé et dispersé. Les activités de la vie quotidienne[...] sont profondément perturbées. Elle évoque le désir constant de parler, et une fuite des idées. Il lui est arrivé de présenter des phases de manie marquées par une humeur élevée, voire euphorique ; elle déborde alors d'énergie et s'engage dans plusieurs projets sans pouvoir les terminer. Elle se livre sans retenue à des achats inconsidérés. Après un état de stabilité, elle peut présenter une phase de dépression lors de laquelle elle ressent une grande tristesse et un manque d'énergie et manifeste une perte de plaisir et d'intérêt pour tout. Elle perd tout simplement goût à la vie. Elle présente un sommeil perturbé marqué par des périodes de réveils nocturnes et précoces, une insomnie et une hypersomnie.

Il lui arrive parfois de se renfermer sur elle-même et elle développe des idéations suicidaires avec projet précis (veinosection). De temps à autre, elle est envahie par des idées noires.

Diagnostic retenu : Trouble bipolaire de type I, type de l'épisode dépressif actuel grave avec caractéristiques mixtes (DSM-5 : 296.52 - CIM-10 : F31.31).

Compte tenu de la dégradation de l'état psychique de la patiente, l'incapacité de travail est augmentée de 50% à 100% le 13 décembre 2018. Nous estimons également qu'elle était dans l'impossibilité d'effectuer des recherches d'emploi durant le mois de décembre 2018 et sa formation à [...] et à [...] a été mise en échec. »

Dans un avis du 10 avril 2019, le SMR a relevé que les troubles rapportés par les différents médecins, à savoir une humeur fluctuante, une irritabilité, une logorrhée, des troubles de la concentration, un déficit d'attention, une anhédonie, des difficultés à se motiver, à initier les activités, des troubles du sommeil, un parcours professionnel très divers et fragmenté, une hyperactivité étaient déjà présents au moment de l'expertise et avaient été analysés, y compris la manie et le trouble bipolaire (p. 16 de l'expertise). Le rapport médical des K._____ du 16 janvier 2019 n'apportait aucun élément médical nouveau.

Par décision du 29 avril 2019, l'OAI a refusé d'allouer des mesures professionnelles ou une rente d'invalidité à l'assurée, au motif qu'elle avait une capacité de travail entière dans son activité habituelle à

compter du 1^{er} avril 2017. Dans une lettre annexe, l'OAI a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr G._____ du 16 janvier 2017.

C. Par acte du 3 juin 2019, D._____, toujours représentée par Me Zeiter, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière avec effet au 14 novembre 2015. En substance, elle a fait valoir que le rapport d'expertise du Dr G._____ n'a été établi que sur la base d'un seul entretien, durant lequel elle a spécialement cherché à faire bonne impression, minimisant dès lors ses difficultés. Elle a fait grief au Dr G._____ de ne pas avoir tenu compte de ses atteintes au niveau somatique et de manquer d'indépendance dans la mesure où il a été « engagé » par l'assurance perte de gain, laquelle avait intérêt à ce que sa capacité de travail soit reconnue. La projection selon laquelle sa capacité de travail serait entière en avril 2017 était pour le moins hasardeuse et a du reste été contredite par les événements. La recourante a relevé des contradictions dans le rapport du Dr G._____, en particulier en tant que ce médecin a fait état de « très bonnes capacités attentionnelles » (expertise p. 11) et a indiqué dans le même rapport qu'elle souffrait d'un trouble hyperactif avec déficit d'attention (expertise p. 16). Elle a également déploré que le rapport du Dr G._____ soit ancien et a soutenu que les appréciations des médecins du Centre K._____, qui la suivaient depuis de nombreuses années, ne sauraient être écartées sans fondement sérieux. Elle s'est prévalu du fait que la coach qui l'a suivie fait état de difficultés pratiquement insurmontables pour le moindre acte de la vie courante et évoque un trouble obsessionnel compulsif, et que le Dr Q._____, quand bien même il n'est pas psychiatre, relève qu'elle semble présenter une grande fragilité psychique. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a produit un rapport que la Dre S._____ et le Dr N._____ ont établi le 7 mars 2017 et un certificat médical du Centre K._____ du 5 avril 2019 attestant de son suivi et précisant qu'elle était envahie par des attaques de panique importantes en raison de son avenir incertain.

Dans sa réponse du 15 août 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 9 septembre 2019, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a mis en doute l'indépendance du Dr G. _____ en raison de sa position de médecin-conseil auprès des assurances. Elle a relevé des contradictions dans son rapport et déploré la brièveté de la réponse de l'OAI. Elle a enfin précisé que l'OAI n'avait pas contesté le diagnostic de bipolarité posé par le Centre K. _____.

Le 26 septembre 2019, l'OAI a à nouveau proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptibles de lui

ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 21 mai 2017. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 24 novembre 2015 par l'OAI et la décision litigieuse du 29 avril 2019.

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 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit 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.

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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être

lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le

cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations AI déposée par la recourante et a repris l'instruction en requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins ayant suivi cette dernière. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 24 novembre 2015 et la décision litigieuse du 29 avril 2019, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI.

a) Par décision du 24 novembre 2015, l'OAI a rejeté la première demande de prestations de la recourante au motif qu'elle avait repris son activité habituelle à son taux contractuel. L'intimé s'était en particulier fondé sur le rapport du Dr T. _____ du 10 mars 2015, ainsi que sur le courriel de l'employeur du 29 septembre 2015. A l'époque, la Dre

L._____ faisait état d'effet favorable du suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré, permettant d'accroître progressivement la capacité de travail (rapport du 22 mai 2015). Il n'y avait en outre aucune mention d'atteinte au niveau somatique.

b) Le 21 mai 2017, la recourante a déposé une seconde demande de prestations, en se référant à l'appréciation de la Dre S._____. Au plan psychique, l'OAI s'est fondé dans le cadre de l'examen de cette nouvelle demande sur le rapport d'expertise psychiatrique mise en œuvre par l'assureur perte de gain H._____ auprès du Dr G._____. Ce dernier a examiné l'assurée le 13 janvier 2017, et a rendu son rapport le 16 janvier 2017. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), actuellement en rémission partielle, de symptomatologie dépressive actuellement moyenne, avec syndrome somatique (F33.11) et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline, actuellement non décompensé (F60.31) et un trouble de l'attention avec hyperactivité (F90). Il conclut que l'assurée est en mesure de reprendre son activité habituelle à 50 % à compter du 1^{er} mars 2017 puis à plein temps dès le mois d'avril 2017.

aa) Dans ses écritures, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise, en remettant en cause l'indépendance de l'expert et en relevant des contradictions dans le rapport qu'il a établi.

Les griefs de la recourante selon lesquels le Dr G._____ ne présenterait pas les garanties d'indépendance et d'impartialité requises sont toutefois sans portée, étant constant que le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités).

La recourante reproche au Dr G._____ d'avoir fait une appréciation projective de sa capacité de travail, qu'elle qualifie de hasardeuse et qui a été contredite par les événements. Il est en effet pour le moins étonnant que l'expert confirme une totale incapacité de travail au moment de l'expertise, en janvier 2017, et également au-delà, jusqu'au 28 février 2017, puis conclue à la récupération future d'une capacité de travail, d'abord partielle puis totale, sans expliquer clairement les raisons d'une telle appréciation, indiquant uniquement tenir compte « de l'ensemble du tableau clinique, y compris du déconditionnement de l'assurée et de l'évolution actuelle » (expertise p. 24). Il précise que compte tenu de l'absence de traitement antidépresseur, il aurait pu considérer la capacité de travail médico-théorique comme étant de 100 % plus rapidement, mais que cela pourrait augmenter le risque de décompensation du trouble de la personnalité. Il ne mentionne toutefois pas explicitement que la reprise professionnelle est dépendante des effets d'un traitement antidépresseur à mettre en place. Il faut en outre relever qu'un tel traitement a été débuté en février 2017, avec une bonne compliance de la recourante, mais qu'il n'a pas entraîné d'amélioration significative selon le rapport du 13 avril 2017. Si la recourante a effectivement vu sa capacité de travail s'améliorer à la suite de l'expertise, passant à 50 % à compter du 9 juin 2017 (rapport du 5 décembre 2017), respectivement de mi-août 2017 ou début septembre 2017 (certificat du 6 septembre 2017, note d'entretien du 22 septembre 2017), elle n'a selon les médecins qui l'ont suivie non seulement pas retrouvé une capacité de travail entière, mais de plus celle-ci s'est à nouveau péjorée dès le 13 décembre 2018 (rapport du 16 janvier 2019).

La recourante relève à juste titre que le Dr G._____ retient qu'elle présente de très bonnes capacités intellectuelles, attentionnelles et de concentration (expertise p. 11), alors qu'il conclut également qu'elle souffre d'un trouble hyperactif avec déficit d'attention (p. 16).

Force est de constater que le rapport d'expertise comporte d'autres éléments qui nuisent à sa valeur probante. Tout d'abord, il faut relever que l'anamnèse n'est pas décrite de manière complète puisque de

nombreux éléments d'anamnèse se retrouvent disséminés dans le texte de l'expertise, comme notamment l'ensemble des événements en lien avec l'épisode dépressif sévère retenu, tel que le fait que l'assurée aurait vécu son licenciement comme abusif puis comme une libération. La partie « status clinique » est également surprenante dans la mesure où au lieu de présenter les observations cliniques du Dr G._____, elle mélange les constatations de l'expert, des éléments d'anamnèse et des descriptions données par la recourante. Au-delà de la structure peu commune du rapport d'expertise, il faut constater que celui-ci comporte des incohérences importantes. Premièrement, l'expert indique ne pas retenir d'autres antécédents psychiatriques chez l'assurée avant la survenue, en novembre 2016, de symptômes dépressifs (expertise p. 7) alors qu'un peu plus haut, il énumère les trois épisodes dépressifs que la recourante a présentés en 2005, 2008 et 2014. Le Dr G._____ considère l'épisode dépressif comme réactionnel à une surcharge personnelle et professionnelle, ainsi qu'à un mobbing subi « selon l'anamnèse » - étant relevé que rien ne figure à ce sujet dans l'anamnèse décrite - situation ayant culminé par le licenciement, mais n'apporte aucune explication quant au fait que le licenciement a été reçu le 30 septembre 2016 mais que les arrêts maladie ne sont intervenus qu'à partir du 30 novembre 2016 [recte : 21 novembre 2016 selon le certificat de la Dre S._____ du 25 novembre 2016].

Il faut en outre constater que l'expertise psychiatrique a été réalisée avant que la jurisprudence relative aux critères d'évaluation du caractère invalidant des troubles somatoformes et autres affections psychosomatiques assimilées ne soit étendue aux troubles psychiques et que les différents indicateurs qu'il y a désormais lieu de prendre en compte ne sont pas présents. Comme déjà mentionné, le Dr G._____ reconnaît que l'épisode dépressif sévère en rémission partielle et la symptomatologie dépressive moyenne dont souffre l'assurée impliquent, au moment de l'expertise, une totale incapacité de travail. Il conclut à la récupération future d'une capacité de travail mais sans expliquer pour quelles raisons il estime que le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé va évoluer de la sorte. Son examen ne permet pas non plus de

voir quelles sont les implications du trouble de la personnalité émotionnellement labile de l'assurée sur la récupération d'une future capacité de travail. L'expert relève à cet égard que la recourante présente un risque de rechute dépressive sévère dans le contexte de ce trouble de la personnalité (expertise p. 23) et évoque le risque d'une décompensation de ce trouble, précisant que l'assurée est une personne fragile. Or il n'expose pas pourquoi il conclut à une pleine capacité de travail sans diminution de rendement à partir du 1^{er} avril 2017 malgré ce contexte. Son appréciation ne contient par ailleurs pas d'examen des ressources de l'assurée, compte tenu également de son contexte social. Il est à cet égard surprenant de lire dans l'expertise que la recourante s'occupe adéquatement de son fils cadet (expertise p. 9), sachant que celui-ci était placé en foyer par le SPJ. S'agissant du retentissement fonctionnel des troubles, l'expertise mentionne à plusieurs endroits une amélioration de la tristesse, l'existence de moments de plaisir partagés et la persistance d'une fatigue qui a des répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne. L'anamnèse ne contient toutefois aucune indication des déclarations de l'assurée à ce sujet, si bien qu'il n'est pas possible d'examiner la cohérence des conclusions de l'expert.

Au vu de ce qui précède, le rapport d'expertise du Dr G. _____ ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

bb) Les rapports médicaux des médecins du Centre K. _____ ne permettent pas non plus d'apprécier de manière claire les atteintes à la santé présentées par la recourante et leur impact sur sa capacité de travail. Outre le fait que la Dre S. _____ qui a assuré le début de son suivi n'a pas de spécialisation en psychiatrie et que le Dr P. _____, qui a repris son suivi en octobre 2018, est titulaire d'un diplôme étranger non reconnu en Suisse, il faut constater que les médecins psychiatres ayant supervisé la situation se sont succédés, avec le Dr N. _____ en avril 2017, puis la Dre R. _____ en décembre 2017 et enfin le Dr F. _____ en janvier 2019. Les rapports établis par ces différents intervenants divergent par ailleurs dans les diagnostics retenus. Le rapport des Drs P. _____ et F. _____ du 16 janvier 2019 fait en effet état d'un trouble bipolaire de type I et d'un

épisode dépressif actuel grave avec caractéristiques mixtes (F31.31). Or les précédents rapports n'évoquaient pas de trouble bipolaire, mais retenaient un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline ainsi qu'un trouble de l'attention avec hyperactivité, diagnostics également retenus par le Dr G._____. Les Drs P._____ et F._____ ne précisent pas pourquoi ils se sont écartés des diagnostics précédemment retenus. Les rapports médicaux comportent par ailleurs des divergences sur l'appréciation de la capacité de travail de la recourante. Lors d'un entretien à l'OAI, celle-ci a indiqué qu'elle avait retrouvé une capacité de travail de 50 % à compter du 15 août 2017, produisant un certificat attestant une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} septembre 2017, alors que dans le rapport du 5 décembre 2017, il est mentionné que la recourante bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % depuis le 9 juin 2017 déjà. En outre, dans ce rapport du 5 décembre 2017, les médecins indiquent que la recourante peut exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à raison d'une à deux heures par jour, quatre jours par semaine, ce qui est loin d'attendre la capacité de travail de 50 % attestée dans le même rapport.

cc) Le rapport des K._____ du 16 janvier 2019 fait état d'une péjoration de l'état de la recourante en décembre 2018, avec la survenance d'un nouvel épisode dépressif grave et retient un nouveau diagnostic, à savoir un trouble bipolaire de type I. L'OAI, respectivement le SMR, ne pouvaient sans autre instruction écarter ces éléments en se référant au rapport d'expertise du Dr G._____, celui-ci précisant d'ailleurs expressément « un risque de rechute dépressive sévère » (expertise p. 23).

dd) Il subsiste ainsi des doutes importants au sujet de l'état de la recourante. Du reste, les personnes en charge de la mesure ont également constaté que son état ne paraissait pas propre à lui permettre de se réadapter (cf. note d'entretien du 6 décembre 2017), et le Dr Q._____, qui n'est certes pas psychiatre, a lui aussi relevé les troubles psychologiques de la recourante. Dans son avis du 20 décembre 2017, le

SMR relève d'ailleurs les comportements de la recourante qui ont mis en échec les mesures d'intervention précoce.

Au vu des pièces du dossier, l'OAI ne pouvait se dispenser de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, notamment du fait que l'expertise du Dr G._____ ne répondait pas aux nouveaux critères jurisprudentiels et qu'elle ne tenait pas compte de l'aggravation de la situation psychique de la recourante intervenue en décembre 2018, selon le rapport des médecins traitants.

ee) Sur le plan somatique, la situation a évolué depuis la première demande, où il n'était fait état d'aucune atteinte à ce niveau. En particulier, le rapport du Dr Q._____ du 29 octobre 2018 fait mention de limitations au niveau de la préhension des mains (port de charges, activités en compression de la main et du poignet, travail répétitif avec les mains et les bras). Or il semble douteux que de telles limitations soient sans incidence sur la capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide-soignante, qui requiert de la force et la faculté de faire usage des membres supérieurs sans limitation. En outre, le Dr Q._____ a bien indiqué avoir fait réaliser une IRM en octobre 2018, qui aurait mis selon ses dires en évidence un conflit discal lombaire. Dans ces conditions, l'OAI ne pouvait pas écarter purement et simplement l'appréciation du Dr Q._____ sans lui demander, notamment, le rapport d'IRM mentionné dans son rapport d'octobre 2018, ni apprécier l'incidence de la problématique somatique sur l'exercice de l'activité habituelle, et le cas échéant dans une activité adaptée.

c) Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur l'existence ou non d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis le rejet de sa première demande de prestations. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG). Il lui appartiendra de

mettre en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par l'expert. L'intimé sollicitera également des rapports des médecins somaticiens, et procédera le cas échéant à un examen pluridisciplinaire si cela devait s'avérer nécessaire. Il rendra ensuite une nouvelle décision.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 première phrase LAI). En l'occurrence, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

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

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 29 avril 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui

étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 une indemnité de 2'000 fr. (deux mille 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 Lionel Zeiter (pour la recourante),
- 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 :