

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 novembre 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat, juge, et Mme Feusi, assesseure
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 19[...], titulaire d'un bachelors en relations publiques [...], alors assistante de direction auprès de X. _____, 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 30 avril 2008, en faisant état d'un syndrome de Sudeck existant depuis septembre 2005.

Dans un rapport à l'OAI du 19 mai 2008, le Dr F. _____, médecin praticien, a fait état d'une capsulite rétractile de l'épaule droite, avec traitement en cours. Le 26 mai 2008, le chiropraticien Z. _____ a diagnostiqué chez l'assurée une algoneurodystrophie et une capsulite rétractile depuis 2005.

Par rapport du 16 octobre 2008, le Dr M. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu le diagnostic d'algoneurodystrophie du membre supérieur droit et a estimé que la capacité de travail était entière depuis le 1^{er} septembre 2008 dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « pas de travaux lourds ; pas de travaux avec le membre supérieur droit au-dessus de la tête ; alternance des positions ». Le Dr M. _____ a pour le surplus relevé ce qui suit :

« Cette assurée de 35 ans est titulaire d'un bachelors en relations publiques [...] ; elle est assistante de direction chez X. _____ depuis 2005. Assez rapidement après ses débuts dans ce poste de travail apparaissent d'une part un conflit avec son chef, et d'autre part des douleurs de l'épaule et du membre supérieur droit avec impotence fonctionnelle. Elle arrête le travail le 28.04.2006, en raison du développement d'une réaction dépressive et parallèlement d'une algoneurodystrophie du membre supérieur droit pour laquelle elle consulte de nombreux thérapeutes (notamment un chiropraticien, le Dr Z. _____ qui va la traiter plus d'un an) et spécialistes. C'est finalement une prise en charge intégrée avec balnéothérapie par le Dr F. _____ du Centre hospitalier Q. _____ à partir de juillet 2007 qui va permettre de faire lentement évoluer la situation, tant sur le plan du membre supérieur droit que sur le plan psychologique. La reprise de travail est graduelle à partir de février 2008, dans son activité habituelle, qui est adaptée. »

Par décision du 19 février 2009, confirmant un projet du 4 novembre 2008, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2007 au 30 juin 2008. Selon la motivation jointe à la décision, celle-ci avait repris progressivement son activité habituelle à compter du mois de février 2008, laquelle était considérée comme adaptée à son état de santé.

B. a) Le 26 septembre 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande AI, en indiquant « à voir avec le médecin traitant » s'agissant du genre de l'atteinte, laquelle existait depuis décembre 2015.

Par projet de décision du 23 novembre 2016, l'OAI a informé l'intéressée qu'il n'entrerait pas en matière sur sa nouvelle demande, faute pour elle d'avoir rendu vraisemblable une modification de sa situation.

Se déterminant le 7 décembre 2016, l'assurée a sollicité qu'un délai lui soit accordé pour produire des rapports médicaux de ses médecins.

Le 20 janvier 2017, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychiatre traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de burn-out (Z73.0), de trouble dépressif récurrent, épisode moyen (F33.1) (avec humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, ainsi qu'une diminution de la concentration et de l'attention, diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, idées de culpabilisation et de dévalorisation, attitude morose et pessimiste face à l'avenir et perturbation du sommeil) et de personnalité histrionique (F60.4). Le Dr G._____ a également évoqué le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux (F45.5) considérant qu'il était sans effet sur la capacité de travail.

Dans un avis médical du 6 juin 2017, le Dr P._____ du SMR a observé que l'atteinte à la santé psychique était consécutive à un

environnement professionnel conflictuel auquel l'assurée n'était plus confrontée, et que le pronostic était jugé favorable par le psychiatre traitant, qui préconisait des mesures pour la réinsertion progressive à 100 % dans une activité adaptée non anxiogène. Sur cette base, le Dr P._____ a conclu que la mise en place précoce de mesures de réadaptation serait indiquée.

b) Le 9 juin 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il allait reprendre l'instruction de son dossier et que le projet de décision du 23 novembre 2016 pouvait donc être considéré comme nul et non avenue.

Dans un rapport du 22 novembre 2017, le Dr F._____ a posé les diagnostics de cervicoscapulalgies et brachialgies droites (avec déconditionnement physique, troubles statiques et status après CRPS [réd. : *Complex regional pain syndrom* ou syndrome douloureux régional complexe] en 2007), de lombalgies chroniques et d'hypermobilité articulaire bénigne. Il a en outre exposé que l'assurée présentait à nouveau des souffrances non seulement psychiques, avec de nombreux nœuds encore non résolus, uniquement enfouis, ainsi qu'une persistance de la souffrance cervicoscapulaire, avec des tensions multiples et des limitations fonctionnelles dans l'utilisation de son membre supérieur droit.

Dans un rapport du 9 janvier 2018, le Dr H._____, médecin praticien traitant, a fait savoir à l'OAI que le cas de sa patiente était des plus complexes, et qu'il ne pouvait répondre actuellement aux questions qu'il lui avait posées. Il a joint un lot de pièces à son envoi, datant de 2006 et 2007. S'y trouvait également un rapport opératoire du 23 décembre 2015 du Dr [...], spécialiste en gynécologie et obstétrique, selon lequel l'assurée avait subi une intervention chirurgicale le 17 décembre 2015 sous la forme d'une hystéroscopie diagnostique, curetage avec ablation de polype endométrial, Cavaterm, laparoscopie diagnostique et salpingectomie bilatérale faisant suite à des douleurs pelviennes chroniques. Le Dr H._____ a également transmis un rapport d'expertise du 30 mars 2017 du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel avait été mandaté par B._____, assureur perte

de gain. Ce spécialiste y a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, sub-clinique à léger, de trouble à symptomatologie somatique avec hystérisation secondaire et de traits histrio-limites. S'agissant de la capacité de travail, le Dr N._____ a relevé ce qui suit :

« 5. Capacité de travail dans la profession actuelle (% et dates)

Au terme de notre appréciation, nous retenons tout au plus un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive sub-clinique à léger. Le trouble à symptomatologie somatique est surtout caractérisé par une "neurasthénie", ou fatigue chronique, qui prend une teinte très hystérisée chez une assurée avec des traits histrio-limites.

Comme nous l'avons déjà signifié à D._____, nous ne voyons aucune raison médicale objective qui justifie une baisse de sa capacité de travail dans son activité antérieure. Manifestement, l'assurée a perdu son poste de travail, craint à tort ou à raison un licenciement. C'est donc sur la voie d'une clarification de sa situation professionnelle qu'il faut se diriger. On se retrouve maintenant à 17 mois d'arrêt de travail pour un simple trouble de l'adaptation, ce qui sort du cours habituel des choses.

On peut s'étonner de la prise en charge médicale, car à part un traitement de Millepertuis prescrit jusqu'à juillet 2016 et non efficace, c'est son médecin de famille qui atteste des arrêts de travail et non le médecin psychiatre, alors qu'il s'agit manifestement d'un problème psychique. D'autre part, D._____ n'aurait plus été vue, selon ses déclarations, par le Dr G._____ depuis le mois de septembre 2016 et aucune alternative pharmacologique ne lui aurait été proposée. On rappelle pour mémoire que la Sertraline 50 mg, introduit à [...] suite à un premier épisode dépressif en 2001, avait participé à l'évolution favorable.

Certes, s'il est dans la règle d'attester d'un arrêt de travail au début de la prise en charge d'une dépression ou d'un état d'angoisse, ici un trouble de l'adaptation, - la distance professionnelle pouvant soulager un état d'épuisement et donner du temps pour que le traitement devienne efficace - il faut néanmoins se méfier à long terme des conséquences néfastes de l'inactivité. Lorsqu'une maladie devient chronique, comme c'est le cas dans la situation qui nous occupe - bientôt 17 mois d'arrêt de travail -, chez une femme jeune, il ne faut souvent pas hésiter à reprogrammer une reprise de l'activité, même s'il persiste encore quelques légers symptômes, plus subjectifs qu'objectifs, tels la fatigue et une certaine émotionnalité.

D._____ se montre très centrée sur elle-même, passive et d'autre part la prise en charge médicale n'est pas à la mesure de la durée de l'incapacité de travail, ce qui n'est pas la moindre des contradictions. Le maintien dans l'inactivité va l'amener à une

impasse. Manifestement, l'assurée a perdu son poste rapidement et il n'est pas sûr qu'elle ne reçoive pas son licenciement, étant entendu qu'elle a aussi été deux ans en arrêt de travail entre 2006 et 2008, pour un tableau polyalgique pour lequel un trouble somatoforme avait déjà été évoqué.

Le problème est donc ici tant psychologique que pédagogique. Il s'agit maintenant de réfléchir au meilleur moyen de reprogrammer une reprise d'activité. Il y a manifestement peu d'espoir de succès par de simples mesures incitatives. Il s'agit maintenant de fixer des limites à ses attentes de dispense de ses obligations professionnelles.

Nous estimons qu'au plus tard - c'était déjà certainement le cas avant - le 01.04.2017, sa capacité de travail médico-théorique est entière. Il s'agit de régler le litige probable au niveau professionnel ».

A la requête de l'OAI, le Dr C. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lui a fait savoir le 17 février 2017 (recte : 2018) que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient ceux de thoraco-brachialgies, sans irritabilité neuro-méningée (dans un contexte de souffrances médio-thoraciques, troubles posturaux sévères, amyotrophie du plan musculaire profond paravertébral et axio-scapulaire, kinésiophobie et status après algoneurodystrophie du membre supérieur droit 2007), d'état dépressif majeur (humeur dépressive persistante, diminution marquée de l'intérêt du plaisir, perte de poids, insomnie, fatigabilité anormalement importante, sentiment de dévalorisation et d'abandon, difficulté à se concentrer, d'un défaut évident de ressources personnelles), de status après burn-out en 2015 (en lien avec un conflit hiérarchique professionnel, de non reconnaissance et de non-respect de ses propres limites après un intense investissement professionnel, ruptures conflictuelles affectives, d'interventions gynécologiques successives), de troubles de la personnalité de type borderline (labilité émotionnelle, difficulté dans le contrôle des impulsions, altération du fonctionnement social et professionnel, troubles alimentaires : alternance d'épisodes de surcharge pondérale / anorexie) et de traumatisme relationnel précoce dans la petite enfance avec carence affective et relations intergénérationnelles conflictuelles aboutissant à un divorce parental et rupture conflictuelle avec sa mère à l'origine de : rejet, abandon, solitude, domination, assujettissement. Le Dr C. _____ a notamment relevé que la situation sur le plan purement rhumatologique

se traduisait par une composante tensionnelle et des blocages vertébraux récurrents qui se combinaient avec une souffrance viscérale en lien avec les séquelles d'une endométriose. Cependant, cette problématique posturale vertébrale et les troubles séquellaires de son algodystrophie du membre supérieur droit, ne pourraient, en soi, pas aboutir à une incapacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée, les séquelles se manifestant essentiellement par des contraintes adaptatives fonctionnelles sans restriction notable de mobilité.

Dans son rapport à l'OAI du 28 février 2018, la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante depuis octobre 2017, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de personnalité de type borderline (F60.31). Selon la Dre L._____, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 1^{er} août 2017 et les restrictions étaient les suivantes : fonctions attentionnelles, processus mnésique en difficulté, grande fatigabilité et mauvaise résistance au stress.

Dans un avis médical du 16 avril 2018, le Dr P._____ du SMR a relevé la discordance sur le plan du pronostic entre l'expert psychiatre et le nouveau psychiatre traitant qui attestait une péjoration moins de six mois après l'évaluation de l'expert, et a demandé à ce que la Dre L._____ soit réinterrogée fin juin 2018 sur l'évolution clinique.

Répondant ainsi aux questions de l'OAI du 28 juin 2018, la Dre L._____ a, le 2 août 2018, posé les diagnostics incapacitants de personnalité borderline (F60.31) et de trouble dépressif récurrent et estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, en faisant état de fatigabilité, de mauvaise résistance au stress et de difficultés de concentration.

Dans un avis médical du 16 novembre 2018, la Dre V._____ du SMR a conclu que l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle

pour des raisons somatiques sans substrat organique, ainsi que le diagnostic d'une dépression, alors que le Dr N. _____ retenait un trouble de l'adaptation, nécessitait la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a eu lieu au SMR le 16 juillet 2019. A cette occasion, l'assurée a été examinée par les Drs J. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 14 août 2019, ces praticiens n'ont retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics suivants :

- Douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre d'un status après capsulite rétractile droite et algoneurodystrophie du membre supérieur droit.
- Cervicobrachialgies droites et lombo-pygio-sciatalgies droites dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et d'une ancienne hyperlaxité ligamentaire.
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F32.1).
- Trouble de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, compensé (F60.30).
- Traits de personnalité histrionique.
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, actuellement abstinent (F19.20).
- Anorexie mentale en rémission (F50.0).

Les Drs J. _____ et S. _____ ont pour le surplus répondu en ces termes aux questions qui leur ont été posées :

« **Limitations fonctionnelles**

Sur le plan rhumatologique, épaule droite, alors que l'assurée est droitnière : pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule droite à plus de

70°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le MSD [membre supérieur droit].

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Sur le plan rhumatologique, il y a eu une incapacité de travail complète du point de vue rhumatologique depuis le 28.04.2006 dans l'activité d'assistante de direction, selon le rapport du Dr F. _____ du 19.05.2008 et du Dr H. _____ du 23.06.2008, ce que nous confirmons.

Sur le plan psychiatrique, dès le 05.10.2017 à 100%.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

Sur le plan rhumatologique, elle a diminué graduellement entre le 01.02.2008 et le 31.08.2008, selon les taux de réductions de l'incapacité de travail et les dates rapportées dans le rapport médical SMR du 16.10.2008. Dès le 01.09.2008, il n'y a plus eu d'incapacité de travail d'un point de vue purement rhumatologique dans l'activité d'assistante de direction ou dans toute autre activité adaptée.

Sur le plan psychiatrique, la CT [capacité de travail] est devenue entière dès le 28.06.2018.

Concernant la capacité de travail exigible, elle était déterminée auparavant sur le plan rhumatologique par une algoneurodystrophie du MSD. Actuellement, il n'y a plus d'incapacité de travail en tout cas depuis le 01.09.2008 dans l'activité adaptée d'assistante de direction ou d'assistante administrative, qui est une activité tout-à-fait adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

Sur le plan psychiatrique, elle est entière dès le 28.06.2018.

Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation

Sur le plan rhumatologique, sans objet.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Pronostic

Sur le plan rhumatologique, il devrait être bon.

Sur le plan psychiatrique, il n'est pas bon en raison de la chronicisation des plaintes et du déconditionnement professionnel.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 100 % COMME ASSISTANTE DE DIRECTION OU ASSISTANTE ADMINISTRATIVE.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% dès le 28.06.2018. »

Le 19 septembre 2019, la Dre R._____ du SMR a relevé qu'en se basant sur le rapport d'examen du SMR du 14 août 2019, la période d'incapacité de travail depuis le 11 janvier 2016 (pour motif psychiatrique) n'était pas justifiée, la seule incapacité de travail validée était celle du 5 octobre 2017 au 27 juin 2018 en raison de l'atteinte psychiatrique (décompensation dépressive de son trouble dépressif récurrent avec épisode moyen). Selon la Dre R._____, la capacité de travail de l'assurée était entière depuis le 28 juin 2018 dans son activité habituelle, respectant les limitations fonctionnelles listées en p. 21 de l'expertise, soit pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule droite à plus de 70°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit.

Par projet de décision du 27 septembre 2019, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui refuser des mesures professionnelles et une rente d'invalidité, selon la motivation suivante :

« **Résultat de nos constatations :**

Vous exercez l'activité d'assistante de direction à 100%.

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 5 octobre 2017.

Selon nos informations, votre état de santé a évolué favorablement vous permettent de recouvrer une pleine capacité de travail dans votre activité habituelle qui est adaptée, et ce depuis le 28 juin 2018. Des mesures professionnelles ne sont donc pas nécessaires.

De plus, la durée de votre incapacité de travail étant inférieure à une année, le droit à la rente n'est pas ouvert ».

Le 16 décembre 2019, la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante depuis le 26 mars 2019, a adressé un rapport à l'OAI, en y posant les diagnostics de trouble à symptomatologie somatique ou trouble somatoforme et de trouble mixte de la personnalité borderline et histrionique, reflétant les carences

infantiles et expliquant la durée de l'atteinte à la santé et la chronicisation du trouble somatoforme. Elle a en outre relevé que la capacité de travail actuelle était de 25 % en raison aussi du déconditionnement au travail, précisant qu'atteindre une capacité de travail de 50 à 60 % était un objectif déjà élevé qu'il valait la peine de tenter, soulignant que l'assurée y aspirait, avait des ressources à mobiliser pour cela et avait besoin, pour ce faire, d'un encadrement bienveillant pour reprendre confiance et d'un réentraînement. Selon la Dre K._____, il convenait de s'orienter vers une reprise de travail lentement progressive et dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles décrites par sa patiente. Pour le surplus, la Dre K._____ a indiqué rejoindre la position de la Dre S._____ selon laquelle le trouble dépressif récurrent n'avait actuellement plus d'incidence sur la capacité de travail. Elle a considéré que la position du Dr N._____ en 2017, ne retenant qu'un trouble de l'adaptation, n'était pas défendable. Elle a indiqué ne pas pouvoir souscrire à son avis que le trouble de la personnalité borderline, même compensé, et les traits de personnalité histrionique, n'avaient pas de caractère incapacitant, ces derniers étant souvent corrélés au trouble somatoforme.

Dans un avis médical du 27 janvier 2020, la Dre R._____ du SMR a retenu que le rapport de la Dre K._____ ne mentionnait pas d'aggravation des atteintes existantes ou de nouvelle atteinte depuis l'examen SMR du 14 août 2019 et qu'il s'agissait d'une évaluation différente de la même situation clinique. Selon la Dre R._____, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'avait effectivement pas été retenu par l'expert et, par ailleurs, l'analyse actuelle selon les différents indicateurs ne montrerait pas de caractère incapacitant. Elle a indiqué que les limitations fonctionnelles ne pouvaient se baser que sur des constatations cliniques objectives et non sur les dires de l'assurée. Par conséquent, les conclusions de l'examen du SMR restaient valables.

Par décision du 29 janvier 2020, l'OAI a refusé les mesures professionnelles et le droit à la rente, au motif que l'état de santé de l'assurée, en incapacité de travail depuis le 5 octobre 2017, avait évolué

favorablement, lui permettant de recouvrer une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, qui était adaptée, depuis le 28 juin 2018. Par courrier du même jour, l'OAI a en substance fait savoir à l'assurée que le rapport de la Dre K._____ ne permettait pas de remettre en cause les conclusions de l'examen clinique du SMR, qui avait pleine valeur probante.

C. Par acte du 2 mars 2020, D._____, représentée par Me Karim Hichri, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, et subsidiairement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} mars 2017. En substance, elle a contesté la valeur probante du rapport d'examen bidisciplinaire du SMR. Elle a en particulier relevé qu'il était étonnant que le médecin psychiatre déclare qu'il n'existait pas de plaintes somatiques multiples variables dans le temps et persistantes, de sorte qu'il n'y aurait pas d'argument en faveur d'un syndrome somatoforme douloureux, vu que par avis du 16 novembre 2018, le médecin du SMR avait fait état de thoraco-brachialgies - notées par le Dr C._____ - et d'algoneurodystrophie rapportée par le Dr F._____. Selon la recourante, le Dr C._____ a ainsi relevé dans son rapport du 17 février 2017 qu'elle avait été suivie pour des douleurs parascapulaires depuis 2005 avec survenue en 2007 d'une algoneurodystrophie du membre supérieur droit avec schéma capsulaire de l'épaule droite dont l'évolution n'avait été que très lentement favorable et que, depuis cette période, elle avait bénéficié d'approches physiques combinées en chiropractie, ostéopathie et physiothérapie. Or, elle n'aurait pas entrepris des thérapies si aucune douleur physique n'avait été présente. Elle a en outre fait grief au rapport d'examen du SMR de présenter une anamnèse lacunaire, voire erronée. Selon la Dre K._____ et d'autres médecins, il existait des traumatismes rationnels précoces dans la petite enfance avec carence affective en raison d'une mère probablement alcoolique et assurément dénigrante et une grand-mère autoritaire, sans parler du harcèlement sexuel de la part de son grand-père, ainsi que du harcèlement scolaire subi. Or, les experts n'avaient absolument pas tenu compte de ces faits primordiaux pour expliquer son

état de santé psychiatrique. Elle a ainsi plaidé que l'OAI ne pouvait pas faire abstraction des faits rapportés par la Dre K._____ et aurait dû mettre en œuvre un complément d'expertise. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique et rhumatologique.

Dans sa réponse du 4 mai 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours, en se référant à un avis de la Dre R._____ du SMR du 23 avril 2020, selon lequel il n'existait pas d'éléments médicaux supplémentaires depuis le dernier avis du SMR. S'agissant en particulier de la non-reconnaissance du trouble somatoforme douloureux, la Dre R._____ a noté que les experts avaient relevé la présence de plaintes physiques, que différents diagnostics somatiques avaient été retenus en ce sens, mais qu'ils avaient été jugés non incapacitants dans son activité professionnelle de référence. Les experts n'avaient donc pas nié les plaintes algiques. Le trouble somatoforme douloureux n'avait pas été retenu car les critères diagnostics au moment de l'expertise n'étaient pas présents. Concernant le recueil anamnestique qui serait lacunaire, les experts s'étaient basés sur les dires de l'assurée au moment de l'expertise (notamment les difficultés avec sa mère alcoolique, ses comportements à l'adolescence avec consommation de drogue, trouble alimentaire...), les faits anamnestiques mentionnés à l'appui du recours qui n'auraient pas été pris en compte ne changeant en rien les diagnostics retenus. La Dre R._____ a rappelé que le trouble de la personnalité émotionnellement labile et des traits de personnalité histrionique avaient été validés (prenant leur origine dans le parcours difficile de l'enfance-adolescence), mais avaient été considérés comme non incapacitants.

Dans sa réplique du 25 juin 2020, la recourante a maintenu sa position. Elle a notamment exposé que l'intimé ne saurait minimiser les omissions factuelles anamnestiques, plaidant que le trouble de la personnalité émotionnellement labile et les traits de personnalité histrionique pourraient être tels qu'avec la prise en compte des faits omis, ils diminueraient ses ressources ou auraient un impact direct sur sa capacité de travail, se référant au rapport du 16 décembre 2019 de la Dre K._____. Quant à la reconnaissance du trouble somatoforme douloureux,

le Dr C._____ était catégorique en ce sens qu'il le retient. Elle a joint à son écriture un rapport du Dr C._____ du 25 avril 2020 dont il ressort que depuis son rapport à l'OAI datant de 2018, il observait une amélioration certaine, de sorte qu'une réinsertion professionnelle dans une activité adaptée était de l'ordre du possible, bien que l'équilibre psycho-physique reste encore précaire, et qu'il rejoignait l'appréciation de la Dre K._____ dans les principes d'une réinsertion professionnelle. Parmi les facteurs limitatifs encore présents, le Dr C._____ a énuméré les activités statiques anormalement longtemps maintenues, les mouvements répétitifs des membres supérieurs, toute activité exigeant un accès en zone haute ou basse, ainsi que le port de charges supérieur à 5 kg. Il a en outre relevé que l'activité de secrétaire de direction n'était plus adaptée car de toute évidence la recourante se trouverait très rapidement dépassée par ses responsabilités, mais qu'en revanche, dans le cadre d'une activité où la dimension relationnelle serait déterminante, une activité pourrait être envisagée, dans le cadre de laquelle elle pourrait mettre en valeur ses connaissances linguistiques et la maîtrise des outils informatiques.

Le 4 août 2020, l'OAI a derechef proposé le rejet du recours. Il a annexé à sa duplique un rapport du 14 juillet 2020 de la Dre R._____ du SMR, qui a relevé que le dernier rapport du Dr C._____ remettait en cause la valeur de l'expertise rhumatologique du Dr J._____, notamment sur l'examen clinique qui ne serait pas suffisamment détaillé. Pour le Dr C._____, la recourante était principalement limitée par ses différentes douleurs en lien avec un dysfonctionnement du contrôle central de la douleur, élément que l'expertise du 14 août 2019 avait pris en compte, et validé un abaissement du seuil de tolérance à la douleur, reflet de traits histrioniques de la personnalité et d'un état dépressif léger. Toutefois, ni le status clinique, ni le déroulement du quotidien ne justifiait une répercussion sur la capacité de travail. La Dre R._____ a relevé que le Dr C._____ lui-même précisait dans son rapport du 17 février 2018 que sur le plan somatique, la capacité de travail dans une activité adaptée était pleine, mais que l'évaluation de la capacité de travail devait être effectuée par un psychiatre. Pour la Dre R._____, il n'y avait pas d'éléments

médicaux supplémentaires (nouvelle atteinte ou aggravation) depuis le dernier rapport du SMR.

Le 27 août 2020, la recourante a encore produit un rapport du 26 août 2020 du Dr C._____, qui a indiqué confirmer son appréciation du 25 avril 2020.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il doit permettre de déterminer si, eu égard à l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision des rentes et d'autres prestations durables, applicable par analogie aux nouvelles demandes de prestations, la situation médicale de l'assurée s'est notablement aggravée entre le moment où la décision initiale du 19 février 2009 et celui où la décision litigieuse du 29 janvier 2020 ont été rendues et si, le cas échéant, cette péjoration éventuelle justifierait dorénavant l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

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.

d) Tout changement important des circonstances propre 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). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

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).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

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).

6. L'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations AI déposée par la recourante, qu'il a instruite en requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins ayant suivi cette dernière et en soumettant la recourante à un examen bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique auprès du SMR. Il convient en l'occurrence d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force, du 19 février 2009, et la décision litigieuse, du 29 janvier 2020, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI.

a) Par décision du 19 février 2009, l'OAI a accordé à la recourante une rente entière d'invalidité, du 1^{er} avril 2007 au 30 juin 2008 ; la rente était limitée dans le temps, vu la reprise progressive de l'activité habituelle de l'intéressée à compter du mois de février 2008, et l'activité habituelle étant considérée comme adaptée. L'intimé s'était alors

en particulier fondé sur le rapport des Drs F._____ et Z._____, ainsi que sur le rapport SMR du 16 octobre 2008 établi par le Dr M._____. A l'époque, le Dr M._____ faisait état d'une algoneurodystrophie du membre supérieur, qui n'empêchait pas, après une période d'incapacité de travail qui avait été admise l'exercice de l'activité habituelle, comme celui d'une activité adaptée. Il n'y avait en revanche aucune mention d'atteinte au niveau psychiatrique.

b) Le 26 septembre 2016, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations, en faisant notamment état d'une atteinte au niveau psychiatrique, sur laquelle l'OAI est entré en matière. Dans le cadre de l'examen de cette nouvelle demande, l'OAI a confié un examen bidisciplinaire aux Drs J._____ et S._____ du SMR. Ces derniers ont eu connaissance de toutes les pièces du dossier avant de procéder à l'examen de la recourante, le 16 juillet 2019. Ils ont rédigé leur rapport le 14 août 2019. Les Drs J._____ et S._____ n'y ont posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont fait état de douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite, de cervicobrachialgies droites et lombo-pygio-sciatalgies droites, de trouble dépressif récurrent épisode actuel léger sans syndrome somatique, de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif compensé, de traits de personnalité histrionique, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples actuellement abstinent et d'anorexie mentale en rémission. Ils ont conclu que l'assurée avait été en incapacité totale de travail sur le plan psychique depuis le 5 octobre 2017, mais qu'elle était en mesure de reprendre son activité habituelle à 100 % à compter du 28 juin 2018. Du point de vue somatique, il n'existait plus d'incapacité de travail depuis le 1^{er} septembre 2018. Sur cette base, l'OAI a estimé que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié de manière significative depuis la décision du 19 février 2009, et que l'incapacité de travail survenue le 5 octobre 2017 avait évolué favorablement, lui permettant de retrouver une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, adaptée, depuis le 28 juin 2018.

aa) Dans ses écritures, la recourante fait pour l'essentiel valoir que le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR sur lequel se fonde l'OAI pour nier son droit aux prestations n'est pas probant, et qu'il y aurait dès lors lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire avec volets psychiatrique et rhumatologique. Elle se prévaut pour l'essentiel de l'avis du Dr C. _____ du 25 avril 2020 qu'elle produit à l'appui de sa réplique, ainsi que de l'appréciation de la Dre K. _____ du 16 décembre 2019.

bb) Sur le plan somatique, le Dr J. _____ a exposé en détail les plaintes ostéoarticulaires de l'assurée (cf. rapport d'examen du 14 août 2019, pp. 8 et 9) ; il a en outre, notamment, procédé à un examen complet de l'intéressée au plan ostéoarticulaire, en examinant le rachis, le rachis cervical, le rachis dorsolombaire, les membres supérieurs et inférieurs, les épaules, les coudes et les mains, ainsi que les genoux et les pieds. Le Dr J. _____ a également analysé le dossier radiologique de la recourante, avant de procéder, en pleine connaissance de cause, à l'appréciation du cas. C'est au demeurant en ayant pris connaissance du rapport du Dr C. _____ du 17 février 2018 qu'il a évalué la capacité de travail de la recourante. Il ressort de son appréciation, en particulier, que les douleurs à l'épaule droite, irradiant dans la région cervicale droite et dans tout le bras, survenues fin 2005, avaient augmenté avec le temps et avaient pu être quelque peu soulagées par le traitement chiropratique suivi jusqu'en 2011. Au jour de l'examen, l'assurée présentait toujours des douleurs au niveau de son membre supérieur droit et dans la région cervicale, ainsi que des douleurs lombaires irradiant parfois jusqu'aux orteils, le tout couplé de céphalées. L'état général de la recourante était cependant qualifié de bon. Du point de vue ostéoarticulaire et neurologique, le status était parfaitement normal, sous réserve de troubles sensitifs mal systématisés et prise du réflexe stylo-radial au poignet droit douloureux. Au plan rachidien, il était noté de discrets troubles statiques du rachis dorsal et une mobilité lombaire et cervicale diminuée. L'assurée présentait également cinq signes comportementaux de Waddell sur cinq, dont une importante démonstrativité. La mobilité des articulations était bien conservée, hormis celle de l'épaule droite limitée

en élévation, l'assurée développant une importante résistance volontaire à l'élévation passive. Elle présentait des douleurs de huit points typiques de la fibromyalgie, ce nombre étant toutefois insuffisant pour poser le diagnostic selon les critères ACR 2010. Le syndrome d'hypermobilité articulaire a été exclu, tout comme le diagnostic d'algoneurodystrophie du membre supérieur droit. Il résulte de ce qui précède qu'il ne peut être fait grief au Dr J._____ d'avoir omis des éléments déterminants dans le cadre de son appréciation étayée, claire et dénuée de contradiction de la situation de la recourante, laquelle doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Le rapport du Dr C._____ du 25 avril 2020 produit en procédure ne permet pas de parvenir à un autre résultat. En premier lieu, ce médecin n'est pas psychiatre. Ses considérations relatives à la « vulnérabilité psychologique » de sa patiente ne sont au demeurant pas nouvelles, puisqu'en février 2018, le Dr C._____ notait déjà qu'« il persist[ait] de toute évidence un abaissement du seuil de tolérance à la douleur, reflet d'un état dépressif majeur qui requiert des soins spécifiques ». Si le Dr J._____ a effectivement indiqué, en p. 4 du rapport d'examen SMR du 14 août 2019, que c'est le Dr H._____ qui avait rédigé le rapport du 17 février 2018, alors que l'auteur de ce rapport - ce n'est pas _____ contesté - est le Dr C._____, cela ne permet cependant pas de nier de ce seul fait toute valeur probante au rapport d'examen bidisciplinaire du SMR. Le Dr C._____ ne fait en effet pas état dans son rapport du 25 avril 2020, pas plus que dans son rapport du 26 août 2020, d'éléments qui auraient été ignorés par le Dr J._____. Au demeurant, ces rapports sont largement superposables à celui rédigé en 2018, s'agissant notamment de l'interaction des facteurs prédisposants, déclenchants et aggravants. En particulier, le Dr C._____ a conclu, dans son rapport du 25 avril 2020, à la possibilité d'une réinsertion professionnelle dans une activité adaptée évitant la position statique durant trop longtemps, les mouvements répétitifs des membres supérieurs et le port de charges supérieur à 5 kg, ce qui correspond aux limitations fonctionnelles déjà énumérées en février 2018. Dans ces conditions, l'OAI n'a pas erré en retenant, sur la base du

rapport du Dr J._____, que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle, laquelle est adaptée.

cc) Sur le plan psychiatrique, le rapport d'examen bidisciplinaire doit également se voir reconnaître pleine valeur probante. Comme le Dr J._____, la Dre S._____ a procédé à l'examen de la recourante, dont elle a recueilli les plaintes. Quoiqu'en dise la recourante, la spécialiste précitée a bien relaté son anamnèse familiale, en précisant en particulier que la mère de la recourante était décrite comme « toxique » et souffrant d'alcoolisme (cf. rapport d'examen SMR, p. 9). C'est du reste ce qui avait poussé la recourante à couper tous les ponts avec sa mère à l'âge de 18 ans. Il ne résulte pas du dossier que la recourante aurait subi du harcèlement sexuel de la part de son grand-père paternel. Cet élément a été mentionné pour la première fois par la Dre K._____ dans son rapport du 16 décembre 2019, établi plusieurs mois après l'examen SMR du mois de juillet 2019. On y lit du reste que la recourante a passé sous silence ces attouchements lors de l'examen SMR. De même, elle n'a pas fait état lors de l'examen en question du harcèlement scolaire dont elle a été victime, également mentionné pour la première fois par la Dre K._____ dans le rapport précité.

En outre, la Dre S._____ a exposé en détail les raisons pour lesquelles les éléments du dossier, l'anamnèse et l'examen permettaient de poser le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Elle a ainsi en particulier relevé que l'examen de la thymie n'objectivait qu'un abaissement de l'humeur léger et fluctuant. Il n'y avait pas de diminution de l'intérêt et du plaisir. L'élan vital était conservé. Il n'y avait pas de diminution de la concentration et de l'attention. Elle a également exposé les raisons pour lesquelles elle avait posé le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Elle a relevé à cet égard des comportements autoagressifs multiples, la prise de toxiques retrouvés dans l'anamnèse témoignant d'un trouble identitaire et d'une recherche de limites allant le sens du diagnostic. La Dre S._____ a indiqué que si

ces comportements avaient pratiquement disparu, il persistait une légère labilité émotionnelle ; au jour de l'expertise, l'assurée avait retrouvé une bonne stabilité dans son fonctionnement psychique en général permettant d'affirmer que le trouble, bien qu'encore présent, était compensé, de sorte que ce diagnostic ne présentait pas de caractère incapacitant. Il en va de même pour les traits de personnalité histrionique mis en évidence par l'experte psychiatre, prenant la forme d'un comportement très dramatique avec un discours autocentré déjà constaté par l'expert N. _____ en 2017. La Dre K. _____ a toutefois contesté le caractère non-incapacitant de ces atteintes, au motif que le trouble de la personnalité, et les traits de personnalité histrioniques, étaient corrélés au trouble somatoforme.

A cet égard, la Dr S. _____ a expliqué pourquoi il n'existait aucun argument en faveur d'un syndrome somatoforme douloureux, mettant en évidence l'absence de plaintes somatiques multiples, variables dans le temps et persistantes, d'une part, et de détresse, d'autre part. La Dre K. _____ a critiqué cette appréciation, relevant que l'intéressée présentait des plaintes somatiques multiples, prenant la forme de troubles du transit intestinal, de céphalées, des lombosciatalgies et de cervicobrachialgies ; quant à l'absence de détresse, la psychiatre traitante la mettait sur le compte des traits de personnalité histrionique. Elle reprochait en outre la non-prise en compte des limitations fonctionnelles de la recourante, en particulier de la tolérance au stress, sa capacité de concentration, de mémorisation et de fatigabilité liée aux douleurs. En l'occurrence, même à considérer que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux devait être retenu, force est de constater qu'il serait sans incidence sur la capacité de travail de la recourante. En effet, l'atteinte à la santé ne laisse pas apparaître un degré de gravité fonctionnel élevé, ce que la Dre K. _____ elle-même reconnaît en la qualifiant, à l'instar de l'expert N. _____, de trouble à symptomatologie somatique léger, et soulignant l'absence de nécessité d'une médication psychotrope. La recourante garde en outre d'assez bonnes ressources physiques, dispose d'autres ressources mobilisables, a gardé - malgré ses douleurs - une bonne intégration sociale et dispose d'un réseau social étoffé. Sous l'angle de la cohérence, il a été relevé des incohérences entre

des douleurs qualifiées par la recourante de très hautes, alors qu'en même temps elle est capable de faire le ménage et de passer l'aspirateur tous les jours, de faire la lessive, de confectionner les repas, de faire les commissions, de marcher entre 20 et 40 minutes, de conduire sa voiture. De nets motifs d'exclusion ont également été mis en évidence chez la recourante, telle qu'une importante démonstrativité et la présence de cinq signes comportementaux de Waddell sur cinq. Partant, et comme le relève la Dre R._____, les éléments recueillis et le contexte psychosocial permettent donc de constater que les ressources disponibles ou mobilisables sont conservées et en cohérence avec l'anamnèse et la vie quotidienne. Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant.

La Dre S._____ a ensuite exposé, sans être contredite, que la recourante avait effectivement présenté une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique dès le 5 octobre 2017, jusqu'au 28 juin 2018. C'est en se fondant sur la décompensation dépressive mentionnée par le rapport de la Dre L._____ du 28 février 2018 que la Dre S._____ a estimé qu'il était justifié de retenir un début d'incapacité de travail dès le 5 octobre 2017, correspondant au début du suivi chez la psychiatre prénommée.

Dès lors qu'au plan psychique, la recourante présente une capacité de travail entière dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée - sous réserve d'une période, limitée, courant du 5 octobre 2017 au 28 juin 2018 et donc inférieure à une année (cf. art. 28 LAI) -, c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit aux prestations.

dd) Sur le vu de tout ce qui précède, force est donc de constater que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié de manière significative depuis la décision du 19 février 2009.

7. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique. A cet égard, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément

d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire bidisciplinaire. Il y sera dès lors renoncé par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

8. 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 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. 1^{bis} première phrase LAI). En l'occurrence, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 janvier 2020 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 D._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour D. _____),
- 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 :