

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 septembre 2021

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Pasche, juge, et Feusi, assesseure  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Anne-Louise Gillièron,  
avocate à Yverdon-les-Bains,

et

**Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud**, à Vevey,  
intimé.

---

**Art. 43 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** R. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), originaire de [...], née en 196[...], mère de trois enfants, est arrivée en Suisse en 199[...].

L'assurée a exercé l'activité de trieuse de qualité pour B. \_\_\_\_\_, de 199[...] à 200[...], avant de bénéficier des prestations de l'assurance-chômage, puis du revenu d'insertion. Le 12 septembre 2005, elle a déposé une première demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Entre autres mesures d'instruction, l'OAI a recueilli l'avis du psychiatre traitant de l'assurée, à savoir le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 5 décembre 2005). Faisant état d'un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique et d'une personnalité borderline, ce spécialiste a attesté une incapacité totale de travail dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003.

A la requête de l'OAI (cf. avis du Service médical régional [SMR] de l'AI du 17 août 2006), la Dre E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a réalisé une expertise de l'assurée. Dans son rapport du 31 juillet 2007, elle a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (épisode dépressif léger) sans syndrome somatique et une personnalité émotionnellement labile type borderline. La Dre E. \_\_\_\_\_ a indiqué que la personnalité de l'assurée se décompensait sur un mode dépressif en fonction des événements vécus [...]. Elle a conclu à une incapacité de travail de 70 % du mois de janvier 2004 à la fin du mois de mars 2006, puis de 35 % dans une activité simple à partir du mois d'avril 2006.

Par projet de décision du 11 mars 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité pour une période limitée, du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 30 juin 2006, et de nier son

droit à une rente pour la période postérieure. Il considérait que l'intéressée présentait, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006, un taux d'invalidité de 38 % compte tenu de la capacité de travail résiduelle de 65 % attestée par la Dre E.\_\_\_\_\_.

Dans le cadre de la procédure d'audition qui a suivi, l'assurée a produit un rapport du 19 janvier 2009 du Dr D.\_\_\_\_\_ dans lequel celui-ci attestait la persistance d'une incapacité de travail totale depuis 2003.

Le 30 septembre 2009, l'OAI a rendu une décision par laquelle il a confirmé son projet de décision du 11 mars 2008.

**b)** Par acte du 29 octobre 2009, R.\_\_\_\_\_ a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, se prévalant notamment d'un nouveau rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2009.

Le 20 septembre 2011, le juge en charge de l'instruction de la cause a désigné le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise judiciaire. Avec l'accord du tribunal et des parties, le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est adjoint les services du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Les experts ont procédé aux examens utiles les 4 novembre et 9 décembre 2011, ainsi que le 6 mars 2012. Dans son rapport du 9 mars 2012, le Dr G.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu d'atteinte à la santé physique susceptible d'entraîner une incapacité de travail. De son côté, le Dr F.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble douloureux somatoforme persistant, une dysthymie et un trouble mixte de la personnalité avec traits anxieux et histrioniques. Selon son rapport du 20 avril 2012, l'assurée avait présenté une incapacité de travail d'au moins 80 % du 1<sup>er</sup> septembre 2003 au 31 décembre 2008, puis de 50 %, son état de santé psychique s'étant amélioré en raison de la cessation du harcèlement dont elle avait été victime de la part de son ex-mari. Il a toutefois précisé que cette dernière estimation reposait sur le fait que l'assurée présentait des douleurs qui l'obnubilaient, une irritabilité, une tristesse, une labilité émotionnelle et une asthénie dont il

n'appartenait pas au médecin de juger si elles avaient « valeur de jure de maladie ».

Statuant le 5 septembre 2012 (CASSO AI 517/09 - 312/2012), la Cour des assurances sociales a admis le recours et réformé la décision du 30 septembre 2009 en ce sens qu'une rente entière d'invalidité était allouée à l'assurée pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2004 au 31 mars 2009. La Cour a notamment considéré ce qui suit :

« Si l'on se réfère à la jurisprudence du Tribunal fédéral citée ci-avant (consid. 5b) et faute d'un autre diagnostic psychiatrique qui serait en soi invalidant, tel n'est pas le cas. Le diagnostic principal posé par le Dr F.\_\_\_\_\_ est celui de trouble somatoforme douloureux. La jurisprudence présume qu'un tel trouble n'entraîne pas d'incapacité de travail, sous réserve de circonstances particulières. Par ordre de gravité, le Dr F.\_\_\_\_\_ pose ensuite le diagnostic de dysthymie et de trouble mixte de la personnalité avec traits anxieux et histrioniques. Il ne considère pas que ce dernier trouble serait "décompensé actuellement" et précise qu'il n'est pas "source de difficultés de socialisation ou d'insertion professionnelle". Dans ces conditions, la dysthymie et le trouble de la personnalité diagnostiqués par le Dr F.\_\_\_\_\_ ne constituent pas des comorbidités psychiatriques au sens de la jurisprudence citée.

Par ailleurs, l'expert a mis en évidence une discordance entre la réalité et les plaintes de l'assurée, observant notamment que celle-ci disposait de relations sociales – certes vraisemblablement limitées – qu'elle pouvait solliciter si nécessaire. L'expert a également mentionné que la recourante était à même de s'occuper de ses enfants et de s'occuper de son ménage. Le Service de la protection de la jeunesse était intervenu pour sa fille aînée lorsque cette dernière avait été battue par son père et non en raison du comportement de sa mère. Si l'état psychique semblait cristallisé, il n'était donc pas accompagné d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. La recourante ne présentait pas d'atteinte chronique grave à son état de santé somatique, malgré des lipomes qui pouvaient être douloureux par moments. Enfin, le traitement psychiatrique avait été conduit de manière adéquate, mais aucune hospitalisation en milieu psychiatrique n'avait été nécessaire et la compliance médicamenteuse n'était qu'aléatoire.

Ces circonstances justifient de considérer que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, l'état de santé de la recourante s'est amélioré dans une mesure suffisante pour lui permettre de reprendre une activité professionnelle au moins à un taux de 65%, comme l'avait précédemment constaté la Dresse E.\_\_\_\_\_. Le point de savoir si une capacité de travail plus importante devrait être considérée comme établie doit être laissé ouvert, dans la mesure où cela reste sans influence sur le droit aux prestations litigieuses (cf. consid. 7 ci-après). »

**c)** Par arrêt du 30 avril 2013 (TF 9C\_892/2012), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public déposé par R. \_\_\_\_\_ à l'encontre de l'arrêt cantonal.

**B. a)** Le 9 mars 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC) le 18 septembre 2017 pour lequel elle a été hospitalisée aux A. \_\_\_\_\_ du [...] au [...] septembre 2017 (cf. lettre de sortie du 31 octobre 2017).

Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, l'intéressée a produit un rapport du 17 avril 2018 de la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et cheffe de clinique au H. \_\_\_\_\_. L'OAI a ensuite recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée, à savoir le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale (rapport du 30 mai 2018), la Dre K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et cheffe de clinique au H. \_\_\_\_\_ (rapports des 6 et 11 juin 2018), et la Dre L. \_\_\_\_\_, médecin-assistante au service d'hématologie du H. \_\_\_\_\_ (rapport du 14 juin 2018).

Il ressortait de la documentation médicale recueillie que l'assurée souffrait sur le plan psychique d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, d'un trouble de la personnalité de type borderline et d'un trouble somatoforme indifférencié, pathologies entraînant une incapacité de travail totale. La Dre I. \_\_\_\_\_ décrivait un isolement de l'assurée plus important depuis l'AVC, une anxiété diffuse, une tristesse en augmentation, une autodévalorisation de plus en plus présente, des idées suicidaires, une rupture avec l'entourage familial, des troubles cognitifs et une fatigabilité plus importante.

Sur le plan neurologique, la Dre K. \_\_\_\_\_ retenait un status post AVC ayant entraîné une incapacité de travail de 20-30 % dès le 27 février 2018 du fait de la fatigue post AVC et de troubles de l'équilibre. Les investigations hématologiques avaient permis d'identifier une thrombocytopénie essentielle comme cause probable de l'AVC.

Le 25 juin 2018, l'assurée a déposé une demande de moyens auxiliaires (déambulateur) auprès de l'OAI. Elle a complété sa demande par la production d'une ordonnance du Dr J.\_\_\_\_\_ datée du 6 août 2018. Ce dernier a précisé le 18 octobre 2018 que sa patiente présentait des troubles de l'équilibre.

Par communication du 12 novembre 2018, l'OAI a alloué à l'assurée le moyen auxiliaire demandé.

Dans un avis du 19 février 2019, la Dre M.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé que l'instruction de la nouvelle demande devait être poursuivie du fait de l'AVC et d'une possible aggravation de l'état de santé psychique de la recourante. Elle a proposé de recueillir de plus amples informations auprès des médecins traitants de l'assurée.

Par communication du 25 février 2019, l'OAI a refusé à l'assurée des mesures de réadaptation professionnelle, estimant qu'elles n'étaient pas envisageables.

La documentation recueillie à la suite de l'avis médical du SMR du 19 février 2019 montrait que l'assurée présentait surtout de multiples problèmes somatoformes, avec un impact important sur sa qualité de vie et sur les actes de la vie quotidienne, sans incapacité de travail sur le plan strictement neurologique. En revanche, les troubles psychiques justifiaient une demande de prestations de l'AI (rapport du 19 octobre 2018 du Prof. N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et de la Dre K.\_\_\_\_\_). Quant au Dr J.\_\_\_\_\_, il a fait état d'une évolution lentement favorable avec des troubles de l'équilibre persistants qui justifiaient l'usage d'un déambulateur ; sur le plan psychique, il relevait de la fatigue et de l'anxiété (rapport du 9 mai 2019).

Le 24 juin 2019, le Service de psychiatrie du H.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait consulté la dernière fois le 29 janvier 2019. En 2018, elle ne s'était pas présentée de juin à novembre. Pour ce service, la

situation n'avait « absolument pas changé » depuis le rapport du 17 avril 2018 auquel il convenait de se référer.

Dans son avis du 5 septembre 2019, la Dre M. \_\_\_\_\_ a retenu que l'instruction de la nouvelle demande ne relevait pas d'élément en faveur d'une aggravation de l'état de la santé psychique. Elle concluait à une capacité de travail dans une activité adaptée de 65 %. Dans l'axe neurologique, elle retenait une incapacité de travail à 100 % du mois de septembre 2017 au 27 février 2018 et une capacité de travail de 65 % dans une activité adaptée (« fatigue, trouble équilibre, dépression ») du 27 février 2018 au 12 juin 2018, date à laquelle il n'existait plus d'incapacité de travail au plan neurologique.

Par projet de décision du 18 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la nouvelle demande de prestations déposée le 9 mars 2018, dès lors qu'à l'échéance du délai de six mois après le dépôt de la demande, soit le 12 septembre 2018, l'assurée avait recouvré la même capacité de travail et de gain que celle retenue dans sa décision du 30 septembre 2009.

Par courrier du 2 décembre 2019 de son hématologue traitant, le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en hématologie, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné. Ce médecin a rappelé que sa patiente souffrait au quotidien de limitations physiques et psychologiques, et qu'elle était traitée au long cours pour une thrombocytose essentielle, s'étant manifesté par un AVC, ainsi que pour des troubles psychologiques de mauvais pronostic. L'assurée a complété sa contestation le 17 décembre 2019.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2020, la Dre M. \_\_\_\_\_ a estimé que le Dr O. \_\_\_\_\_ ne relevait pas de nouvelles limitations fonctionnelles durables dans l'axe hématologique. Elle a maintenu ses conclusions.

Par décision du 3 juillet 2020, assortie d'une motivation séparée du même jour, l'OAI a confirmé son projet de décision du 18 novembre 2019.

**b)** Par acte du 4 septembre 2020, R.\_\_\_\_\_, représentée par Me Anne-Louise Gillièron, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et le bénéfice de l'assistance judiciaire. Elle invoque notamment de nouvelles atteintes à la santé sur les plans somatique et psychique à la suite de l'AVC dont elle a été victime. Elle reproche à l'intimé une instruction lacunaire de son dossier.

Dans sa réponse du 6 octobre 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il produit un nouvel avis de la Dre M.\_\_\_\_\_ daté du 1<sup>er</sup> octobre 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 porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée le 9 mars 2018.

**3. a)** 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).

**b)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

**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)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**b)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

**c)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418 ; 145 V 215). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

La preuve de troubles psychiques et psychosomatiques suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une fois le diagnostic posé, 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).

**5. a)** En l'espèce, il convient d'examiner si le taux d'invalidité de la recourante a subi une modification significative entre la décision du 30 septembre 2009 ayant fait l'objet du premier recours et la décision litigieuse.

Dans l'arrêt du 5 septembre 2012, la Cour des assurances sociales a réformé la décision du 30 septembre 2009 en ce sens qu'une

rente entière d'invalidité était allouée à l'assurée pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2004 au 31 mars 2009, reconnaissant une incapacité de travail d'au moins 80 % du 1<sup>er</sup> septembre 2003 au 31 décembre 2008 sur la base du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 20 avril 2012. Elle a estimé, pour la période postérieure, que les critères de l'ancienne jurisprudence applicable à l'évaluation des troubles somatoformes ne permettaient pas d'admettre une incapacité de travail à raison d'un tel trouble, ou en tout cas pas une incapacité de travail supérieure à 35 % (CASSO AI 517/09 - 312/2012 consid. 6b/cc).

**b)** La recourante a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 9 mars 2018 à la suite de l'accident vasculaire cérébral dont elle a été victime le 18 septembre 2017. Cet événement constitue un indéniable fait nouveau par rapport à l'état de santé déterminant sur lequel se fonde la décision du 30 septembre 2009. Il se justifiait ainsi d'entrer en matière comme l'intimé l'a fait à juste titre.

Au terme du séjour hospitalier, les médecins des A. \_\_\_\_\_ n'ont pas attesté une incapacité de travail chez une patiente qui n'avait plus besoin d'un déambulateur que de manière intermittente, étant observé qu'une aide à domicile avait été mise en place à cette période (lettre de sortie des A. \_\_\_\_\_ du 31 octobre 2017). La question de la capacité de travail à la sortie de l'hôpital était toutefois peu pertinente pour une bénéficiaire de l'aide sociale. L'AVC a toutefois entraîné des atteintes à la santé sur le plan neurologique justifiant semble-t-il une incapacité de travail à 100 % du mois de septembre 2017 au 27 février 2018 selon la Dre M. \_\_\_\_\_ (cf. avis SMR du 5 septembre 2019).

Dans son rapport du 17 avril 2018, la Dre I. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), de trouble de la personnalité de type borderline (F60.31) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Elle a estimé que sa patiente présentait une incapacité de travail totale. Elle a indiqué ce qui suit :

« Depuis [l'AVC], l'état psychique de la patiente se péjore. Elle est très angoissée par rapport à la mort et à l'idée de refaire un AVC. Son état physique s'est également péjoré en lien avec l'AVC.

Dans l'anamnèse familiale, nous mettons en évidence de nombreux AVC chez le père, la mère, ainsi qu'un frère, tous décédés des suites d'un AVC. La mère est restée paraplégique durant 2 ans.

(...) La patiente a une peur considérable de refaire un AVC, ce qui l'angoisse énormément. Après le 18.09.2017, non seulement l'état physique s'est péjoré, mais l'état psychique également. Après l'AVC, Mme s'est encore plus isolée et marche avec un tintébin. D'un point de vue psychique, elle n'a aucune envie de sortir de chez elle et elle présente une anxiété diffuse, une tristesse en augmentation, une auto-dévalorisation de plus en plus présente. Les idées suicidaires sont toujours présentes, mais elle dit effectivement qu'elle ne passera pas à l'acte en regard à sa fille cadette, dont elle doit encore s'occuper. Mme a rompu tout contact avec son fils et sa fille aînée et n'a plus d'entourage familial près d'elle. Nous constatons également une fatigabilité plus importante. Les troubles cognitifs se sont péjorés et ont augmenté après l'AVC, ce qui se traduit par des oublis à la maison et des gestes bizarres (mettre des aliments non réfrigérables dans le frigo et les chercher ailleurs). Elle fait des efforts pour trouver ses mots et se souvenir de certaines choses. L'annonce d'une anomalie sanguine et le risque élevé de refaire un AVC a provoqué beaucoup d'angoisses, qui fait que la patiente dort fréquemment sur le canapé du salon, évitant son lit pour ne pas se souvenir du moment de l'AVC. Elle rapporte dormir par intermittence sur la longueur de la journée et de la nuit, en raison également des ballonnements toujours présents et difficiles à gérer. En résumé, elle présente un trouble du sommeil assez important.

(...)

Le pronostic nous paraît sombre au niveau psychique, l'évolution est défavorable au vu de l'observation sur plusieurs années. »

Dans son courrier du 24 juin 2019, le Service de psychiatrie du H. \_\_\_\_\_ fait état d'une situation inchangée.

**c)** Après avoir examiné ces rapports, la Dre M. \_\_\_\_\_ exclut une modification significative de la situation de la recourante (cf. avis SMR des 5 septembre 2019 et 1<sup>er</sup> octobre 2020). En particulier, elle ne relève pas d'élément en faveur d'une aggravation de l'état de la santé psychique et conclut à une capacité de travail de 65 % dans une activité adaptée.

**d)** Exclure une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante nécessite une évaluation à la lumière des indicateurs jurisprudentiels déterminants. En effet, en présence d'une modification de l'état de santé de l'assurée depuis la première demande de prestations AI pour adulte évaluée selon l'ancienne jurisprudence, il convient désormais

d'examiner le cas à la lumière, non plus de la jurisprudence en vigueur à l'époque, mais de la jurisprudence actuelle relative à l'évaluation des conséquences d'atteintes à la santé psychique sur la capacité de travail (ATF 141 V 281), ceci conformément au principe qui rend une nouvelle jurisprudence applicable *ex nunc* et *pro futuro* (ATF 140 V 154 consid. 6.3.2 et les références citées ; TF 9C\_346/2017 du 14 novembre 2017 consid. 5.3.1).

En l'occurrence, la Dre I.\_\_\_\_\_ montre une possible aggravation de l'atteinte à la santé psychique et des limitations qu'elle entraîne. L'état dépressif est désormais qualifié de gravité moyenne et le status post AVC constitue une nouvelle comorbidité. On constate des indices en faveur d'une atteinte cognitive (oublis et gestes bizarres) présentée comme une potentielle conséquence de l'AVC sans qu'un substrat organique ait pu être confirmé ou infirmé par des examens neuropsychologiques. La Dre I.\_\_\_\_\_ explique aussi que la recourante a rompu tout contact avec son fils et sa fille aînée et n'a plus d'entourage familial, montrant de la sorte une possible péjoration de l'isolement social. Dans ces circonstances, une aggravation du degré de gravité fonctionnelle des atteintes à la santé psychiatriques ne peut pas être exclue sans plus amples investigations (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1 et 4.3.3).

Ainsi, l'AVC a pu avoir une influence importante sur l'état de santé psychique de la recourante, ceci quand bien même les neurologues du H.\_\_\_\_\_ n'admettent plus d'incapacité de travail sur le plan strictement neurologique. Ces mêmes neurologues soulignent au demeurant l'existence de troubles psychiatriques entraînant une incapacité de travail (rapport du 19 octobre 2018 du Prof. N.\_\_\_\_\_ et de la Dre K.\_\_\_\_\_), de sorte qu'une évaluation conjointe est nécessaire pour éviter toute ambiguïté sur l'existence ou non de limitations d'origine somatique ou psychiatrique et, cas échéant, pour les quantifier. Une telle évaluation conjointe est d'autant plus nécessaire que le Dr J.\_\_\_\_\_ fait état, dans son rapport du 9 mai 2019, postérieur à celui du H.\_\_\_\_\_ précité, de la persistance d'un trouble de l'équilibre et d'un usage toujours actuel du déambulateur que l'intimé a accepté de prendre en charge (cf.

communication du 12 novembre 2018). Une aide à domicile paraît du reste avoir été mise en place (rapport du 19 octobre 2018 du Prof. N.\_\_\_\_\_ et de la Dre K.\_\_\_\_\_ ; lettre de sortie des A.\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2017). Des troubles somatiques ne peuvent ainsi être définitivement exclus.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Le point de savoir si la recourante présente effectivement des troubles psychologiques, neurologiques ou neuropsychologiques n'a pas été élucidé à satisfaction de droit. 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). Un complément d'instruction avec une expertise pluridisciplinaire comprenant à tout le moins des volets psychiatriques, neurologiques et de médecine interne - vu également les problèmes hématologiques de la recourante - est nécessaire, le SMR ou les experts pouvant le cas échéant y adjoindre toutes spécialités qu'ils estimeraient utiles. Il conviendra préalablement de réinterroger le Dr J.\_\_\_\_\_ pour qu'il explique avec précision dans quelle mesure et durant quelle période sa patiente a bénéficié d'aide à domicile, ceci afin que les experts puissent

se prononcer en toute connaissance de cause sur le potentiel caractère uniforme des limitations affectant la recourante.

**c)** Dès lors que le recours doit être admis pour ces motifs, il est superfétatoire de statuer sur les autres arguments soulevés par la recourante, ceci notamment en relation avec d'éventuelles mesures professionnelles.

**7. a)** En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'800 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 la mettre à la charge de la partie intimée. Cette indemnité couvre l'indemnité d'office qui aurait été allouée à Me Gillieron (cf. liste des opérations du 23 avril 2021), sans qu'il n'y ait besoin de la fixer plus précisément en l'état.

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 3 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui

étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et 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 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Anne-Louise Gillièron (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :