

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 octobre 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

D._____, à [...] (TI), recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPG.

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de deux enfants majeurs, titulaire d'un CFC d'employée de commerce, a déposé le 18 janvier 2013 une demande de moyens auxiliaires auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à la prise en charge d'une perruque. Cette demande a été contresignée par la Dre L._____, spécialiste en neurologie et médecin responsable d'unité à la Clinique N._____, qui y a indiqué que l'assurée avait été opérée pour une rupture d'anévrisme le 3 décembre 2012 et hydrocéphalie le 24 décembre 2012, en précisant que l'absence de chevelure à droite modifiait l'aspect extérieur de la patiente.

Le 14 février 2013, l'assurée a écrit à l'OAI en l'informant que seuls ses médecins traitants disposaient de son dossier médical, en précisant que la Clinique N._____ n'était pas autorisée à fournir des renseignements sans son accord.

Le 26 février 2013, le Dr BB._____, spécialiste en neurologie à l'Hôpital P._____, a indiqué que l'assurée avait séjourné dans ledit hôpital du 2 au 31 décembre 2012. Il a en outre listé les différentes interventions qu'elle avait subies. Il a joint à son envoi ses rapports des 31 décembre 2012 et 4 février 2013.

B. Le 9 octobre 2013, l'assurée a rempli un formulaire de détection précoce, en précisant avoir travaillé du 1^{er} septembre 2002 au 30 novembre 2010 comme secrétaire pour le compte de la Haute Ecole S._____, à des taux variant entre 40 et 70 %. Elle avait été en incapacité totale de travailler à compter du 28 novembre 2012, en raison d'un AVC [accident vasculaire cérébral].

C. Le 26 mars 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant quant au genre de l'atteinte « AVC », l'atteinte existant depuis le 28 novembre 2012.

Le 20 mai 2014, le Professeur V._____, spécialiste en neurologie, a indiqué ce qui suit à l'OAI :

« Suite à votre demande du 27 mars 2014, j'ai revu la patiente récemment.

Il m'est difficile de donner des précisions concernant la demande d'une rente AI complète ou partielle avant que nous ayons pu terminer nos investigations complémentaires et surtout un bilan neurocognitif qui se fera auprès de la Professeure R._____ au Centre hospitalier H._____.

Dès cette évaluation terminée, je ne manquerai pas de préciser le questionnaire concernant la patiente susnommée pour une réinsertion professionnelle éventuelle ou une rente AI. »

Il résulte d'un avis du 9 juillet 2014 du Dr K._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) ce qui suit :

« Assurée employée de commerce, avec dernier emploi de 2002 à novembre 2010 à la Haute Ecole S._____ de [...]. Depuis elle indique qu'elle est femme au foyer.

Elle dépose une demande de MA [moyens auxiliaires] (perruque) après la perte de ses cheveux suite à de multiples irradiations (CT, angiographies répétées).

Dans un premier temps on lui a conseillé de ne pas déposer de demande.

Elle a subi une hémorragie sous-arachnoïdienne fin novembre 2013, avec transfert de [...] à l'Hôpital P._____ où elle a séjourné du 2 au 31.12.2013. Son atteinte est peu banale :

Hémorragie sous-arachnoïdale provenant d'une artère basilaire, compliquée par de multiples spasmes vasculaires et développements d'états comateux, ayant nécessité de multiples mesures urgentes de coiling, de spasmolyses par Nimotop et de pose de drainage ventriculaire.

Finalement l'évolution a été favorable, avec récupération des fonctions principales, mais persistance d'une perte des cheveux attribuée aux multiples irradiations, de troubles visuels (baisse de l'acuité, diplopies par intermittence) possiblement induits par une cataracte due aux irradiation[s] et d'autres troubles (parésie d'une branche buccale, faiblesse aux membres inférieurs, troubles de l'odorat, troubles de la mémoire, céphalées lors d'efforts physiques). A noter que l'assurée semble ne garder aucun souvenir de ce séjour hospitalier.

Au contact téléphonique l'assurée semble avoir un fort caractère et ne veut fournir sans autre des informations (cf. lettre du 14.02.2014).

A mon avis son état de santé n'est pas stabilisé, le suivi est en cours, en particulier un examen neuropsychologique.

Je ne vois pas l'utilité de mesures professionnelles.

Le status de l'assurée n'est pas clair : Est-elle à considérer comme active ou comme femme au foyer ?

Le prof. V._____ a promis de donner suite à la demande de rapport. Est-ce qu'il va le faire ? Je propose de le relancer si en novembre nous n'avons pas reçu son rapport médical. La lettre de sortie de l'Hôpital P._____ est adressée à la Dre [...], généraliste à [...]. Je propose de l'interroger, cela me semble compatible avec la lettre de l'assurée du 14.02.2014. »

Dans un rapport du 4 septembre 2014, le Prof V._____ a fait état d'une capacité de travail de 50 %, soit au taux de 40-70 % du taux de 70 % dans l'activité exercée à ce jour. Il a en outre précisé que dans une activité adaptée, on pouvait s'attendre à une reprise au taux de 50 % environ. Il a joint à ce rapport copies de plusieurs rapports parmi lesquels :

- un rapport du 31 janvier 2013 des Drs CQ._____, spécialiste en neurologie, et L._____, dont il ressort que l'assurée a séjourné du 31 décembre 2012 au 17 janvier 2013 pour neuro-rééducation à la Clinique N._____;
- un rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale et d'angio-IRM des vaisseaux pré- et intra-cérébraux de contrôle du 7 avril 2014 du Dr [...], spécialiste en radiologie, aux conclusions suivantes : *« Bon fonctionnement de la dérivation ventriculaire droite compte tenu de la conservation de la morphologie des ventricules et l'absence de changement par rapport aux examens précédents (février 2013). Séquelles d'anciens AVC ischémiques du tronc cérébral de localisation bilatérale, mais à prédominance gauche. Il n'y a pas de nouveau accident vasculaire. Pas de foyer d'hémorragie. Le reste de l'encéphale est de morphologie normale. Excellente perméabilité du stent localisé dans l'artère basilaire et perméabilité normale de l'ensemble du polygone de Willis.*

Aspect normal des vaisseaux du cou y compris les deux artères vertébrales. Pas de rehaussement pathologique après l'injection de produit de contraste sur l'encéphale et notamment dans la fosse postérieure » ;

- un rapport du 27 mai 2014 du Dr F._____, du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier H._____, selon lequel même si elle n'avait objectivement pas de déficit sensitif ou moteur ni de troubles de la marche, elle souffrait d'un syndrome post-hémorragie sous-arachnoïdienne avec d'importants troubles cognitifs, une sensation de fatigue permanente et des troubles de la concentration et de l'humeur avec labilité émotionnelle ;
- un rapport du 14 juillet 2014 de la Prof. R._____, cheffe du Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier H._____, qui estimait notamment que le tableau séquellaire neuropsychologique était de nature à diminuer la capacité de travail et qu'il était fort probable que le taux d'activité soit diminué et se situe autour de 70 % et que le rendement, dans ce contexte, se situe entre 40 et 70 % ;
- un rapport du 5 août 2014 du Prof V._____, selon lequel l'examen neurologique qu'il avait pratiqué le 28 juillet 2014 était parfaitement normal.

Le Dr Y._____, spécialiste en médecine interne générale, a déposé son rapport le 10 novembre 2014 auquel il a joint divers rapports médicaux. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après hémorragie sous-arachnoïdienne sur rupture d'anévrisme au niveau de l'artère basilaire en décembre 2012, de fléchissement mnésique antérograde verbal et fatigabilité accrue, d'hypertension artérielle labile et de céphalées de type migraine. Le Dr Y._____ a expliqué avoir suivi l'assurée du 26 mai 2014 au mois de juillet 2014. Quant à la capacité de travail, il a mentionné que la Prof. R._____ estimait qu'elle était d'environ 70 %. Il ne se prononçait toutefois pas sur ce taux, ni sur les autres questions du rapport, qui étaient selon lui du ressort des spécialistes que l'assurée consultait. Selon le rapport du 5 août 2014 du

Prof V._____ joint à l'envoi du Dr Y._____, faisant suite à la consultation neurologique du 28 juillet 2014, l'examen neurologique était actuellement parfaitement normal.

Dans un avis médical du 23 janvier 2015, le Dr Z._____ du SMR a relevé ce qui suit :

« Cette assurée suisse de [...] ans, mariée, deux enfants nés en [...] et [...], est employée de commerce et a travaillé de 2002 à novembre 2010 à la Haute Ecole S._____ de [...]. Elle est sans emploi depuis 2010, femme au foyer.

Elle présente brutalement fin novembre 2012 un syndrome méningé (fortes céphalées, nausées, vomissements, raideur de la nuque, phono/photophobie) mettant en évidence une hémorragie sous-arachnoïdienne en rapport avec la rupture d'un anévrisme basilaire. Hospitalisée initialement à la Clinique [...] à [...], elle est ensuite transférée à l'Hôpital P._____, où elle séjournera du 02 au 31.12.2012. L'évolution sera émaillée de multiples spasmes vasculaires, développement d'états comateux, ayant nécessité des mesures urgentes de coiling, spasmolyses par Nimitop, pose de deux stents, et d'une dérivation ventriculaire externe suite à la survenue d'une hydrocéphalie secondaire.

Elle développera rapidement une alopécie secondaire aux multiples irradiations (CT et angiographies répétées) pour laquelle une demande de MA (perruque) sera aussi faite initialement auprès de l'Al. Séjour de réhabilitation par la suite à la Clinique N._____ du 31.12.2012 au 18.01.2013. Evolution finalement favorable, avec récupération des fonctions principales, mais persistance d'une alopécie, de troubles visuels et autres (troubles de l'odorat, faiblesse MI, troubles de la mémoire).

Le neurologue Pr V._____ la revoit en urgence le 05.08.2014 pour de nouvelles céphalées : le status neurologique est tout à fait normal. Néanmoins, dans un courrier daté du 20.05.2014, il préconisait la réalisation d'un bilan neuro-psychologique auprès de la Dre R._____ du Centre hospitalier H._____. Cette dernière effectue ce bilan les 18.06 et 08.07.2014, montrant certes une nette amélioration sur le plan cognitif par rapport à l'évaluation faite lors du séjour à Clinique N._____, mais avec un fléchissement mnésique antérograde verbal, une fatigabilité accrue et un discret ralentissement. La CT [capacité de travail] est alors selon elle diminuée à 70 % avec une diminution de rendement.

Le Pr V._____ est tout à fait en accord avec les conclusions de la Dre R._____, et atteste les troubles cognitifs séquellaires à l'hémorragie méningée, et confirme ainsi l'exigibilité maximum de 50 % correspondant au taux de 70 % avec diminution de rendement de 30 % environ selon le Dr R._____. »

Une enquête ménagère a été menée le 3 août 2015 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 11 août 2015, l'enquêtrice a estimé qu'il convenait de retenir un statut de mi-active mi-ménagère jusqu'à fin 2012, puis d'active à 100 % dès janvier 2013. Les incapacités ménagères ont été estimées à 35,2 %.

Par avis du 8 octobre 2015, un juriste de l'OAI a retenu que le début de la longue incapacité de travail remontait au 28 novembre 2012, date de l'AVC. Le statut d'active à 100 % à compter de janvier 2013 a été confirmé.

Dans un rapport final du Service de réadaptation de l'OAI du 25 février 2016, le spécialiste en réinsertion de l'OAI a retenu qu'aucune mesure de formation professionnelle ne pouvait être exigée de l'assurée compte tenu de ses limitations neuropsychologiques. En revanche, sur la base des indications médicales, on pouvait attendre d'elle qu'elle exerce une activité simple et répétitive dans le domaine administratif, telle qu'aide de bureau ou employée au service de scannage ou dans d'autres domaines d'activité.

Par décision du 10 juin 2016, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2014.

D. Par acte du 11 juillet 2016, D._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec intérêts à 5 % l'an, à compter du 1^{er} juillet 2013, subsidiairement du 1^{er} mars 2014, les rentes pour enfants étant adaptées en conséquence. Avec son recours, elle a notamment produit un rapport du 3 juin 2016 du Dr X._____, spécialiste en neurochirurgie, qui a constaté la stabilité clinique et radiologique à la suite de la dérivation ventriculo-péritonéale, prévoyant de revoir la patiente en mai 2017 pour un contrôle clinique. Un suivi ophtalmologique était également proposé, ainsi qu'une consultation spécialisée des céphalées.

Par arrêt du 22 mars 2017 (cause AI 180/16 - 98/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours, en retenant en particulier ce qui suit (consid. 5) :

« 5. S'agissant de la capacité de travail, dans son avis du 14 juillet 2014, la Dre R._____ n'a pas indiqué si les informations qu'elle avait données, à savoir un taux d'activité de 70% avec un rendement entre 40 et 70 %, devaient s'entendre dans l'activité habituelle de l'assurée ou dans une activité adaptée. Le Dr V._____ a toutefois quant à lui précisé cet aspect dans son rapport du 4 septembre 2014, en retenant les mêmes taux d'activité que ceux retenus par la Dre R._____ dans l'activité habituelle, mais en estimant par contre le degré de capacité de travail à 50 % environ dans une activité adaptée. Cette appréciation n'est pas contredite. La recourante elle-même ne la remet pas sérieusement en cause, se contentant de déplorer que le Dr Z._____ du SMR ne l'ait pas examinée, ni n'ait pris contact avec ses thérapeutes.

Or ce médecin a étudié l'entier des pièces médicales au dossier - savoir en particulier celles émanant des médecins de la recourante - et a confirmé le taux de 50 % retenu par le Dr V._____ (cf. avis du 23 janvier 2015). Dans la mesure où les éléments médicaux ne sont pas contradictoires, et permettaient au SMR de se déterminer en connaissance de cause sur les atteintes de la recourante, le fait que le Dr Z._____ ne l'ait pas examinée est sans incidence sur l'issue du litige. Le rapport du Dr X._____ du 3 juin 2016 produit à l'appui du recours vient quant à lui confirmer la stabilité clinique et radiologique à la suite de la dérivation ventriculo-péritonéale, sans attester de péjoration de l'état de l'assurée.

Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'intimé selon laquelle l'assurée est en mesure d'exercer une activité adaptée au taux de 50 %. »

Cet arrêt a été confirmé par arrêt du Tribunal fédéral du 30 octobre 2017 (cause 9C_376/2017). La demande de révision que la recourante a dirigée contre cet arrêt a été rejetée par le Tribunal fédéral le 22 mars 2018 (cause 9F_1/2018).

E. Par courrier du 3 mai 2018, alors que l'OAI l'avait informée le 25 avril 2018 que son dossier était maintenu fermé auprès de lui, ses différents recours ayant été rejetés, l'assurée a sollicité la révision de son dossier, en lui demandant de prendre contact avec son médecin traitant, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale.

Invitée à rendre plausible une aggravation de son état, elle a produit le 3 juin 2018 un rapport du 28 mai 2018 du médecin précité,

selon lequel elle souffrait de troubles psychiatriques sévères qui n'avaient jamais été pris en compte, sous forme de dépression larvée sévère avec somatisation, et qu'elle avait présenté un état de stress post-traumatique chronique qui avait amené à une modification durable de sa personnalité. Le Dr M._____ était d'avis que le taux d'invalidité de sa patiente était de 100 % et qu'une révision de la rente était importante.

Le 13 juin 2018, le Dr W._____ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en place un examen/expertise psychiatrique, résumant la situation comme il suit :

« Voir rapport d'examen SMR du 23.01.2015 : CT 50 % en toute activité.

Assurée de 55 ans, au bénéfice de $\frac{3}{4}$ de rente, (DI 62 %) dès septembre 2014 en raison des séquelles neurocognitives de la rupture d'un anévrisme basilaire traité par « stent et colling » le 03.12.2012 à l'Hôpital P._____ à [...] (voir corps du RM du Dr F._____, radiologie interventionnelle Centre hospitalier H._____, du 27.05.2014, GED 04.09.2014).

A signaler un long parcours juridique jusqu'aux Hautes Instances pour reconnaissance d'une IT totale, ce qui a été rejeté (liquidation du recours 20.04.2018)

Nous recevons le RM du Dr M._____, généraliste, du 28.05.2018 qui produit la liste des diagnostics connus et atteste une IT de 100 % sur la base d'un état de stress post-traumatique (TSPT), modification durable de la personnalité et symptomatologie dépressive sévère larvée.

Le diagnostic de TSPT n'a jamais été évoqué auparavant et il est retenu actuellement sans éléments cliniques et anamnétiques convaincants ; le séjour aux soins intensifs en serait l'élément déclencheur ce qui demande une vérification avec les critères diagnostics.

Nous signalons que l'assurée n'a jamais fait recours à des soins psychiatriques, mais des signes d'appel, telle une labilité émotionnelle, ont été évoqués lors de l'examen neuropsychologique du 14.17.2014 quand était suggérée une évaluation psychiatrique. »

Sur le formulaire pour la révision de la rente, l'assurée a indiqué le 25 juin 2018 exercer une activité bénévole consistant à « prêter une oreille attentive aux personnes lésées par le système des assurances sociales dans notre canton », « pour les personnes lésées par les décision[s] incompréhensibles et inadéquates de l'OAI ou de leur assureur-maladie ».

Par courrier du 7 novembre 2018, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle était contrainte de quitter définitivement son canton pour ne plus avoir affaire à l'office, expliquant que son état de santé s'était considérablement péjoré, et que l'OAI en était « seul responsable ». Elle demandait dès lors que son dossier soit réexaminé, depuis janvier 2013. Elle a envoyé une copie de son courrier à Alain Berset, Conseiller fédéral et président de la Confédération pour l'année 2018.

Le 12 novembre 2018, alors que l'OAI entendait mandater le Dr T. _____ en qualité d'expert, l'assurée (qui était alors domiciliée à X.1. _____ [FR]) a fait savoir à l'office qu'une expertise médicale auprès d'un cabinet privé à X.7. _____ (VS) était « particulièrement inappropriée » dans sa situation, dans la mesure où elle ne pouvait pas utiliser les transports publics, ni assumer la conduite d'un véhicule pour un aller-retour de 260 km. Elle a ajouté que son époux et elle-même avaient dû s'endetter pour faire face à « une succession d'erreurs » commises par des collaborateurs de l'office, ajoutant « de facto, mon état de santé s'est considérablement dégradé ».

A la suite de l'envoi de l'assurée du 12 novembre 2018, l'OAI a annulé le mandat auprès du Dr T. _____, et a désigné le Dr A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à [...] (VD), ce dont l'assurée a été informée par avis du 1^{er} février 2019, auquel était joint le questionnaire de l'OAI à l'expert. L'assurée a été convoquée le 20 mars 2019 par l'expert A. _____. Un examen neuropsychologique complémentaire a été mis en œuvre le 23 avril 2019 auprès du neuropsychologue J. _____.

L'assurée a informé l'OAI le 14 avril 2019 qu'elle serait domiciliée dès le 18 avril 2019 à X.2. _____ (FR).

Dans son rapport à l'OAI du 6 mai 2019, le Dr A. _____ a listé les plaintes de l'expertisée, puis établi son anamnèse. Dans ce cadre, il a notamment relevé qu'elle n'avait pas de psychiatre, « estimé non nécessaire ». Il n'a retenu aucun diagnostic au plan psychiatrique. Sur le

plan neuropsychologique, il a fait état de troubles neuropsychologiques légers à moyens, la capacité de travail étant de 75 %, avec baisse de rendement de 20 %, dans des activités administratives ne sollicitant pas la mémoire visuelle.

L'assurée a déposé le 21 mai 2019 une demande d'allocation pour impotent, en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 28 novembre 2012, date à compter de laquelle elle a indiqué que la majorité des déplacements devait se faire avec un accompagnant, mentionnant l'impossibilité de prendre les transports en commun.

Par avis SMR du 6 juin 2019, le Dr W. _____ a estimé que les arguments fournis par l'expert A. _____ étaient convaincants et qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de ses conclusions.

Le 12 juillet 2019, une copie du rapport d'expertise a été transmise au médecin traitant de l'assurée, le Dr M. _____.

A sa requête, l'OAI a adressé à l'assurée une copie complète de son dossier le 25 juillet 2019.

A la requête de l'époux de l'assurée, l'OAI a reçu dans ses locaux l'assurée, le 5 septembre 2019, accompagnée de son époux et de son fils, titulaire d'un brevet d'avocat. A cette occasion, ils sont revenus sur la prise en charge initiale (2013), et ont fait valoir que l'intéressée s'était montrée sous son meilleur jour lors de l'expertise psychiatrique, qui n'était selon eux pas probante. Ils ont alors été invités à faire part de leurs observations par écrit.

Par courrier du 6 janvier 2020, l'époux de l'assurée a fait part de ses observations sur le rapport d'expertise du Dr A. _____, en adressant copie de son envoi au Conseiller fédéral Alain Berset, « afin que ses services fassent toute la lumière sur ces dysfonctionnements pour permettre une correction rétroactive et rapide de la situation de notre famille, conformément à la loi, aux directives et à la pratique des

assurances sociales ». Il a pour l'essentiel requis que la rente de son épouse soit fixée « de manière définitive et rétroactive » avec un taux d'invalidité à 100 %, avec impotence, « également avec effet rétroactif ».

L'assurée a produit avec son envoi un rapport du 2 octobre 2019 du Prof. V. _____ au Dr M. _____, faisant suite à un examen du 1^{er} octobre 2019, à la teneur suivante :

« Mon Cher Collègue,
J'ai reçu cette charmante patiente que je connais depuis de nombreuses années.
Elle a eu de nombreux avatars sur le plan neurochirurgical, une hémorragie sous-arachnoïdienne, une rupture au niveau de l'artère basilaire...
Elle était en traitement à Berne et elle a eu des suivis neuroradiologiques au Centre hospitalier H. _____.
Depuis lors, la patiente continue à présenter un état de stress post-traumatique chronique, des troubles du sommeil, des céphalées chroniques et un état dépressif car l'AI refuse de modifier son $\frac{3}{4}$ de rente.
Elle a eu une expertise multidisciplinaire qui considère qu'elle peut travailler à quasiment 75 % pour autant qu'elle n'utilise pas ses capacités visuelles.
Elle a eu une expertise chez un psychiatre. Elle n'était pas contente de la consultation ni des résultats.
C'est la raison pour laquelle j'ai proposé qu'elle soit vue par nos collègues des [...] pour avoir une évaluation psychiatrique complètement neutre. J'espère que nos collègues des [...] puissent la prendre en charge et statuer sur son incapacité de travail.
La modification de la personnalité de cette patiente est évidente et est à voir comme une aggravation de son état de santé. Il est indéniable que cette patiente ne peut plus travailler même à un taux partiel. Pour ma part, comme je l'avais déjà mentionné en 2016, elle présente une incapacité totale de travail.
J'ai annoncé à la patiente que je prends prochainement ma retraite et j'espère qu'on puisse aider cette patiente qui mérite d'être entendue de façon objective. »

Le 17 janvier 2020, l'OAI a informé l'époux de l'assurée - agissant au bénéfice d'une procuration - que ses remarques du 6 janvier 2020 avaient été transmises au Dr A. _____ pour déterminations. Il en a été de même du rapport du Prof. V. _____ du 2 octobre 2019.

Le 26 mars 2020, le Dr A. _____ a indiqué avoir effectué l'expertise de l'assurée selon les règles de l'art, ne pas modifier ses

conclusions, et ne pas souhaiter entrer en matière sur la lettre du Prof. V. _____ et celle de l'époux de l'assurée.

Par courrier à l'assurée du 23 avril 2020, l'OAI a pris position sur les points soulevés par l'époux de l'assurée, notamment dans sa correspondance du 6 janvier 2020.

L'assurée, désormais représentée par Me Djurdjevac Heinzer, a déménagé au X.3. _____ (VS) le 15 mai 2020.

Dans le délai prolongé, Me Djurdjevac Heinzer a indiqué le 8 juin 2020 à l'OAI que sa cliente contestait vigoureusement les conclusions de l'expertise du Dr A. _____, qui étaient en contradiction avec celles du Dr M. _____ et du Prof. V. _____, ainsi qu'avec celles de la psychologue G. _____ du mois de mai 2020. L'avocate notait qu'il était « piquant » que l'expert nie toute atteinte psychiatrique, alors que l'assurée avait fait une tentative de suicide en août 2017 à Z.1. _____ (ESP), ce qui lui avait valu une hospitalisation après être tombée dans le coma. Elle a joint un rapport de la psychologue G. _____, qui a notamment relevé ce qui suit :

« Discussion

Mme D. _____, reçue sur une année et demi environ, présente le tableau clinique d'un sujet gravement cérébro-lésé (syndrome psycho-organique) ainsi qu'une désorganisation de sa personnalité, de son caractère, suite aux lésions cérébrales et au traumatisme psycho-somatique subis.

Ce phénomène est fréquent chez des malades qui, ayant perdu leurs moyens habituels de fonctionner et de réfléchir, développent d'une part un état dépressif sévère, non reconnu, mais verbalisé sur le mode de l'envie de mourir ou de ne pas se réveiller et un vécu persécutoire. C'est le cas de cette patiente qui, ayant perdu ses capacités cognitives habituelles, s'accroche à tout ce qu'elle peut encore maîtriser.

Les conséquences neuro-psychologiques et psychiques de cet AVC sont donc évidentes chez cette patiente :

- la labilité de l'humeur, avec des défenses hypomanes pour lutter contre le vécu de perte et d'injustice. Ce vécu d'injustice prend parfois une teinte persécutoire (préjudice). Elle ne se sent pas prise au sérieux dans ses revendications
- l'émoussement des affects, un discours répétitif, opératoire
- la persévération, c'est à dire une certaine manière de revenir toujours sur un même sujet, de « ronger le même os »
- l'impotence et les stratégies de compensation dans sa façon de vouloir donner le change en restant très revendicatrice autour de certains sujets qu'elle pense pouvoir contrôler.

Diagnostic CIM 10 :

- **F07.0 (310.1) A, type combiné (labilité affective, vécu de préjudice)**

Modification de la personnalité, suite à un AVC : perturbation de la personnalité représentant un changement par rapport aux caractéristiques antérieures de personnalité de l'individu

Pour l'établissement de ce rapport, j'ai revu la patiente et ai pu constater l'aggravation de son état de perplexité, de perte de contrôle et, partant, de l'état dépressif avec des idées noires. En effet, son état s'étant aggravé au niveau des pertes cognitives, elle a plus clairement conscience de son état, de sa fragilité et de sa dépendance à son entourage. Au moment de notre première rencontre, Mme D. _____ réagissait vivement au fait qu'elle sentait être arrivée au bout de ce qu'elle pouvait récupérer. Actuellement, elle semble avoir lâché certaines de ses revendications, faisant place ainsi au vécu de perte dépressive.

En conclusion

Des lésions cérébrales d'une telle importance chez cette patiente ont entraîné une perte de ses repères affectifs et cognitifs et une modification complète de sa personnalité, de son rapport au monde et à ses proches.

Mon évaluation clinique rejoint donc les conclusions du Prof. V. _____ et du Dr. M. _____ quant à l'impossibilité pour cette patiente de reprendre une quelconque activité. »

L'avocate de l'assurée a également joint un rapport en espagnol d'un hôpital de Z.1. _____ (ESP), faisant état d'une intoxication par Lorazepam et Trazodone, avec entrée à l'hôpital le 15 août, et sortie le 16 août 2017.

Par avis du 18 juin 2020, le Dr W. _____ du SMR a examiné les derniers documents produits par l'assurée et ses représentants, et a pris position à leur sujet. Il a pour le surplus proposé de faire parvenir le rapport de l'hôpital de Z.1. _____ (ESP) au Dr A. _____ pour prise de position.

Le 22 juin 2020, l'OAI a transmis à l'expert A. _____ l'avis SMR du 18 juin 2020, le rapport de la psychologue G. _____ de mai 2020 et le rapport d'hospitalisation du 16 août 2017 pour prise de connaissance et prise de position.

Le 15 juillet 2020, un courrier de l'avocate de l'assurée du 14 juillet 2020 a encore été transmis à l'expert.

Le 17 juillet 2020, l'expert s'est adressé comme il suit à l'assurée, avec copie à son avocate et à l'OAI :

« Madame,

Dans le cadre du mandat de l'Assurance Invalidité du 22 juin 2020 de clarifier certains points, notamment les circonstances de votre hospitalisation en août 2017, j'ai essayé de vous atteindre par téléphone à plusieurs reprises. Le but était d'échanger avec vous sur ces éléments.

A deux reprises j'ai bien laissé mon nom et le but de mon téléphone sur votre répondeur (contrairement aux dires de votre avocat) et vous avez par ailleurs bien identifié mon identité.

Merci de me dire (par écrit ou sur mon répondeur) si et quand vous seriez disponible pour une telle approche téléphonique. »

Le Dr A. _____ a adressé son complément d'expertise à l'OAI le 3 août 2020. Sa teneur est la suivante :

« Vous m'avez demandé de me prononcer sur de nouveaux documents apparus autour de la situation de l'assurée susmentionnée. Après lecture et ré-étude de l'ensemble des documents je peux me prononcer de la manière suivante :

1. _____ Hospitalisation en 2017 :

Avec l'aide d'un interprète, j'ai pu retracer dans les grandes lignes ce qui s'est passé en août 2017.

Mme P. D. _____ a été hospitalisée en médecine intensive dans un hôpital à Z.1. _____. Selon l'anamnèse établie avec l'aide du mari de Mme D. _____, il a trouvé sa femme en rentrant la nuit, essoufflée et presque inconsciente et avec des emballages vides de médicaments de Trazadone (antidépresseur) et de Lorazépam (anxiolytique).

Les médecins ont tout fait pour surveiller et rétablir les fonctions vitales. L'évolution a été assez vite positive. On a proposé à Mme D. _____ de poursuivre l'hospitalisation en médecine interne, mais ce que la patiente a refusé. Elle a par ailleurs signé une décharge signifiant qu'elle quitte l'hôpital contre avis médical (deuxième document).

Les médecins de l'hôpital n'ont établi aucune anamnèse psychiatrique.

Pour clarifier cet événement, j'ai essayé à plusieurs reprises d'atteindre Mme D. _____, par téléphone et en laissant aussi des messages sur son répondeur. L'assurée a bien enregistré cette demande et aussi mon identité, mais n'a jamais répondu.

J'ai fait une dernière tentative de communication avec elle en écrivant (cf. copie jointe) et en demandant à Mme D. _____ de dire

si et quand elle pourrait être disponible pour une approche et communication. Mme D. _____ n'a jamais réagi sous aucune forme.

2. _____ Évaluations psychologiques de Mme G. _____ :

Le rapport était difficile à comprendre. Il se base en grande partie sur les notions subjectives de la patiente (« *elle se décrit..., elle exprime..., elle dit..., catastrophe subjective..., elle se sent..., etc.* »). La psychologue parle de pertes cognitives, graves atteintes aux capacités cognitives et d'autres éléments de la sphère neuropsychologique mais qui ne sont nullement étayées et objectivées. On peut seulement rappeler que dans le passé il y a eu plusieurs examens neuropsychologiques in extenso et que mon expertise était associée à un examen neuropsychologique très détaillé et différencié. Les notions très sommaires de la psychologue ne mettent en rien en question les analyses de M. J. _____.

La psychologue parle d'une sorte d'élaboration du conflit de couple avec une séparation sur mesure, ce qui souligne les ressources de Madame D. _____ dont j'ai aussi parlé dans mon rapport.

Quant à la notion d'une modification de la personnalité, il s'agit là aussi d'une sorte de construction. Dans mon rapport j'ai discuté en détail pour quelles raisons j'ai estimé qu'il n'y a pas de modification de personnalité.

3. _____ Conclusion :

Sans anamnèse disponible, il est impossible de se prononcer sur le contexte, les raisons et les conséquences de l'hospitalisation de 2017. Il peut s'agir d'un événement extérieur, d'un conflit de couple ou autre chose, mais de se prononcer là-dessus serait une pure spéculation. Même si Mme D. _____ avait eu un raptus suicidaire en 2017, ceci ne change rien au reste de l'évolution décrite et au status psychiatrique établi.

En ce qui concerne l'appréciation de Mme G. _____, elle ne met en rien en question les conclusions que je tirais en fin de mon rapport d'expertise. »

Par projet de décision du 12 août 2020, l'OAI a informé l'avocate de l'assurée qu'il entendait refuser d'augmenter la rente.

Par décision du 9 novembre 2020, l'OAI a refusé la demande d'allocation pour impotent de l'assurée, au motif que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne, sur une période de trois mois, n'était pas prouvé. L'intéressée a contesté cette décision par recours du 9 décembre 2020. Cette cause, connexe, a été instruite sous la référence AI 399/20 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Le 18 novembre 2020, Me Djurdjevac Heinzer a indiqué ne plus être le conseil de l'assurée.

Par courrier du 22 novembre 2020 à l'OAI, adressé en copie au Conseiller fédéral Alain Berset, l'époux de l'assurée - désormais domiciliée à X.4. _____ (TI) - a indiqué la représenter, en relevant par ailleurs ce qui suit :

« Les récentes révélations des médias apportent maintenant l'éclairage pertinent du dysfonctionnement scandaleux d'une assurance sociale fédérale, le canton de Vaud se profilant comme excellent élève dans l'atteinte des objectifs de diminution et de suppression des rentes fixés par son organe de tutelle, soucieux du seul aspect économique.

C'est sans parler de l'intolérable souffrance de nombreux assurés préférant mettre un terme à leur vie en laissant une famille et un entourage inconsolables. »

Par décision du 27 novembre 2020, l'OAI a confirmé son projet refusant d'augmenter la rente servie à l'intéressée. Il a estimé, pour l'essentiel, que quand bien même l'instruction médicale qu'il avait menée avait établi que la situation de l'assurée s'était améliorée, la situation n'était pas celle d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), car il faudrait pour cela que la situation médicale se soit modifiée postérieurement à la décision d'octroi entrée en force du 10 octobre 2016. Faute d'amélioration, ni d'aggravation de l'état de santé de l'assurée, le droit à la rente était maintenu (i.e. trois quarts de rente). Par courrier du 26 novembre 2020, l'OAI a en outre pris position sur l'envoi du 22 novembre 2020 de l'époux de l'assurée.

L'époux de l'assurée a contesté cette décision le 30 novembre 2020. Le 3 décembre 2020, il a indiqué avoir consulté Inclusion Handicap, à qui il a demandé que l'OAI envoie une copie du dossier de son épouse.

Le 8 décembre 2020, l'OAI s'est déterminé sur les correspondances des 30 novembre et 3 décembre 2020 de l'époux de

l'assurée, en demandant s'il souhaitait que son courrier du 30 novembre 2020 soit transmis au tribunal comme objet de sa compétence.

Le 30 décembre 2020, Me Jean-Michel Duc a indiqué être consulté par l'assurée et a demandé que son dossier lui soit envoyé.

F. Par acte de son nouveau conseil, Me Duc, du 12 janvier 2021, D._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} mai 2018, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, les frais de l'expertise privée à produire étant mis à la charge de l'OAI. En substance, elle fait valoir que l'expertise du Dr A._____ est dénuée de toute valeur probante, au motif qu'il n'a pas examiné sérieusement la question d'une atteinte à la personnalité, estimant que selon les règles de l'art, en matière de psychiatrie, le médecin doit procéder en général à plusieurs entretiens pour établir s'il existe ou non un trouble de la personnalité. Dans un autre moyen, elle reproche à l'expert de ne pas avoir examiné si le diagnostic d'état de stress post-traumatique devait être retenu, alors que le Dr W._____ du SMR avait « clairement demandé dans son avis médical du 13 juin 2018 » que l'expert examine cette problématique. La recourante reproche encore au Dr A._____ de ne pas avoir les connaissances nécessaires sur le plan neurologique pour apprécier les conséquences des atteintes cérébrales sur son état de santé et sa capacité de travail, dans la mesure où le Dr A._____ ne décrit pas les atteintes cérébro-organiques, estimant « patent » qu'il n'a pas examiné les clichés radiologiques qui rendent compte de l'importance de ces atteintes. Ensuite, elle plaide que l'expertise du Dr A._____ s'inscrit dans une « succession de rapports d'expertise du Dr A._____ », qui rappelle « l'affaire Clinique C._____ », estimant très surprenant que l'intimé continue à mandater cet expert. Elle fait encore grief au Dr A._____ de ne pas avoir pris position sur le rapport du 2 octobre 2019 du Prof. V._____ dans son complément d'expertise, observant que ce dernier a fait état d'une évidente modification de la personnalité, de

même que la psychologue G._____, à la suite des AVC. La recourante a notamment requis à titre de mesures d'instruction la mise en œuvre d'une nouvelle expertise portant sur les aspects neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, ainsi que des débats publics. Elle a en outre annoncé qu'elle produirait une expertise privée.

Par réponse du 8 mars 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours.

La recourante a répliqué le 31 mai 2021. Elle a expliqué dans ce cadre avoir soumis l'expertise du Dr A._____ et toutes les pièces médicales à un expert privé, le Dr B._____, spécialiste en psychiatre et psychothérapie. Ce dernier avait réalisé trois examens cliniques (les 8, 10 et 12 mars 2021), et recueilli des informations auprès de tiers, soit son mari, le Dr M._____, et la psychologue G._____. Sur la base du rapport d'expertise du Dr B._____ du 12 mai 2021, produit en annexe, elle a fait valoir que ledit psychiatre estime que l'anamnèse du Dr A._____ est incomplète, « puisqu'elle ne fait pas mention des graves atteintes à la santé de 2015, 2017 et 2018, au cours desquelles à quatre reprises Madame D._____ a failli perdre la vie », et qui ont fait l'objet de ses revendications à l'OAI des 7 et 12 novembre 2018. Sur le plan diagnostique, le Dr B._____ note que la question d'un état de stress post-traumatique n'a pas été traitée par le Dr A._____. La recourante se prévaut ensuite d'une description totalement différente de la situation par le Dr B._____, qui a fait état d'un trouble important de l'attention et de la mémoire, de la pensée, de phobies obsessionnelles, de troubles affectifs, d'une aboulie sévère, d'un retrait autistique moyen avec des tendances suicidaires moyennes, de troubles sévères du sommeil, de troubles de l'appétence, de troubles cardio-respiratoires, et de plaintes céphaliques sévères. Le Dr B._____ a retenu le diagnostic d'« autres troubles spécifiés de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion ou un dysfonctionnement cérébral » (F07.8). Il a ainsi exposé que la patiente avait souffert d'un état de stress post-traumatique pour six mois dès la fin 2012, et qu'après ce laps de temps, ce trouble était devenu une modification durable de la personnalité après une expérience

catastrophique. Le Dr B._____ a ainsi exclu toute activité professionnelle, et constaté que les atteintes à la santé entraînaient une dépendance totale des autres dans la vie de tous les jours.

Par duplique du 21 juin 2021, l'OAI a derechef proposé le rejet du recours, en se référant à un avis du Dr Q._____ du SMR du 14 juin 2021 joint à son écriture. L'intimé a notamment relevé l'absence d'évaluation neuropsychologique dans l'expertise privée, élément pourtant fondamental d'après le Dr B._____. Il n'était pas expliqué pour quelle raison une incapacité de travail totale était retenue dès le 1^{er} mai 2018 dans toutes activités, alors que l'ensemble de la symptomatologie est décrit depuis 2012, l'expert notant que la recourante présente une incapacité de travail partielle devenue totale depuis le 2 décembre 2012, date depuis laquelle elle n'arrive plus à s'occuper de ses affaires seule. Or, cette date correspondrait à celle du dépôt d'une demande de révision, laquelle ne représente pas un fait médical objectif modifiant une atteinte à la santé. L'OAI a encore observé que le Dr B._____ se focalisait sur les plaintes de l'assurée, ainsi que les propos tenus par son entourage et son médecin traitant, alors que son examen clinique faisait défaut.

Par « sur-réplique » du 14 juillet 2021, la recourante a maintenu sa position. Elle a produit un nouveau rapport du Dr B._____, du 9 juillet 2021, qui s'est déterminé sur l'avis du Dr Q._____ du SMR du 14 juin 2021, ainsi que sur l'avis de la juriste de l'intimé du 21 juin 2021, en expliquant en substance que l'incapacité de travail était déjà totale bien avant le dépôt d'une demande de révision de la rente, estimant que le trouble de la personnalité qui s'était constitué avait progressivement épuisé les ressources de l'assurée. Il a expliqué que ce qui avait précipité l'évolution déficitaire était le choc anaphylactique dont elle avait été victime le 30 juin 2015, qui avait « failli lui coûter la vie » et avait réveillé le vécu traumatique catastrophique de 2012. Le Dr B._____ a ainsi estimé que l'incapacité de travail avait été totale dès le 2 décembre 2012, puis partielle dans un deuxième temps, et à nouveau totale depuis le choc anaphylactique.

Interpellée par la juge instructrice sur le point de savoir si elle maintenait sa requête de débats publics, la recourante y a renoncé le 16 août 2021.

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 compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 60 et 38 al. 4 let. c LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36], art. 55 et 69 al. 1 let. a LAI *cum* art. 40 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est litigieux le point de savoir si l'état de santé de la recourante a connu une péjoration susceptible de lui ouvrir désormais le droit à une rente entière de l'AI dès le 1^{er} mai 2018, en lieu et place du trois quarts de rente qu'elle percevait.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution

résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

c) 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).

d) 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).

4. a) La recourante fait pour l'essentiel valoir que son état de santé a connu une péjoration depuis la décision du 10 juin 2016. Elle se prévaut à cet égard de l'expertise privée du Dr B. _____ - qui fait état d'une incapacité de travail totale à compter du 1^{er} mai 2018 dans toutes activités - et son complément, qu'elle juge probants, contrairement à l'expertise réalisée par le Dr A. _____.

Ce point de vue ne peut toutefois être suivi.

L'expertise rédigée par le Dr A. _____ remplit en effet tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. L'expert A. _____ a examiné avec soin tout le dossier de l'assurée. Il a ensuite détaillé ses plaintes, en s'assurant tout au long de l'examen que les reformulations qu'il a présentées correspondaient à ce que voulait exprimer l'assurée, et en vérifiant à la fin si elle s'était sentie comprise et désirait ajouter autre chose (expertise, p. 17). Il a par ailleurs établi une anamnèse (familiale, personnelle, sociale, professionnelle, affective, médicale et systémique) minutieuse, et fait passer des tests psychologiques complémentaires à l'intéressée. Selon le système AMDP, il a ainsi pu noter un important décalage entre les observations de l'assurée et ses propres observations, qui étaient plutôt rassurantes. Il a constaté par l'échelle de ralentissement EDR l'absence d'un ralentissement psychomoteur significatif, et l'absence de dépression avec l'échelle MADRS. En outre, il a complété son examen par un bilan neuropsychologique effectué par le neuropsychologue J. _____, qui a fait état, par rapport à l'examen effectué en 2014, d'une légère amélioration globale (expertise, p. 21). Sur la base de ses observations, et de celles de son co-expert, ainsi que de l'examen du dossier, il a relevé l'absence de diagnostic psychiatrique. Sur le plan neuropsychologique, il a retenu des troubles neurologiques légers à moyens au sens de la Classification de l'Association suisse des neuropsychologues, estimant toutefois la capacité de travail préservée dans l'activité habituelle administrative de l'assurée, pour autant que cette activité ne sollicite pas la mémoire visuelle. Ainsi, en tenant compte de la fatigabilité constatée, l'assurée pouvait assumer 6 heures par jour, entrecoupées par une pause significative, estimant que cette réduction était associée à une baisse de rendement de 20 % durant les 6 heures du fait du ralentissement constaté.

Le Dr A. _____ a motivé son point de vue avec soin. Il a relevé l'absence d'anamnèse psychiatrique antérieure, et le fait que dans les plaintes spontanées de l'assurée, il n'y avait aucune problématique psychiatrique particulière évoquée, ni problématique anxieuse manifeste, ni symptôme de la lignée psychotique. L'expert psychiatre avait ainsi

perçu sa personnalité très largement dans un registre de victime, une fixation très importante, voire immuable, sur ses invalidités ; elle avait des avis radicaux et tranchants sur beaucoup de sujets, et ne supportait pas de mise en question (même prudente). Il avait perçu son fonctionnement de personne dans un registre psychonévrotique. Il y avait aussi passablement d'aspects de pénibilité, mais clairement aussi le constat d'absence d'un trouble clinique de la personnalité. L'assurée était certes révoltée contre beaucoup d'éléments du passé, beaucoup de traitements considérés comme inadéquats ou injustes, ses propres écrits montrant aussi un côté très « pinailleur », mais elle pouvait aussi mentionner le positif dans certaines situations, et était malgré tout aussi ouverte à quelques reformulations par rapport aux constats de l'expert, qui n'avait ainsi, en finalité, trouvé aucun indice pour une véritable modification de la personnalité, encore moins une avec impact sur la capacité de travail. L'essentiel de toute la problématique se situait en effet dans le registre cognitif, avec la capacité de travail décrite ci-dessus (capacité de travail de 6 heures par jour, avec une baisse de rendement de 20 %). Ainsi, l'expert a estimé la capacité de travail, par rapport à un emploi à 100 %, à 75 %, avec baisse de rendement de 20 %, dans des activités administratives ne sollicitant pas la mémoire visuelle, la capacité de travail s'étant stabilisée depuis le 1^{er} septembre 2015. Finalement, l'expert a mis en avant la présence de ressources chez l'intéressée, qui avait travaillé comme employée de commerce dans différentes institutions étatiques et privées, et dans toute une panoplie d'activités administratives. Il n'y avait jamais eu d'atteinte significative et durable sur le plan psychiatrique. En ce qui concerne l'atteinte cognitive, après stabilisation de la situation en 2015, des séquelles étaient maintenant persistantes. Sous l'angle de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a noté que le tableau de dysfonctionnements, à la fois cognitifs et pratiques, intensif à tel point que l'intéressée disait que plus aucune activité, même domestique, n'était possible, n'était pas plausible, et en contradiction avec nombre d'autres informations. Sous l'angle des limitations fonctionnelles, l'expert a noté qu'il n'y en avait pas de significatives au plan psychiatrique. Sur le plan neuropsychologique, il y avait le constat d'un déficit de la mémoire visuelle, fatigabilité et de

ralentissement. Comme facteurs extra-médicaux, l'expert a noté essentiellement une fixation personnelle de l'assurée sur son invalidité neuropsychologique.

Dans le cadre de son appréciation de la capacité de travail, l'expert a relevé qu'il n'avait à aucun moment eu l'impression d'un dysfonctionnement majeur au niveau cognitif, ce qui contrastait très fortement avec l'auto-appréciation de l'assurée. Le Dr A. _____ a du reste noté que celle-ci n'était pas fatiguée et ne fatiguait pas durant la durée d'observation (2 heures et demie sans interruption), et que l'énergie vitale était normalement préservée.

Pour le surplus, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle affirme que l'expert aurait dû l'examiner dans le cadre de plusieurs entretiens pour établir s'il existe ou non un trouble de la personnalité. La valeur probante est en effet reconnue à un rapport qui remplit les réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus (cf. consid. 3d) ; en particulier, dans ce cadre, le rapport doit se fonder sur des « examens complets » (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1). Si tel est le cas - comme s'agissant du rapport du Dr A. _____ - alors l'expert n'a pas à examiner un assuré à plusieurs reprises pour que son rapport puisse être qualifié de probant. Par ailleurs, la durée d'un examen clinique n'est pas, en soi, un critère de la valeur probante d'un rapport médical et ne saurait remettre en cause la valeur probante du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). Une consultation, même de courte durée, n'exclut donc pas une étude fouillée et complète du cas.

Quant au grief selon lequel le Dr W. _____ du SMR aurait demandé « clairement » que l'expert examine si le diagnostic d'état de stress post-traumatique devait être retenu, il y a lieu de relever, avec l'intimé, que le Dr W. _____, dans son avis du 13 juin 2018, a simplement indiqué qu'il convenait de mettre en place un examen/expertise psychiatrique. Quant au diagnostic d'état de stress post-traumatique, le Dr

W._____ a uniquement relevé par avis du 13 juin 2018 que celui-ci n'avait jamais été évoqué auparavant, et qu'il était retenu actuellement sans éléments cliniques et anamnestiques convaincants. On ne peut dès lors déduire, comme le soutient la recourante, que le Dr W._____ aurait requis de l'expert qu'il examine spécifiquement cette problématique. La même remarque vaut quant à l'allégation de la recourante selon laquelle le Dr W._____ aurait clairement demandé que l'expert examine également « s'il existe de graves troubles psychiatriques ». La recourante était au demeurant informée des questions posées à l'expert, puisque l'OAI les lui a adressées en copie avec ses avis de désignation, d'abord du Dr T._____, puis, la désignation de ce dernier ayant été annulée dès lors que la recourante a demandé à ce qu'un expert plus proche de son domicile soit désigné, en annexe à la désignation du Dr A._____.

Dans un autre moyen, la recourante reproche au Dr A._____ de ne pas avoir les connaissances nécessaires sur le plan neurologique pour apprécier les conséquences des atteintes cérébrales sur son état de santé et sa capacité de travail. Or, l'expert psychiatre a complété son examen par un bilan neuropsychologique. Son rôle n'est au demeurant pas celui d'un neurologue, mais bien d'un psychiatre. Du propre avis du Prof. V._____, la situation de sa patiente n'a pas changé sur le plan neurologique. On voit dès lors mal qu'il faille à nouveau l'examiner. Pour le surplus, le rapport du Prof. V._____ du 2 octobre 2019 est succinct : il décrit le suivi de l'assurée, et son mécontentement envers l'expert psychiatre. Alors qu'il n'est pas psychiatre, le Prof. V._____ fait état d'une modification de la personnalité de l'assurée, ce qui excède son domaine de compétence. Au demeurant, le Dr A._____ a bien expliqué les raisons le conduisant à nier l'existence d'une atteinte au plan psychiatrique. La seule affirmation contraire du Prof. V._____, qui est neurologue, ne permet pas de remettre en question les conclusions dûment motivées du rapport d'expertise du Dr A._____. On voit par ailleurs mal qu'il puisse être fait grief à l'expert psychiatre de ne pas avoir examiné les clichés qui rendraient compte de l'importance des atteintes cérébro-organiques, ce d'autant que la situation de la recourante est stabilisée au plan neurologique depuis 2015.

S'agissant par ailleurs du fait que la désignation du Dr A._____ ne serait pas sans rappeler « l'affaire Clinique C._____ », on peine à suivre l'argumentation de la recourante : il était question dans cette affaire (cf. ATF 144 V 258), d'une clinique, et non d'un expert seul ; dans ladite affaire, l'expertise avait été réalisée à une époque où le responsable médical du « département expertise » modifiait illicitement le contenu de rapports. En l'occurrence, aucun élément de cet ordre n'est évoqué ici. Au demeurant, il est 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 ; TF 8C_146/2016 du 9 août 2016 consid. 3.2). La recourante a quoi qu'il en soit été informée de la désignation du Dr A._____ en qualité d'expert par avis de l'OAI du 1^{er} février 2019. Il lui était alors loisible de faire valoir, dans le délai imparti, ses objections, en particulier sur le nom de l'expert, ce qu'elle n'a pas fait.

Pour le surplus, on ne peut faire grief à l'expert psychiatre de ne pas avoir formellement pris position sur le rapport du Prof. V._____ du 2 octobre 2019, dans la mesure où ce dernier ne fait état d'aucun élément nouveau, puisqu'il persiste à affirmer que sa patiente présente, « ainsi qu'[il] l'avait déjà mentionné en 2016 », dans le cadre de la première demande, une incapacité de travail totale. Le Prof. V._____ rapporte pour le surplus les déclarations de sa patiente, qui « n'était pas contente de la consultation ni des résultats » de l'expertise mise en œuvre auprès du Dr A._____, sans expliquer pour quelle raison la patiente serait totalement incapable de travailler. L'expert A._____ s'est par ailleurs déterminé dans son complément d'expertise du 3 août 2020 sur le rapport de la psychologue G._____. Il a dans ce cadre en particulier relevé que le rapport était difficile à comprendre, et qu'il se basait en grande partie sur les notions subjectives de la patiente (« elle se décrit..., elle exprime..., elle dit..., catastrophe subjective..., elle se sent..., etc. »), et a relaté l'événement survenu en août 2017. A cet égard, il a observé

que même si la recourante avait eu un raptus suicidaire en 2017, cela ne changeait rien au reste de l'évolution décrite et au status psychiatrique établi, en précisant bien que l'appréciation de la psychologue G._____ ne remettait pas en question les conclusions qu'il tirait en fin de son rapport d'expertise.

Quant à la remarque du Dr A._____ relative à la tenue vestimentaire de la recourante, elle ne saurait faire douter de son impartialité. Il est en effet courant que les experts décrivent les tenues portées par les expertisés. Il n'en va pas autrement ici. L'expert n'a au demeurant pas porté de jugement sur la tenue de l'intéressée, mais s'est limité à la décrire, en relevant qu'elle portait des boucles d'oreilles, était maquillée, parfumée et très soignée sur sa personne (expertise, p. 15). Il a du reste également noté dans ce contexte que la poignée de main était normalement forte, sans moiteur, que ses pas étaient normaux et qu'il existait une certaine dynamique. Il a encore relevé que l'expertisée s'exprimait d'une manière intense, soutenue, spontanée et suivie, sans digression. L'expert a noté qu'elle était mentalement bien présente, avec une intelligence dans la norme, sans difficulté majeure visible en ce qui concerne la concentration, l'attention et la mémoire (expertise, p. 16).

Enfin, le seul fait que le Dr M._____ ait estimé qu'il existe une modification de la personnalité avec un état de stress post-traumatique ne justifiait pas *ipso facto* que le Dr A._____ doive prendre contact avec ce médecin. Le Dr A._____ a quoi qu'il en soit tenu compte du rapport du médecin traitant du 28 mai 2018 dans son appréciation.

b) La recourante a produit en réplique un rapport d'expertise privée, établi par le Dr B._____ le 12 mai 2021, qu'elle estime probant, et qui justifierait à ses yeux de lui allouer la rente entière qu'elle demande, dès le 1^{er} mai 2018.

Or, l'appréciation de l'expert privé ne permet pas de remettre en cause celle du Dr A._____.

Comme le relève le Dr Q._____ du SMR par avis du 14 juin 2021, le Dr B._____ reprend l'anamnèse en lien avec les AVC de novembre et décembre 2012, qui est connue. Il retient le diagnostic d'« autres troubles spécifiés de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion ou un dysfonctionnement cérébral » (F.07.8), en décrivant les atteintes séquellaires déjà connues depuis 2012 et prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail à laquelle l'OAI a procédé.

Le Dr B._____ fait encore état d'un épisode dépressif moyen à sévère avec une perte d'élan vital et une fatigue chronique, depuis décembre 2012, alimentée par des vertiges et des céphalées, depuis 2012. Il mentionne une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, mais sans indiquer clairement à quel événement elle est rattachée. Finalement, le Dr B._____ n'explique pas pour quelle raison il retient une incapacité de travail de 100 % à compter du 1^{er} mai 2018 dans toutes activités, alors que l'ensemble de la symptomatologie est décrit depuis 2012. Du reste, il a relevé en p. 22 de son rapport du 12 mai 2021 que « [la recourante] présente une incapacité de travail partielle devenue totale depuis le 2 décembre 2012, et n'arrive plus à s'occuper seule de ses affaires depuis cette date ». La date du début de l'incapacité de travail au 1^{er} mai 2018 ne correspond à aucun événement particulier, sinon la demande de révision de son dossier par la recourante, intervenue par courrier du 3 mai 2018.

Le Dr B._____ a expliqué retrouver au recueil AMDP un trouble de la concentration, de la mémorisation et de l'évocation. Or, le Dr A._____ a bien noté, lorsqu'il a procédé à ce test, que les auto-évaluations de l'assurée étaient en contradiction avec ses observations. Au demeurant et surtout, contrairement au Dr B._____, il a fait réaliser un bilan neuropsychologique. L'expert B._____ a par ailleurs fait mention de phobies sévères, ainsi que d'un épisode dépressif moyen à sévère, sans toutefois retenir ces diagnostics avec effet sur la capacité de travail, puisque seul celui d'« autres troubles spécifiés de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion ou un

dysfonctionnement cérébral » (F.07.8) a été retenu avec répercussion sur celle-ci.

Pour le surplus, il n'a pas été question, dans le cadre de l'instruction de la première demande, d'une atteinte psychiatrique. Dans la mesure où le Dr B._____ considère que l'incapacité de travail a été totale depuis 2012, puis partielle, avant d'être à nouveau totale depuis 2015, il donne finalement une appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, sans amener d'élément qui serait de nature à établir une péjoration de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychiatrique postérieurement à la décision d'octroi de rente du 10 juin 2016, par laquelle l'OAI lui a reconnu le droit à trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2014. En particulier, on peine à suivre les explications du Dr B._____, en tant qu'il soutient que ce serait un choc anaphylactique survenu en juin 2015 qui serait à l'origine de l'incapacité de travail totale de l'intéressée ; non seulement cet événement n'est pas documenté, mais il faut relever qu'à peine un mois après celui-ci, le 3 août 2015, une enquête ménagère a été réalisée au domicile de la recourante. A cette occasion, l'enquêtrice a rapporté les explications de la recourante. Elle a en particulier relevé dans son rapport du 11 août 2015 (p. 8) que l'entretien avait été long, l'assurée ayant eu la volonté de bien expliquer sa situation. Or, la recourante n'a fait aucune mention du choc anaphylactique. Aucun médecin ne l'a non plus mentionné par la suite.

L'expert privé se concentre sur les plaintes de l'assurée, et les propos tenus par son entourage et son médecin traitant. Son rapport ne contient pas d'examen clinique. Quant aux « éléments anamnestiques amenés par Mme D._____ au sujet de ce qui lui est arrivé depuis le 28 novembre 2012 », ils consistent en réalité en une liste de plaintes de l'assurée (« Selon elle, les médecins auraient abandonné si son mari ne s'était pas fâché » [p. 7] ; « Sur le plan personnel, Mme D._____ s'est aussi rapidement rendu compte que « D._____ était morte » [p. 8] ; « Elle ne peut plus reprendre le tapis roulant de la vie, qui va de plus en plus vite » [p. 8]). Le Dr B._____ ne s'est en outre pas livré à un examen

circonstancié des indicateurs jurisprudentiels en matière de troubles psychiques, contrairement au Dr A._____.

Finalement, l'expertise privée constitue une appréciation différente de la situation ; le Dr B._____ pose une appréciation rétroactive de la situation de la recourante, sur la base des déclarations de cette dernière, et alors même qu'il n'y a pas au dossier de rapport d'un psychiatre ou d'un psychologue durant les années 2012 à 2016. Le fait en outre que l'expert privé suggère finalement, en guise de traitement, que l'assurée favorise les sorties et les rencontres, interpelle. L'expert privé a suivi entièrement le point de vue soutenu par l'assurée et son époux. Son appréciation n'est pas de nature à remettre en cause celle de l'expert A._____, étant encore relevé que le rapport du Dr B._____ et son complément ne contiennent pas d'explication sur les motifs le conduisant à écarter l'appréciation du Dr A._____.

c) Ainsi, il résulte de ce qui précède qu'en l'absence de péjoration de l'état de santé de la recourante postérieurement à la décision du 10 juin 2016, c'est à bon droit que l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de la recourante, la maintenant ainsi à trois quarts.

5. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par des investigations médicales complémentaires, singulièrement la mise en œuvre d'une nouvelle expertise portant sur les aspects neurologique, neuropsychologique et psychiatrique. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

6. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

a) 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 recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Il n'y a pas non plus lieu de mettre à charge de l'OAI les frais de l'expertise privée. Selon la jurisprudence en effet, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (cf. ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF8C_122/2019 du 19 septembre 2019 consid. 6.3 ; 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1). Tel n'était pas le cas en l'espèce.

**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 27 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 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 Jean-Michel Duc (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 :