

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 août 2022

Composition : M. NEU, président
MM. Bonard et Küng, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Y._____, à T._____, recourante, représentée par Me Richard Ionescu,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) Originaire de Turquie, naturalisée suisse en 2008, Y. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1989, mariée et mère de deux enfants, sans formation professionnelle, a déposé, en date du 27 janvier 2014, une demande de prestations de l'assurance-invalidité en faisant mention de thrombophlébites (trouble héréditaire de coagulation).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant. Dans son rapport du 5 mars 2014, il a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de thromboses veineuses à répétition bilatérale dans un contexte de mutation du facteur V de Leiden et d'un syndrome des anticorps anti-phospholipidiques. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une allergie aux pollens et un status post amygdalectomie. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail dans la mesure où l'assurée avait cessé tout exercice d'une activité lucrative en 2010 après avoir travaillé une année en usine et effectué quelques missions temporaires en tant que vendeuse entre 2007 et 2010. Il a toutefois indiqué que cette profession n'était plus exigible en raison de la station debout qu'elle impliquait.

Après avoir mis en œuvre une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle, l'office AI a rendu, en date du 2 septembre 2014, un projet de décision aux termes duquel il a retenu que la capacité de travail était nulle dans la profession de vendeuse. En revanche, dans une activité permettant l'alternance des positions assise et debout, elle conservait une capacité de travail de 100 % depuis toujours. Cette exigibilité pouvait être mise en valeur dans des activités adaptées telles qu'aide de bureau, employée de production ou caissière. Dans la mesure où l'assurée n'exerçait plus d'activité lucrative depuis 2010, l'office AI a calculé le degré d'invalidité en se référant aux données statistiques. Dès lors que les revenus avec et sans invalidité étaient basés

sur la même table statistique, le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail. En l'occurrence, il s'élevait à 10 %, taux correspondant à l'abattement pratiqué sur le revenu statistique d'invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

Le 1^{er} octobre 2014, l'assurée a présenté des objections à ce projet en faisant pour l'essentiel valoir que son état de santé excluait une capacité entière de travail, y compris dans une activité adaptée.

A la demande du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), le Dr G. _____ a confirmé que, dans une activité légère permettant l'alternance des positions assise et debout, la capacité de travail médico-théorique était effectivement de 100 % (courrier du 22 octobre 2014).

Par décision du 6 novembre 2014, l'office AI a entériné le refus de toutes prestations, conformément à son projet de décision du 2 septembre 2014.

b) En raison d'une péjoration de son état de santé, Y. _____ a déposé, le 10 décembre 2018, une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité traitée comme une demande de révision (courrier de l'office AI du 12 décembre 2018).

Le 24 décembre 2018, le Dr G. _____ a dressé un certificat médical aux termes duquel il a fait état d'une insuffisance veineuse des membres inférieurs et d'un syndrome d'épuisement professionnel nécessitant une prise en charge psychothérapeutique. A la demande de l'office AI, il a fait mention d'une incapacité totale de travail du 23 juillet 2018 au 31 janvier 2019 (rapport du 24 janvier 2019), cette absence ayant conduit l'employeur à résilier les rapports de travail pour cette date (courrier de R. _____ du 8 novembre 2018).

Dans un rapport du 1^{er} avril 2019, la Dre L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif

mixte et de modification durable de la personnalité. Elle a estimé qu'en raison de ses atteintes à la santé somatique et psychique, la capacité de travail de sa patiente n'excédait pas 50 %.

Réinterpellé par l'office AI, le Dr G._____ a posé les diagnostics d'insuffisance veineuse des membres inférieurs et d'état dépressif chronique. Il a déclaré que l'état de santé était stable depuis son dernier rapport et qu'il n'y avait pas de nouvelles limitations fonctionnelles sur le plan somatique. Quand bien même l'assurée émargeait à l'assurance-chômage, il a indiqué qu'à l'heure actuelle la capacité de travail était de 50 % et qu'elle était susceptible, à terme, d'atteindre 100 % (courrier du 4 juillet 2019).

En réponse aux questions de l'office AI, la Dre L._____ a relevé que les diagnostics étaient les mêmes que ceux figurant dans son rapport du 1^{er} avril 2019. Après avoir expliqué sur la base de quels critères elle avait retenu le diagnostic de modification durable de la personnalité, elle a souligné qu'il n'y avait pas eu d'évolution notable depuis son dernier rapport et que le status psychiatrique était superposable à celui qui y était décrit. Dans ces conditions, elle a jugé que la capacité de travail était de 50 % en toute activité et que les limitations fonctionnelles étaient superposables à celles mentionnées le 1^{er} avril 2019 (courrier du 25 juillet 2019).

Sollicité pour détermination, le Dr F._____, médecin auprès du SMR, a retenu qu'il n'y avait pas lieu de compléter l'instruction somatique dès lors que les éléments recueillis lors de la première demande demeuraient d'actualité. En revanche, il convenait de lever les doutes quant à la présence d'une atteinte à la santé psychique durablement incapacitante. Aussi a-t-il demandé la réalisation d'une expertise psychiatrique (avis médical du 9 octobre 2019).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel s'est adjoint le concours de I._____, psychologue FSP. Dans son rapport du 1^{er} mai 2020, l'expert a

exclu tout diagnostic incapacitant. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte depuis juillet 2018 au présent, de traits de la personnalité émotionnellement labile actuellement bien compensée avec la précision que ce trouble n'avait pas empêché l'assurée de gérer son quotidien sans limitations psychiques, à travailler sans limitation dans le passé et à avoir une vie familiale stable, ainsi que de trouble douloureux somatoforme persistant sans indices de gravité jurisprudentiels remplis au jour de l'expertise. En l'absence de limitations fonctionnelles objectivables significatives, l'expert a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle - considérée comme adaptée sur le plan psychiatrique - était entière sans diminution de rendement depuis le mois de juillet 2018.

Après avoir requis l'avis du Dr F. _____ (avis médical du 4 juin 2020), l'office AI a, par projet de décision du 5 juin 2020, informé l'assurée qu'il entendait lui dénier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente d'invalidité), au motif que, sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail demeuraient inchangées depuis la décision du 6 novembre 2014 et que, sur le plan psychiatrique, elle ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de la loi.

Représentée par Me David Millet, avocat, l'assurée a, par courrier du 20 octobre 2020, critiqué le projet de décision du 5 juin 2020. A l'appui de ses allégations, elle a transmis un rapport établi le 29 juillet 2020 par le Dr G. _____. Ce médecin relevait que sa patiente était suivie pour une insuffisance veineuse du côté gauche depuis 2014 et du côté droit depuis 2018. En dépit de la péjoration de la situation, les limitations fonctionnelles restaient les mêmes que celles décrites en 2014. En outre, elle avait développé des lombalgies depuis 2016 avec mise en évidence d'une discarthrose L4-L5 justifiant une limitation quant aux efforts surchargeant la colonne vertébrale. En raison de l'interaction des problématiques somatique et psychique, il a suggéré la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire. D'après ce médecin, la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée. L'assurée a également

joint un rapport du 28 septembre 2020, dans lequel la Dre L._____ maintenait sa position selon laquelle sa patiente présentait une capacité de travail de 50 %. Elle a expliqué que si elle devait malgré tout travailler à plein temps, il fallait s'attendre à observer au bout d'un certain temps une baisse de rendement en lien avec la fatigue et le manque d'énergie, déjà observés en temps normal même sans activité professionnelle. Elle faisait par ailleurs remarquer que le traitement médicamenteux (Temesta) était pris irrégulièrement et en faible quantité. Pour le reste, la Dre L._____ n'entendait pas se prononcer sur l'opportunité d'une expertise pluridisciplinaire, renvoyant sur ce point à l'appréciation de son confrère G._____. L'assurée estimait dès lors que, compte tenu de la péjoration de son état de santé depuis 2014, il se justifiait de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise concernant son état de santé somatique.

Après avoir analysé les pièces médicales produites en procédure d'audition, le Dr F._____ a jugé qu'elles n'étaient pas de nature à modifier son point de vue. Dans la mesure où l'incapacité de travail dans l'activité de vendeuse demeurait inchangée à 100% et que les limitations fonctionnelles étaient les mêmes, il fallait admettre que l'instruction médicale était suffisante. En ce qui concernait la problématique lombaire, elle n'avait pas été mentionnée par le Dr G._____ avant le 29 juillet 2020 ni n'avait été rapportée par la majorité des intervenants médicaux au dossier, si bien qu'elle ne pouvait expliquer une diminution de la capacité de travail, de surcroît dans une activité adaptée. Quant à l'aspect psychiatrique, il ne justifiait pas non plus une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée et une aggravation n'avait pas été mise en évidence depuis l'expertise du Dr S._____ (avis médical du 14 janvier 2021).

Par décision du 27 janvier 2021, l'office AI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, conformément à son projet de décision du 5 juin 2020.

B. **a)** Par acte du 1^{er} mars 2021, Y._____, toujours représentée par Me Millet, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 27 janvier 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision, subsidiairement à l'octroi dès le 13 juillet 2020 d'une rente entière d'invalidité, respectivement d'un taux fixé à dires de justice, plus subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles. Pour l'essentiel, l'assurée s'est plainte d'une instruction médicale insuffisante. D'une part, elle a fait grief à l'office AI de ne pas avoir suffisamment investigué la péjoration de ses atteintes somatiques. A cet égard, elle a fait valoir que, depuis la décision de refus de prestations du 6 novembre 2014, sa situation clinique avait évolué défavorablement puisque la maladie veineuse chronique touchait désormais les deux membres inférieurs et que des lombalgies ainsi qu'une discarthrose avaient été diagnostiquées. Les plaintes et la symptomatologie avaient également augmenté avec la reprise d'un emploi. D'autre, part, l'assurée a invoqué le caractère insuffisant de l'instruction concernant les interactions entre ses troubles somatiques et psychiques, soulignant dans ce contexte que le rapport d'expertise du Dr S._____ ne mentionnait ni les lombalgies ni la discarthrose. De plus, faute d'être un expert somaticien, il n'était pas en mesure de confirmer l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant, même si une telle entité diagnostique lui semblait probable. Conformément à la recommandation du Dr G._____, il convenait dès lors de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, à tout le moins de compléter le rapport du Dr S._____ par les avis de spécialistes en angiologie (pour l'insuffisance veineuse) et en rhumatologie (pour les lombalgies et la discarthrose), la situation médicale devant faire en tout état de cause l'objet d'un consilium.

b) Dans sa réponse du 12 avril 2021, l'office AI s'est référé aux avis du SMR des 4 juin 2020 et 14 janvier 2021 pour observer que le cas de l'assurée avait fait l'objet d'une instruction suffisante sur le plan médical, si bien qu'il a conclu au rejet du recours.

c) En réplique du 4 juin 2021, l'assurée a produit divers rapports médicaux (accompagnés d'annexes) établis par l'Hôpital D._____ entre le 19 avril et le 3 mai 2021 en raison des problèmes suivants : douleurs thoraciques, thrombophlébite au membre inférieur droit, épigastrie d'origine probablement médicamenteuse, dermo-hypodermite malléolaire externe droite et œdème du membre inférieur droit. Dans un courrier au conseil de l'assurée du 18 mai 2021 - figurant également dans le bordereau -, le Dr G._____ expliquait que les consultations effectuées étaient dues dans leur majorité directement au problème variqueux préexistant présenté par sa patiente sans que l'on puisse parler de péjoration de son état clinique mais plutôt de la persistance d'un syndrome post thrombotique et de ses conséquences. La capacité de travail était nulle durant la période concernée. Selon l'assurée, l'incapacité de travail attestée par le Dr G._____ démontrait le caractère invalidant des atteintes présentées et leur complexité. Elle s'est pour le surplus référée à l'argumentation développée dans son mémoire de recours.

d) Dupliquant en date du 29 juin 2021, l'office AI a indiqué avoir soumis les pièces produites au SMR lequel s'est prononcé le 15 juin 2021 sous la plume du Dr F._____. Celui-ci relevait que ces rapports documentaient des atteintes aiguës non compliquées en lien avec l'atteinte veineuse et hématologique préexistante et justifiant une période d'incapacité de travail totale. Toutefois, ils ne faisaient à aucun moment état de symptômes ou signes en faveur d'une péjoration de l'atteinte psychique ou lombaire. Au demeurant, les indications contenues dans ces documents confirmaient qu'il convenait de retenir des limitations fonctionnelles ainsi qu'une diminution de la capacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse. Cela étant, s'ils devaient être les prémices d'une aggravation significative et durable, ce qui n'était pas démontré (cf. courrier du Dr G._____ du 18 mai 2021), l'aggravation serait vraisemblablement postérieure à la décision litigieuse. Au vu de cet avis, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

e) S'exprimant par pli du 12 août 2021, l'assurée a souligné que la prise de position du SMR du 15 juin précédent ne permettait pas d'exclure une péjoration significative et durable de son état de santé pas plus qu'elle n'infirmait les griefs développés dans le recours à l'appui de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée précisément à déterminer si son état de santé était en train de s'aggraver.

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. a) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'office intimé à la suite de la nouvelle demande déposée en décembre 2018, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante de nature à modifier son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Trancher le litige revient à examiner si la recourante présente une diminution de sa capacité résiduelle de travail, non plus dans l'activité habituelle de vendeuse - qui n'est plus réputée exigible -, mais dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 27 janvier 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). 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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est

établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 déjà cité et les références).

5. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. La recourante conteste l'évaluation de son état de santé global (somatique et psychique) par l'office intimé.

a) S'agissant du volet somatique, il est établi, de l'aveu même du médecin traitant G._____, que la problématique angiologique n'emporte pas d'autres limitations fonctionnelles que celles retenues en 2014 lors de la décision relative à la première demande (cf. rapport du 29 juillet 2020). La recourante ne peut rien tirer non plus en sa faveur des

pièces produites en procédure judiciaire – au demeurant postérieures à la décision attaquée – dès lors que, hormis les douleurs thoraciques, elles sont directement liées à la pathologie veineuse préexistante et qu’elles ne sont pas en soi évocatrices d’une péjoration de son état de santé (cf. courrier du 18 mai 2021 du Dr G._____ au conseil de la recourante). Quant aux problèmes lombaires, ils ne sont en rien documentés : le Dr G._____ ne donne aucune explication quant aux origines, à la nature et à l’intensité des troubles. Au demeurant, dans l’hypothèse où ils devaient entraîner une aggravation des limitations fonctionnelles, celle-ci ne pourrait être que postérieure à la décision litigieuse. Le SMR peut donc être suivi sur ce plan et la décision attaquée confirmée.

b) S’agissant du volet psychique, la recourante oppose au rapport d’expertise du Dr S._____ les avis de sa psychiatre traitante, la Dre L._____.

aa) A l’instar de l’intimé, il y a lieu d’admettre que le rapport d’expertise psychiatrique du Dr S._____ du 1^{er} mai 2020 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. Les conclusions sont claires, motivées, fondées sur une anamnèse complète et un examen circonstancié, tenant compte des plaintes de l’assurée.

bb) L’expert a examiné de manière complète les pathologies entrant en ligne de compte et expliqué les motifs pour lesquels il en excluait certaines et en retenait d’autres ; les diagnostics retenus sont soigneusement motivés et leurs spécificités respectives explicitées de manière convaincante à la lumière des constatations cliniques effectuées. En ce qui concerne le trouble anxieux et dépressif mixte, l’expert a indiqué qu’il était nécessaire d’avoir à la fois la présence de symptômes anxieux et de symptômes dépressifs. Si l’assurée a certes présenté des angoisses et de la tristesse, ni la symptomatologie anxieuse ni la symptomatologie dépressive ne prédominaient de façon nette depuis le mois de juillet 2018. En d’autres termes, la symptomatologie dépressive et la symptomatologie anxieuse n’avaient pas d’intensité suffisante pour justifier des diagnostics

séparés d'épisode dépressif ou anxieux caractérisé depuis juillet 2018. S'agissant de la somatisation, l'expert a relevé que l'assurée avait des plaintes douloureuses, lesquelles étaient toutefois sans substrat organique suffisant, si bien qu'il envisageait une somatisation, un trouble douloureux somatoforme persistant ou une entité apparentée. Dans la mesure où il n'était pas un expert somaticien, il ne pouvait confirmer le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant, qui lui semblait cependant probable compte tenu du contexte somatique peu important par rapport à l'intensité des plaintes. En tant que psychiatre, il n'était pas à même de se prononcer sur la présence d'un mécanisme physiopathologique somatique avec un rôle étiologique dans les douleurs dont l'assurée se plaignait. Néanmoins, dans l'hypothèse où un substrat organique serait retenu, le diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs pouvait être retenu plutôt que le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant. Quant à la personnalité, l'expert n'a pas retenu des attitudes ou des comportements nettement dysharmonieux dans plusieurs secteurs de fonctionnement (affectivité, sensibilité, impulsions, manière de percevoir et de penser, mode de relation à autrui) durables et stables dans le temps depuis le début de l'âge adulte, ce qui ne lui permettait pas de retenir un trouble de la personnalité au sens de la CIM-10. Toutefois, il a posé le diagnostic de traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, susceptibles de décompenser partiellement. L'expert a finalement expliqué que puisque l'assurée présentait un trouble anxieux et dépressif mixte depuis le mois de juillet 2018 au présent, il excluait, au regard de l'anamnèse effectuée, un trouble de l'adaptation. De même, dès lors que l'assurée avait pu travailler sans limitations, se marier et avoir des enfants, il n'existait pas de modification durable de la personnalité, ce d'autant qu'elle ne décrivait pas de flashbacks ni d'évitement.

cc) De la même manière, le Dr S. _____ a dûment examiné la gravité des symptômes et la cohérence. S'agissant de la symptomatologie dépressive et anxieuse, elle n'avait pas eu d'intensité suffisante pour justifier des limitations fonctionnelles significatives chez une assurée gérant son quotidien sans difficultés dans les activités légères

physiquement. C'est ainsi qu'elle préparait ses filles pour les emmener à l'école avant de s'occuper de l'ensemble des tâches administratives et ménagères, des courses et de la préparation des repas, son époux l'aidant pour les travaux lourds. Les ressources de l'assurée étaient qualifiées de bonnes par l'expert car elle arrivait à gérer son quotidien sans difficultés, malgré ses traits de personnalité émotionnellement labile depuis le début de l'âge adulte, qui ne l'avaient toutefois pas empêchée de travailler sans limitations dans le passé. Tout au plus pouvaient-ils contribuer à une certaine instabilité professionnelle et représentaient un frein à la réadaptation en affaiblissant la résistance au stress. Pour le reste, il a estimé que la gravité des troubles était faible au regard de la journée-type décrite. Il n'y avait au demeurant pas d'isolement social total mais seulement partiel. En ce qui concernait l'évaluation de la cohérence, l'expert n'a retenu aucune incohérence de la part d'une assurée authentique qui n'exagérait pas les activités encore possibles durant la journée-type. Toutefois, il a relevé que si elle ne présentait pas de limitations psychiatriques objectivables en tant qu'elle gérait seule son quotidien, elle expliquait de façon sincère qu'elle souhaitait obtenir une rente de l'assurance-invalidité au cas où elle ne retrouverait pas un emploi au terme du versement des prestations de l'assurance-chômage, hypothèse qui lui semblait très probable. Le Dr S._____ a dès lors qualifié la cohérence de moyenne chez une assurée qui n'exagérait pas les activités quotidiennes encore à sa portée mais qui se montrait consciente des avantages secondaires retirés de l'octroi d'une rente d'invalidité. S'agissant du traitement, l'assurée décrivait une évolution stationnaire depuis le mois de juillet 2018, malgré un suivi psychiatrique mensuel et sans traitement antidépresseur. Selon l'expert, un traitement antidépresseur pourrait accélérer le processus de guérison mais n'était toutefois pas exigible au vu de l'absence de limitations fonctionnelles significatives.

dd) Sur la base de son analyse, le Dr S._____ a jugé que la recourante disposait en toute activité d'une capacité de travail de 100 % sans diminution de rendement depuis le mois de juillet 2018. Il a expliqué que les limitations fonctionnelles n'avaient pas évolué significativement

depuis lors : labilité émotionnelle, sans ralentissement psychomoteur significatif, sans aboulie, sans ruminations dépressives au quotidien, sans troubles de la concentration objectivables et sans anhédonie. Par ailleurs, le fait que l'assurée n'ait pas nécessité d'hospitalisation en psychiatrie depuis juillet 2018 et que de nombreuses activités restaient possibles malgré le refus du traitement antidépresseur et un suivi psychiatrique mensuel plaident en faveur de l'absence de troubles psychiques incapacitants.

ee) La recourante oppose à l'expertise psychiatrique du Dr S._____ l'appréciation de la Dre L._____. Or force est de constater que, dans son rapport du 28 septembre 2020, celle-ci rapporte essentiellement les plaintes de sa patiente sans toutefois convaincre de l'intensité des troubles telle qu'à même de priver l'intéressée d'une part de ses ressources. Par ailleurs, cette médecin relève qu'elle ne prend qu'irrégulièrement et à faibles doses l'anxiolytique (Temesta) prescrit, de sorte qu'il convient de retenir une mauvaise compliance au traitement médicamenteux. De plus, elle fait état d'une tendance à l'épuisement, que l'assurée paraît toutefois en mesure de surmonter à lire le descriptif que l'expert rapporte du déroulement d'une journée-type, sans du reste que celle-ci le remette en question. La Dre L._____ estime au demeurant qu'elle n'a pas à proprement parler observé de diminution de rendement dans les précédents emplois occupés par sa patiente et qu'elle n'est pas en mesure de se prononcer sur l'opportunité de diligenter une expertise pluridisciplinaire. Quoi qu'il en soit, elle ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du Dr S._____ et suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé. En se limitant à une appréciation divergente de la situation, elle ne fait que substituer son propre point de vue à celui de l'expert sans expliquer les raisons objectives pour lesquelles elle estime qu'il faut s'écarter des conclusions expertales.

ff) Il sied par ailleurs de faire mention de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2) selon laquelle un

trouble psychique de degré léger à moyen sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact.

c) Sur le vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que, sur le plan somatique, la recourante ne présentait pas de nouvelles limitations fonctionnelles par rapport à celles admises en 2014 et que, sur le plan psychique, elle ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante. Aussi a-t-il retenu que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité adaptée à son état de santé et que, partant, il convenait de nier son droit à une rente d'invalidité.

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

8. 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 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Il sied de relever que Me Millet a déjà été indemnisé pour la période du 1^{er} février 2021 au 20 avril 2022 à hauteur de 1'987 fr. 20 et qu'un nouveau conseil d'office a été désigné en personne de Me Richard Ionescu à compter du 1^{er} mai 2022 (décision de taxation intermédiaire du 5 mai 2022).

d) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de Y. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.

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

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Richard Ionescu, avocat (pour Y. _____),
- 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).

Le greffier :