

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 février 2022

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mmes Di Ferro Demierre, juge, et Silva, assesseure  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, agissant par son curateur, [...], représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

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

## **E n f a i t :**

**A.** G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...], née [...] en 1974, au bénéfice d'une formation dans le domaine de la coiffure, divorcée et mère de quatre enfants nés entre 1997 et 2011, a déposé le 1<sup>er</sup> décembre 2008 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de problèmes d'obésité et de dépression existants depuis de nombreuses années. L'assurée a travaillé durant quelques années comme vendeuse et n'a plus exercé d'activité lucrative depuis la naissance de son premier enfant, excepté en 2003, où son activité lui a procuré un revenu annuel de 3'400 fr. (cf. extrait du compte individuel AVS du 14 avril 2020).

Dans un rapport du 20 décembre 2008 à l'OAI, les Drs R.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au Département de psychiatrie du Centre hospitalier [...] (ci-après : M.\_\_\_\_\_), ont posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève (F 43.20) depuis juin 2008 et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 61.31) depuis l'adolescence et d'obésité. Ils ont indiqué que l'assurée avait consulté leur service le 29 septembre 2008 pour demander de l'aide sans formuler une demande précise, les difficultés étant liées à une grave brûlure subie par sa fille, constituant potentiellement un scénario de crise psychologique. Le traitement ambulatoire avait eu lieu jusqu'au 14 décembre 2008, date du transfert de la prise en charge de la patiente auprès de son médecin traitant. Les Drs R.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont retenu lors de leur examen que l'assurée ne présentait pas de déficit de l'attention ni de trouble mnésique de fixation et de l'évocation. Ils ont noté des angoisses intermittentes liées souvent à des questions relevant du domaine social, sans délire ni trouble de la perception, un affect légèrement dysphorique, assez labile, avec anhédonie, sans syndrome apathico-aboulisque, une tristesse intermittente qui s'inscrivait dans le cadre d'une labilité affective, ainsi qu'une absence d'idéation suicidaire. Les médecins précités ont

indiqué que l'assurée disait pleurer souvent et souffrir au niveau relationnel de son problème d'obésité. Selon eux, il existait une problématique sous-jacente importante au niveau de la personnalité. Ils ont relevé que le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève était en rémission complète mais que le pronostic en lien avec le trouble de la personnalité était plutôt réservé à cause de la stabilité des traits de personnalité. Ils ont estimé qu'une aide psychothérapeutique pourrait être apportée à l'intéressée sur le long terme quand elle se sentirait prête. A leurs yeux, la patiente disposait d'une capacité de travail entière sur le plan psychique.

Par rapport du 31 décembre 2008 à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès de la Consultation [...] du M.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics d'obésité morbide de classe III, de status post cerclage gastrique en 1999, de status post by-pass gastrique en 2007 et de trouble non spécifié du comportement alimentaire. Il a précisé que l'obésité et le trouble du comportement alimentaire n'étaient pas à l'origine d'une incapacité de travail.

A la requête de l'OAI, l'assurée a indiqué le 8 janvier 2009 qu'en bonne santé, elle aurait exercé une activité lucrative à un taux de 100 % pour améliorer sa vie et celle de ses enfants, ainsi que pour être active.

Le 6 février 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, en médecine tropicale et médecine des voyages ainsi qu'en infectiologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif depuis 1997 et de troubles alimentaires avec surcharge pondérale morbide depuis 1981. Il a exposé qu'il était peu probable que les troubles alimentaires s'améliorent de manière permanente, estimant par conséquent que la patiente continuerait à présenter une souffrance psychologique. En ce qui concernait la capacité de travail de l'assurée, le médecin a indiqué qu'elle était difficile à évaluer ; à cet égard, il a exposé que la patiente n'avait plus travaillé depuis 1997, qu'elle avait une famille avec trois enfants dont elle

parvenait à s'occuper seule, mais qu'il serait difficile pour elle d'être professionnellement active avec ses troubles psychiatriques.

Dans un avis médical du 25 mars 2009, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), s'est fondé sur les rapports des Drs P.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ pour retenir que l'assurée ne présentait aucun empêchement à l'intégration au monde de l'économie et que l'exigibilité était totale dans l'activité habituelle.

Par décision du 7 septembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que celle-ci ne souffrait pas d'une atteinte à la santé invalidante à l'origine d'une incapacité de travail.

**B.** Le 25 juillet 2018, l'assurée a adressé une deuxième demande de prestations à l'OAI, à la suite d'une demande de détection précoce en sa faveur déposée par le Centre social régional de [...] le 21 juin 2018, selon laquelle elle souffrait d'un trouble bipolaire et d'une dépression.

Par décision du 14 novembre 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande de prestations, au motif qu'il n'avait reçu aucun document lui permettant de constater une modification du degré d'invalidité depuis le dernier refus de prestations, en 2009.

**C.** Le 11 décembre 2019, la Justice de paix [...] a instauré une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assurée.

Le 9 mars 2020, l'assurée, par l'intermédiaire de son curateur, a adressé une troisième demande de prestations à l'OAI, motivée par une dépression et des troubles bipolaires existants depuis plusieurs années.

Par rapport du 24 mars 2020, le psychiatre traitant de l'assurée, Dr Z.\_\_\_\_\_, a exposé ce qui suit (sic) :

« Je suis en consultation Madame G.\_\_\_\_\_, née le [...]1974, depuis le 11.11.2016, pour un état dépressif grave, d'allure chronique avec une incapacité persistante de travail à 100%.

Malgré une prise en charge énergique psychothérapeutique et médicamenteuse, il n'y pas d'amélioration de son état clinique.

Mme G.\_\_\_\_\_ présente encore un état dépressif grave, avec inhibition psycho-motrice, fatigue chronique avec épuisement et perte de l'élan vital. La patiente présente un état anxio-dépressif sévère, des flashes suicidaires sans scénario, un état d'abandon (équivalent suicidaire). La patiente se montre aussi « agressive » avec une baisse marquée et durable de ses fonctions cognitives, qui ont justifié sa mise sous tutelle. Sa thymie demeure triste, la voix presque monocorde et ralentie, avec un discours très pauvre. La patiente demande de l'aide pour ses papiers à l'assistante sociale. La patiente se dit stressée à cause de finances.

La patiente est bien située dans le temps et l'espace. Il n'y pas de barrages ou d'éléments de la lignée psychotique. Le sommeil est superficiel et peu réparateur.

En synthèse, il s'agit d'une dépression chronique d'intensité assez sévère, qui a l'aire de s'aggraver au fil du temps et qui dure plus de 2 ans.

Cette dépression chronique a très probablement comme origine, une maladie somatique. La patiente a également un lourd dossier médical somatique au M.\_\_\_\_\_, notamment pour obésité morbide, HTA [hypertension artérielle] et tabagisme.

Elle a actuellement un traitement médicamenteux psychiatrique important EFFEXOR 150 mg/j, ABILIFY 15 mg/j avec des réserves ponctuelles de NOZINAN 25 mg si angoisses fortes ou idées suicidaires.

Diagnostic différentiel à faire entre :

1. Épisode dépressif chronique, d'intensité moyenne vers sévère, qui dépasse la durée de 2 ans
2. Trouble de l'humeur dû une affection médicale générale F 06.3x (DSM4) (obésité morbide, hypertension artérielle)

Le pronostic demeure très réservé, à cause de la baisse significative des fonctions cognitives et de la longue période d'incapacité de travail. De ce fait, je recommande l'octroi d'une rente AI à 100%. »

Dans un rapport du 25 mai 2020 à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a indiqué que les consultations avec l'assurée avaient lieu deux fois par mois et que celle-ci l'appelait en cas de besoin. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % depuis le 18 juillet 2017, ainsi qu'une baisse marquée et durable des fonctions cognitives de l'intéressée, qui avait justifié sa mise sous tutelle. Selon lui, un diagnostic différentiel était à faire entre, d'une part, un épisode dépressif chronique, d'intensité moyenne vers

sévère, qui dépassait la durée de deux ans et pouvait s'inscrire dans le cadre d'un trouble bipolaire de type deux (F31.8) depuis l'adolescence et, d'autre part, un trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale (F06.3x).

Aux termes du compte-rendu de la permanence du SMR du 3 juillet 2020, la Dre T.\_\_\_\_\_ a constaté qu'il n'existait pas assez d'éléments pour admettre une pleine incapacité de travail, la situation de l'assurée paraissant encore trop peu documentée sur le plan psychiatrique. Il convenait ainsi d'établir un mandat SMR pour une instruction approfondie du dossier, la mise en place d'une expertise n'étant en outre pas exclue. Dans l'intervalle, elle a préconisé de demander au Dr Z.\_\_\_\_\_ si des investigations au niveau neuropsychologique avaient été effectuées, ainsi que de décrire une journée type de l'assurée.

Par rapport du 22 août 2020 à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'avait pas estimé nécessaire de demander des investigations neuropsychologiques compte tenu de la baisse marquée et durable des fonctions cognitives de sa patiente ayant justifié sa mise sous tutelle. Il a décrit une journée type de l'assurée, expliquant que celle-ci se sentait obligée de se réveiller vers six heures du matin pour préparer ses deux enfants de neuf et quinze ans pour l'école et qu'elle s'allongeait ensuite et dormait encore une ou deux heures. L'après-midi, l'assurée faisait la sieste. Il a indiqué qu'elle faisait ses courses, aidée par sa mère, deux à trois fois par semaine et qu'elle s'efforçait de faire à manger pour ses enfants le soir. Il a ajouté que sa patiente ne mangeait presque rien, ayant perdu environ vingt kilos sur les trois derniers mois, et qu'elle disait que ses enfants l'obligeaient à continuer de vivre. Il a exposé qu'elle présentait toujours un état dépressif grave, avec inhibition psychomotrice, fatigue chronique, perte de l'élan vital et des flashes suicidaires sans scénario avec un état d'abandon.

Par avis médical SMR du 20 octobre 2020, la Dre T.\_\_\_\_\_ a constaté que les informations cliniques dans l'axe psychiatrique ne

permettaient pas de faire la part des choses entre une situation psychosociale difficile depuis de nombreuses années et une atteinte psychique incapacitante apparue après 2009. Dès lors, elle a requis la mise en place d'une expertise psychiatrique.

Répondant le 16 novembre 2020 au questionnaire de détermination du statut soumis par l'OAI, l'assurée, par son curateur, a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 80 %, par nécessité financière, le 20 % restant devant être consacré aux enfants et à la tenue du ménage.

L'OAI a conséquemment mis sur pied une expertise psychiatrique auprès de W.\_\_\_\_\_ (ci-après : W.\_\_\_\_\_ ) à [...], où l'assurée a été examinée le 1<sup>er</sup> décembre 2020 par la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. En sus de l'examen psychiatrique, la Dre I.\_\_\_\_\_ a fait procéder à une prise de sang, laquelle a révélé que l'Abilify et de la venlafaxine présents dans le sang étaient revenus dans la dose attendue, ce qui témoignait d'une bonne compliance thérapeutique. Dans son rapport du 21 décembre 2020, l'experte n'a retenu aucune atteinte incapacitante, a signalé à titre d'atteinte non-incapacitante un trouble de la personnalité émotionnellement labile, retenu compensé, et a écarté les diagnostics posés par le Dr Z.\_\_\_\_\_. Elle a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière depuis toujours et qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle, d'un point de vue strictement psychiatrique. L'experte a motivé son analyse comme suit :

**« Arguments Diagnostics :**

La personne assurée est suivie en psychiatrie depuis environ quatre ans, d'un point de vue familial, elle décrit son père alcoolodépendant.

La personne assurée est suivie par un médecin psychiatre et mise sous traitement sous Abilify et Effexor, elle décrit une bonne stabilité de ses troubles depuis la mise sous traitement, il y a 18 mois de cela.

La personne assurée décrit des hauts et des bas, avec une certaine irritabilité, une nervosité, une fragilité de l'estime de soi, elle se plaint de troubles du comportement alimentaire.

**À l'examen ce jour** la personne assurée ne présente pas de trouble du cours de la pensée, pas de ralentissement psychomoteur, l'humeur est neutre, la personne assurée est de présentation particulièrement bien soignée face à nous.

La personne assurée ne présente pas d'idées noires, pas d'idées suicidaires. Pas d'aboulie, pas d'anhédonie.

Elle se plaint de troubles du sommeil, avec un sommeil non réparateur qu'elle récupère la journée, sans traitement du sommeil, n'ayant aucun impact sur le fonctionnement quotidien et l'organisation de la famille.

La libido est conservée, elle nourrit une relation épanouie avec son compagnon, un projet de mariage est en cours.

La personne assurée se plaint d'un comportement alimentaire particulier, or celle-ci précise à certains moments de l'entretien qu'il s'agit d'un régime alimentaire, depuis environ six mois, elle aurait perdu quatre tailles de pantalon et c'était une mesure volontaire de sa part, elle précise avec beaucoup de détails son hygiène alimentaire actuelle et l'absence de sucreries.

Elle se décrit comme étant déterminée et ne supportant plus son poids, précisant aussi des besoins liés à sa santé.

La personne assurée ne présente pas de trouble de l'attention, pas de trouble de la concentration, pas de trouble de la mémoire, malgré des plaintes de troubles amnésiques, aucun symptôme de cet ordre n'est repérable ce jour.

En somme, aucun symptôme de la dépression n'est relevé ce jour.

Par ailleurs, la personne assurée ne présente pas de symptômes anxieux, pas de trouble anxieux structuré.

La personne assurée ne présente pas de trouble d'allure psychotique, pas de symptômes hallucinatoires ou délirants.

La personne assurée ne présente pas de consommation problématique de substances psychoactives.

Les traits de personnalité sont particuliers, la personne assurée n'a pas travaillé depuis l'arrivée de ses enfants, elle est régulièrement à la charge de ses compagnons, ou de sa famille. Elle arbore des piercings et des tatouages sur les mains, avec une coiffure assez longue, un style particulièrement élégant. Elle se plaint d'obésité depuis l'enfance, elle décrit un père alcoolique dépendant et des relations familiales tendues durant toute son enfance, elle a eu un by-pass et un anneau gastrique et a gardé un poids important. Elle aurait traversé une période d'anorexie pendant six ans, au début des années 2000, des symptômes qui ne sont plus d'actualité, la personne assurée présente un comportement alimentaire contrôlé

actuellement, en lien avec un besoin de perdre du poids. Pour des raisons de santé. Elle se décrit comme étant particulièrement volubile et nerveuse, ayant un besoin de contrôle sur l'éducation de chacun de ses enfants. Tout cela oriente le diagnostic vers un trouble de la personnalité émotionnellement labile, actuellement stabilisé sous traitement antidépresseur et régulateur de l'humeur de la famille des antipsychotiques atypiques.

**Au total** l'évaluation diagnostique de ce jour retient un diagnostic **F 60.3 trouble de la personnalité émotionnellement labile, actuellement non décompensé.**

(...)

Aucun bilan neuropsychologique ne sera demandé. À noter que la personne assurée a demandé elle-même une mesure de curatelle administrative, car elle n'arrivait plus à gérer les documents administratifs, en lien avec 150'000 Fr. de dettes.

*Selon les indicateurs jurisprudentiels de 2015* : Le degré de gravité fonctionnelle ne peut être cité dans ce cas, devant l'absence de gravité du diagnostic retenu. Le diagnostic est retenu comme étant non incapacitant sous traitement bien conduit, sans conséquence sur le fonctionnement de la personne assurée dans sa vie quotidienne, aussi Madame ne présente pas de conséquence de ce trouble dans le domaine psychosocial.

Les mesures de traitements sont en deçà des propositions thérapeutiques habituelles, pour ce type de diagnostic, ce qui soutient notre évaluation et la notion de non gravité de la répercussion de ce trouble dans tous les domaines.

La question des ressources personnelles dont dispose l'assurée, eu égard en particulier à sa personnalité et à son environnement social, [a] été examinée et ne retient pas de limitations. Puis dans la seconde phase "de cohérence", les limitations alléguées ne se manifestent pas de la même manière dans tous les domaines de la vie, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. La souffrance ne se traduit pas par un recours aux offres thérapeutiques multiples.

Le compte rendu médical ne retient pas de notion d'aide et une sollicitude accrue de la part de l'entourage.

(...)

### **3.5 Limitations fonctionnelles, capacité de travail, réadaptation**

Aucune.

### **3.6 Recommandations thérapeutiques et pronostic**

Maintien de la prise en charge actuelle.

### **3.7 Evaluation médicale et médico-assurantielle du point de vue psychiatrique**

## **Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'expertisé(e), y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

La personne assurée est âgée de 47 ans, originaire d'Italie, divorcée, mère de quatre enfants. En couple depuis 6 mois avec le père de deux de ses enfants, un projet de mariage est en cours.

La personne assurée ne travaille pas depuis l'âge de 23 ans, celle-ci a une formation d'aide en coiffure et n'a pas bénéficié de mesures de réinsertion professionnelle.

La personne assurée est suivie en milieu psychiatrique de façon régulière depuis environ quatre ans, mise sous traitement psychotrope, elle a une longue histoire liée à une obésité morbide et a bénéficié de traitements chirurgicaux qui n'ont pas fonctionné.

La personne assurée a décidé d'entreprendre un régime depuis environ six mois.

C'est une personne assurée qui est dynamique au quotidien, elle apprécie de s'occuper de ses enfants, elle prépare à manger et s'occupe de leurs devoirs, elle est très présente pour eux.

La personne assurée a sollicité une curatelle administrative depuis environ six mois, elle se décrit comme étant soulagée de cette charge.

L'évaluation de ce jour permet de retenir un diagnostic **F 60.3 de trouble de la personnalité émotionnellement labile, non décompensé.**

### **Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison**

La prise en charge en place est optimale.

### **Evaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Aucune incohérence entre les données à disposition et nos constatations.

### **Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

Facteur ressource : le soutien de ses proches

Facteur de surcharge les problématiques liées au poids

Si l'on se réfère au canevas de la mini-CIF-APP (Instrument d'Évaluation des Aptitudes Psychiques) :

La personne assurée malgré le fait qu'elle ne conduise pas, présente de bonnes capacités de déplacement, elle sait prendre le bus et les transports en commun, elle est véhiculée régulièrement par ses proches.

L'hygiène et les soins corporels ne sont pas altérés, même si la personne assurée dit se laisser aller, celle-ci est habillée d'un

training particulièrement élégant et particulièrement bien mise et soignée ce jour.

Madame a des activités spontanées, elle apprécie de recevoir ses enfants, de recevoir son compagnon et de vaquer à des occupations du quotidien.

Madame a des relations proches, elle est capable de donner et de recevoir un soutien affectif significatif, notamment à son compagnon et à chacun de ses enfants.

Madame est capable d'évoluer au sein d'un groupe, elle en intègre les règles et s'y adapte.

Madame a un bon sens du contact envers des tiers, elle entre aisément et de manière informelle en contact avec autrui.

La personne assurée présente de bonnes capacités à s'affirmer, elle sait défendre ses convictions.

Madame présente de bonnes capacités d'endurance et vaque régulièrement à toutes les occupations du quotidien et à ses obligations de mère, en dehors des périodes de décompensation du trouble de la personnalité.

Madame est capable de jugement et de prendre des décisions.

Madame présente une bonne capacité de flexibilité et d'adaptation.

Elle est capable de planifier et de structurer des tâches.

Madame sait s'adapter aux règles et aux routines, tel que cela a été le cas lors de l'entretien en expertise de ce jour. »

Le 23 décembre 2020, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations. Dans sa motivation, l'office a retenu qu'après examen des pièces médicales au dossier, l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé reconnue par l'AI comme limitant sa capacité de travail ou imposant des limitations fonctionnelles.

Par courrier du 6 janvier 2021, l'assurée, par son curateur, a contesté le projet de décision susmentionné et a informé l'OAI qu'il recevrait prochainement un avis du Dr Z.\_\_\_\_\_ s'agissant du rapport d'expertise du W.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 4 février 2021, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a contesté la teneur du rapport d'expertise. Il a relevé que l'experte avait omis d'explorer les antécédents de dépression grave, les éventuelles tentatives

de suicide, les maladies mentales des oncles paternels, ainsi que la violence et l'alcoolisme du père de l'assurée, qui pouvaient être à l'origine d'un trouble bipolaire. Il a indiqué à cet égard que l'intéressée lui avait relaté qu'au printemps 2018, l'un de ses frères l'avait empêchée de mettre fin à ses jours. Le psychiatre traitant a en outre contesté que l'expertise ait retenu une labilité émotionnelle et non une véritable baisse de l'humeur. D'après lui, la perte de poids de l'assurée de vingt-cinq kilos en douze mois était le signe objectif d'une dépression grave. Il était d'avis que l'experte avait minimisé la souffrance et le tableau clinique de l'assurée, son analyse n'expliquant aucunement l'évolution de la pathologie psychiatrique. Le psychiatre traitant a en outre affirmé que l'experte avait procédé à des interprétations subjectives et des affirmations sans fondement clinique, comme le fait que la mémoire de l'intéressée était fluide et qu'il s'agissait d'une déprime et non d'une dépression. Pour lui, l'experte se contredisait lorsqu'elle affirmait que le traitement actuel de la patiente n'était pas adéquat ou était en deçà de ce qui était attendu, mais qu'il fonctionnait. Il estimait que, comme le traitement stabilisait les importantes variations de l'humeur de la patiente, cela signifiait qu'il existait une maladie que la Dre I. \_\_\_\_\_ n'avait pas explorée. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a en outre estimé qu'une expertise neuropsychologique manquait au dossier. Il a maintenu à cet égard que sa patiente souffrait d'un état dépressif grave avec baisse des fonctions cognitives, qui se manifestait par un état de fatigue chronique et l'empêchait de travailler depuis des années.

Par avis médical SMR du 5 mars 2021, la Dre T. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas de motifs objectifs permettant de s'écarter des conclusions de l'expert.

Par décision du 9 mars 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations. L'office a joint un courrier du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, dans lequel il s'est référé à l'avis SMR du 5 mars 2021 et a retenu que le projet de décision du 23 décembre 2020 reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique, de sorte qu'il devait être entièrement confirmé.

**D.** Par acte du 26 avril 2021, G. \_\_\_\_\_, agissant toujours par son curateur, désormais représentée par Procap Suisse, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit aux prestations de l'AI et « à tout le moins, à une rente entière d'invalidité », subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir que, dans son rapport du 4 février 2021, le Dr Z. \_\_\_\_\_ ne se contentait pas de donner un avis contraire à celui de l'experte, mais expliquait en quoi cet avis était erroné, tant sur les faits que sur la réflexion médicale, mettant ainsi sérieusement en doute les déductions de l'experte, ce qui nécessitait dès lors une instruction complémentaire. Dans un autre moyen, elle a soutenu que l'intimé n'avait, à tort, pas instruit le domaine neuropsychologique, alors que dans son avis du 3 juillet 2020, le SMR était favorable à une instruction à ce niveau.

Par décision du 18 mai 2021, la juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 avril 2021, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 6 septembre 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, en renvoyant à son courrier explicatif du 9 mars 2021.

Par réplique du 30 septembre 2021, la recourante a maintenu sa position.

### **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 pascales (art. 38 al. 4 let. a 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]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 9 mars 2020. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'OAI était fondé à nier une péjoration de l'état de santé depuis la décision de refus de rente du 7 septembre 2009.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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 9 mars 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).

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3 et les références citées). 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.

**5.** 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré 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\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

**6. a)** Selon la jurisprudence, les affections psychosomatiques, les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être

attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**7.** L'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée par la recourante, qu'il a instruite en requérant l'avis du psychiatre traitant de cette dernière et en mettant en œuvre une expertise psychiatrique auprès du W.\_\_\_\_\_. Il convient en l'occurrence d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force reposant sur un examen complet du droit aux prestations, du 7 septembre 2009, et la décision litigieuse, du 9 mars 2021, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI.

**a)** La recourante a déposé une première demande de prestations AI le 1<sup>er</sup> décembre 2008. A l'époque, dans leur rapport du 20 décembre 2008, les Drs R.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ avaient posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève en rémission complète, de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline depuis l'adolescence et d'obésité. Ils avaient estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière en ce qui concernait son trouble psychique. Quant au Dr N.\_\_\_\_\_, il avait, dans son rapport du 31 décembre 2008, posé les diagnostics d'obésité morbide de classe III et de trouble du comportement alimentaire et considéré que ceux-ci n'étaient pas à l'origine d'une incapacité de travail. Par avis SMR du 25 mars 2009, le Dr B.\_\_\_\_\_ avait retenu qu'il n'existait pas de raison de s'écarter de ces appréciations et que l'exigibilité était donc totale dans l'activité habituelle. Sur cette base, l'OAI avait nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité par décision du 7 septembre 2009, au motif que celle-ci ne souffrait pas d'une atteinte à la santé invalidante qui soit à l'origine d'une incapacité de travail.

**b)** Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, la recourante a fait état d'atteintes au niveau psychiatrique, à savoir une dépression et des troubles bipolaires. L'intimé lui a toutefois derechef nié le droit à une rente, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé. Cette appréciation est en particulier fondée sur le rapport d'expertise du 21 décembre 2020 de la Dre I. \_\_\_\_\_ ainsi que sur l'avis SMR du 5 mars 2021 de la Dre T. \_\_\_\_\_.

**c)** La recourante conteste l'appréciation de l'OAI, en se prévalant de l'avis de son médecin-psychiatre traitant du 4 février 2021, qui devrait selon elle conduire à compléter l'instruction, dans la mesure où il remet sérieusement en cause le bienfondé des conclusions de l'expertise de la Dre I. \_\_\_\_\_.

**aa)** En l'occurrence, la Dre I. \_\_\_\_\_ n'a retenu aucune atteinte psychique incapacitante. Elle a en revanche posé le diagnostic, sans impact sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité émotionnellement labile, retenu compensé.

On relève en premier lieu que le diagnostic a été posé par l'experte psychiatre en référence à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), à la lumière des éléments cliniques constatés (cf. rapport d'expertise du 21 décembre 2020, p. 19). L'experte a résumé les plaintes de l'assurée, expliquant que celle-ci décrivait des hauts et des bas, avec une certaine irritabilité, une nervosité et une fragilité de l'estime de soi et qu'elle se plaignait de troubles du comportement alimentaire. L'experte a dûment expliqué les raisons pour lesquelles elle retenait le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, relevant à cet égard que l'assurée se décrivait comme étant particulièrement volubile et nerveuse, ayant un besoin de contrôle sur l'éducation de chacun de ses enfants. Elle a en outre exposé en détail les raisons pour lesquelles il convenait d'écarter le diagnostic de dépression. Elle a notamment relevé que l'assurée ne présentait pas de trouble du cours de la pensée, de l'attention, de la concentration ou de la

mémoire, ni de ralentissement psychomoteur. L'experte a également indiqué que l'humeur de la recourante était neutre, que son apparence était soignée, qu'elle ne présentait pas d'idées noires ou suicidaires, d'aboulie ou d'anhédonie et que sa libido était conservée. S'agissant de son comportement alimentaire, la Dre I.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée avait précisé, à certains moments de l'entretien, qu'elle suivait un régime alimentaire volontaire depuis six mois pour des raisons de santé (*ibidem*, p. 18 et 19).

Au vu des éléments qui précèdent, il convient de retenir que le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité émotionnellement labile a été posé par la psychiatre dans les règles de l'art, ses conclusions étant bien motivées.

**bb)** Sous l'angle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, l'experte a retenu l'absence de gravité du diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile. Si elle a admis que l'assurée se plaignait de troubles du sommeil, elle a relevé que ceux-ci ne faisaient pas l'objet d'un traitement et qu'ils n'avaient pas d'impact sur le fonctionnement quotidien et l'organisation de la famille (*ibidem*, p. 18). En outre, la Dre I.\_\_\_\_\_ a constaté que l'assurée s'occupait de ses quatre enfants, étant très investie dans leur éducation, et qu'elle s'occupait également des tâches ménagères et de faire les courses (*ibidem*, p. 23). S'agissant du traitement, l'experte a exposé que celui-ci était adéquat et que la recourante montrait une bonne compliance. Elle a ajouté que le traitement se situait en deçà des propositions thérapeutiques habituelles pour un trouble de la personnalité émotionnellement labile, ce qui corroborait l'absence de gravité des répercussions du trouble dans tous les domaines de la vie de l'assurée (*ibidem*, p. 20). Sur le plan des comorbidités, l'experte a relevé que l'assurée présentait une obésité depuis l'enfance (*ibidem*, p. 24). On constate toutefois que, malgré ses problèmes de poids, la recourante est capable de gérer les tâches du quotidien. La Dre I.\_\_\_\_\_ a également procédé à l'analyse de la personnalité de la recourante, qu'elle a qualifiée de particulière en raison notamment de son obésité, de son anamnèse familiale et du fait qu'elle ne

travaillait plus depuis l'arrivée de ses enfants (*ibidem*, p. 19). Il ne ressort cependant pas du rapport d'expertise que l'intéressée présenterait une structure de la personnalité, respectivement un trouble de la personnalité rigide et chronique pouvant entraîner des limitations significatives. Au contraire, l'experte a décrit une assurée qui présentait de bonnes capacités à s'affirmer et défendre ses convictions, qui était capable de jugement et de prendre des décisions, ainsi que de planifier et de structurer des tâches et qui savait se montrer flexible. D'après elle, l'intéressée était capable d'évoluer au sein d'un groupe, d'en intégrer les règles et de s'y adapter. S'agissant du contexte social, l'experte a relevé que la recourante avait un bon sens du contact envers les tiers, entrant aisément et de manière informelle en lien avec autrui. Elle a en outre indiqué que la recourante bénéficiait du soutien de ses proches – à savoir son compagnon, sa mère et ses enfants –, les relations avec ceux-ci étant bonnes, ce qui constituait une ressource importante (*ibidem*, p. 24).

Sur le plan de la cohérence, la Dre I. \_\_\_\_\_ a mis en lumière que les allégations de lourds handicaps de l'assurée entraient en contradiction avec son environnement psycho-social intact. Elle a de plus relevé que la souffrance de l'intéressée ne se traduisait pas par un recours aux offres thérapeutiques multiples. L'experte a en outre indiqué qu'il n'existait aucune incohérence entre les données à disposition et les constatations effectuées lors de l'examen (*ibidem*, p. 20). D'après elle, il n'existait aucune limitation, quel que soit le domaine de la vie de l'intéressée, celle-ci ne présentant en particulier aucune difficulté à conserver des contacts sociaux et organiser et gérer le quotidien de l'ensemble de la famille, soit en particulier l'éducation de ses quatre enfants, la tenue du ménage et les courses (*ibidem*, p. 24).

Sur la base de l'examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels, l'entière capacité de travail dans l'activité habituelle retenue par l'experte apparaît donc cohérente avec la situation objective de la recourante, celle-ci disposant à l'évidence de ressources personnelles pour surmonter les difficultés alléguées en lien avec son atteinte à la santé.

**cc)** L'analyse de la Dre I. \_\_\_\_\_ n'est du reste pas sérieusement mise en doute par les éléments au dossier. En effet, cette dernière a dûment étayé son positionnement quant à l'avis médical du psychiatre traitant de la recourante ressortant de ses rapports des 24 mars, 20 mai et 22 août 2020. A cet égard, elle a relevé que l'évaluation objective de l'assurée ne permettait pas de retenir les diagnostics posés par le Dr Z. \_\_\_\_\_, à savoir ceux d'épisode dépressif chronique, d'intensité moyenne vers sévère, qui pourrait s'inscrire dans le cadre d'un trouble bipolaire, ou de trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale. Elle a en effet spécifié que l'assurée présentait un diagnostic ancien de trouble de la personnalité émotionnellement labile, dont les symptômes essentiels étaient en lien avec des variations émotionnelles, que cette dernière décrivait parfois des moments de déprime mais que le traitement en place était en adéquation avec ce type de période. Ainsi, selon la Dre I. \_\_\_\_\_, il ne s'agissait pas d'épisodes de dépression, mais d'une forme de labilité émotionnelle, n'étant jamais allée jusqu'à atteindre le stade d'une dépression sévère. L'experte a noté que l'intéressée se montrait active au quotidien, qu'elle était mère de quatre enfants dont les deux derniers étaient jeunes et nécessitaient plus d'attention et qu'elle avait toujours été présente pour eux et n'avait pas délégué leur éducation. Elle a en outre relevé que l'assurée avait été détendue et fait preuve d'une attention particulièrement soutenue en entretien, qu'elle se montrait dynamique au quotidien, indépendante, qu'elle arborait une tenue corporo-vestimentaire soignée, vivait depuis six mois avec le père de ses deux derniers enfants et avait le projet de se marier prochainement. Selon l'experte, ces éléments entraient en contradiction avec les diagnostics posés par le psychiatre traitant. La Dre I. \_\_\_\_\_ a également estimé que l'affirmation du Dr Z. \_\_\_\_\_ selon laquelle la mise sous curatelle de sa patiente démontrerait l'existence de troubles cognitifs était dénuée de fondement, celle-ci ayant elle-même requis une curatelle de gestion administrative en lien avec des difficultés de gestion de ses finances, évoquant une dette de plus de 150'000 francs. L'experte psychiatre a de plus retenu que l'intéressée ne présentait pas d'altération des fonctions cognitives, compte tenu en particulier du récit

de cette dernière s'agissant de ses antécédents médicaux et personnels, du fait qu'elle se soit montrée précise notamment quant aux dates de naissances de ses huit frères et sœurs, de ses parents et de ses enfants, de la fluidité de l'entretien, de la cohérence idéo-affective, de la facilité d'utiliser son téléphone et de passer de l'italien au français. Il y a en définitive lieu de constater que le Dr Z. \_\_\_\_\_ procède à une appréciation différente d'un même état de fait et que ses rapports, moins bien étayés que l'expertise de la Dre I. \_\_\_\_\_, ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions motivées de celle-ci.

En ce qui concerne le rapport du 4 février 2021 établi par le Dr Z. \_\_\_\_\_ à la suite de l'expertise, il ne permet pas non plus d'en remettre en cause le bienfondé, contrairement à ce que soutient la recourante. A ce sujet, la Dre T. \_\_\_\_\_ a relevé, dans son avis SMR du 5 mars 2021, que, par son rapport du 4 février 2021, le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'amenait aucun élément d'aggravation ou permettant de retrouver des limitations objectives dans le fonctionnement de sa patiente qui jetterait un doute sur les conclusions de l'experte. Il y a lieu de constater que ce rapport ne fait effectivement pas état d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en considération par l'experte. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a tout d'abord reproché à l'experte de s'être fondée sur une anamnèse incomplète. Or, la Dre I. \_\_\_\_\_ a bel et bien recueilli les plaintes de l'assurée et consacré plusieurs pages à son anamnèse, répertoriant en particulier les éléments subjectifs relatés par cette dernière. Elle a de plus résumé l'ensemble des rapports médicaux et documents administratifs et juridiques au dossier depuis 2008 et s'est positionnée sur certains de ces rapports médicaux, démontrant ainsi une très bonne connaissance des antécédents de l'assurée. Quoi qu'en dise le Dr Z. \_\_\_\_\_, elle a tenu compte dans le cadre de son analyse de l'anamnèse familiale de la recourante, en particulier de l'alcoolisme du père et des tensions familiales y relatives, ainsi que des troubles mentaux des oncles paternels, lesquels sont expressément mentionnés dans l'expertise. Au demeurant, l'experte a dûment pris en compte les éventuels tentamens de la recourante, puisqu'elle relève dans son expertise une absence d'idées noires et suicidaires. Rien n'incitait la spécialiste à aller plus loin dans ses

investigations, ce d'autant qu'aucun rapport au dossier ne faisait état d'une tentative de suicide par le passé. En particulier, ce n'est que postérieurement à l'expertise que le psychiatre traitant a signalé que l'assurée avait fait une tentative de suicide en printemps 2018, ce dont il n'avait fait nulle mention jusque-là.

Le psychiatre traitant a en second lieu contesté que l'experte n'ait retenu qu'une labilité émotionnelle, et non une véritable baisse de l'humeur, invoquant en particulier la perte de poids importante de la recourante comme le signe objectif d'une dépression grave. Dite perte de poids est pourtant bien analysée par la Dre I. \_\_\_\_\_ dans son expertise, laquelle précise que celle-ci a eu lieu dans le contexte d'un régime alimentaire volontaire suivi depuis six mois pour des raisons de santé. A cela s'ajoute que, comme indiqué précédemment (cf. consid. 7c aa et bb *supra*), les conclusions de l'expertise sont minutieusement motivées, de sorte que l'on ne saurait suivre l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ selon lequel l'experte aurait procédé à des interprétations subjectives et des affirmations sans fondement clinique. Enfin, l'argument du Dr Z. \_\_\_\_\_ selon lequel le traitement médicamenteux de l'assurée prouverait l'existence d'une maladie qui n'aurait pas été explorée par la Dre I. \_\_\_\_\_ ne convainc pas. Celle-ci a en effet bien expliqué que la médication de l'assurée lui permettait de faire face à ses variations émotionnelles, symptômes typiques d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile. Elle n'a d'ailleurs nullement estimé que le traitement prescrit était inadéquat ou insuffisant, comme le soutient le Dr Z. \_\_\_\_\_, mais a indiqué qu'il se situait en deçà des propositions thérapeutiques habituelles pour ce type de diagnostic, ce qui corroborait son évaluation.

**d)** Compte tenu des éléments qui précèdent, il convient de s'en tenir aux conclusions du rapport d'expertise de la Dre I. \_\_\_\_\_, qui est bien élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte de l'ensemble des spécificités du cas particulier et comporte des conclusions claires, dûment motivées et exemptes de contradictions. Ce

rapport satisfait ainsi aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

**e)** Dans un autre moyen, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir diligenté une expertise neuropsychologique. Elle fait valoir que le SMR aurait lui-même requis la mise en œuvre d'une telle expertise dans son compte-rendu de la permanence du 3 juillet 2020.

Or, cette allégation ne peut être suivie. En effet, selon ledit compte-rendu, la Dre T.\_\_\_\_\_, à cette époque, n'excluait pas la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, puisque cet aspect n'était pas assez documenté, et entendait uniquement savoir si le Dr Z.\_\_\_\_\_ avait effectué des investigations au niveau neuropsychologique, compte tenu des affirmations de ce dernier s'agissant de la baisse des fonctions cognitives de sa patiente. La médecin du SMR n'entendait ainsi pas mettre en œuvre de tels examens. Du reste, le psychiatre traitant a fait savoir à l'OAI, lorsqu'il a été interpellé à ce sujet, qu'il n'avait pas considéré nécessaire de demander des investigations neuropsychologiques (cf. son rapport à l'OAI du 22 août 2020). A cela s'ajoute que la Dre I.\_\_\_\_\_ a dûment étayé l'absence de troubles cognitifs et, ainsi, l'absence de nécessité de la mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique (cf. rapport d'expertise du 21 décembre 2020, p. 19).

**f)** Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, l'OAI était légitimé à se fonder sur le rapport d'expertise du 21 décembre 2020 établi par la Dre I.\_\_\_\_\_, ainsi que sur l'avis SMR du 5 mars 2021 de la Dre T.\_\_\_\_\_, pour rejeter la demande de prestations de la recourante, l'état de santé de cette dernière ne s'étant manifestement pas modifié de manière significative depuis la décision du 7 septembre 2009.

**8. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est

soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. L'intéressée est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant 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). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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).

**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 9 mars 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 provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- IV.** 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 à la charge de l'Etat.

**V.** 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 :

- Procap Suisse, Service juridique (pour G. \_\_\_\_\_),
- 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 :