

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 janvier 2023

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

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Muriel Vautier, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1977, a travaillé du 1^{er} septembre 2008 au 30 septembre 2011 en qualité de conseillère de vente pour le compte de la société [...] SA.

Le 4 avril 2012, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de douleurs aux hanches et au niveau du membre inférieur gauche, d'une hernie discale et d'arthrose au niveau de la colonne vertébrale.

A cette époque, la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué que du point de vue psychiatrique, rien ne s'opposait à l'exercice d'une activité professionnelle à un taux oscillant entre 50 % et 100 %, mentionnant à titre de limitations fonctionnelles des difficultés de concentration, une anxiété et une phobie des examens (cf. rapport du 31 mai 2012).

Dans un rapport du 9 juin 2012, le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état d'une pathologie des deux hanches avec déchirure du labrum, ainsi que de lombosciatalgies avec discopathie étagée.

Quant à la Dre R._____, chiropraticienne, elle a retenu les diagnostics de lombalgies récidivantes sur hernie discale L5-S1 sans conflit radiculaire, de syndrome d'hyperlaxité, de status post arthroscopie de la hanche droite pour kyste antérieur et lésion labrale antéro-supérieure, ainsi que de tendinite et péritendinite du long péroné. Elle a estimé que la capacité de travail de l'assurée était complète dans une activité de conseillère de vente, tant que celle-ci n'impliquait pas de port de charges lourdes (5-10 kg), de position en porte-à-faux répétée, de pivots répétitifs des hanches et de position statique debout maintenue (cf. rapport du 10 septembre 2012).

Par décision du 29 avril 2013, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel. Si l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible, l'assurée était en mesure d'exercer à temps plein une activité adaptée et son degré d'invalidité s'élevait ainsi à 9 %.

A la suite de cette décision, l'assurée a effectué une formation d'employée de commerce dans le cadre de l'assurance-chômage, puis a épisodiquement travaillé en qualité de comptable pour le compte de [...].

B. Le 20 mars 2018, un entretien de détection précoce s'est tenu à l'OAI à la suite d'une annonce du Dr Q._____, psychiatre traitant de l'assurée au sein du Centre S._____. A cette occasion, le Dr Q._____ a notamment fait état d'un trouble de la personnalité de type borderline avec traits abandonniques et a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant l'impulsivité, l'agressivité, une faible résistance à la frustration et à la pression.

Par formulaire daté du 25 mars 2018 et réceptionnée par l'OAI le 3 avril 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Par courrier du 5 avril 2018, l'OAI lui a imparti un délai pour produire les éléments rendant plausible une modification de son degré d'invalidité.

Dans un rapport du 3 mai 2018, le Dr L._____, médecin praticien, a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques, de fibromyalgie - trouble somatoforme, de cruralgie droite chronique, de coxalgie droite, d'anxio-dépression, de dépendance au cannabis et d'allergie aux pollens et à la poussière.

Dans un avis du 8 juin 2018, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé qu'aucune péjoration de l'état de santé n'était documentée, les limitations fonctionnelles énoncées à l'époque de la première demande demeurant valables.

Par projet de décision du 13 juin 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

L'assurée a contesté ce projet le 28 juin 2018.

Le 19 juillet 2018, le Dr L._____ a fait parvenir à l'OAI un rapport par lequel il a expliqué qu'il n'était pas possible de trouver une activité professionnelle classique adaptée à la personnalité de sa patiente, à ses troubles psychiatriques et à ses troubles somatiques.

Quant au Dr Q._____, celui-ci a, dans un rapport du même jour, posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère (F33.2), de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3) et de dépendance à l'alcool (F10.2) et au cannabis (F12.2). Il a estimé que l'assurée n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle à 100 % dans un milieu ordinaire en raison de son état dépressif chronique et du fait qu'elle présentait une hypothyroïdie, une perte de poids, une baisse de l'élan vital, un trouble du sommeil, une anhédonie, une fatigue constante, des douleurs lombaires, une irritabilité, une tension interne, des idées suicidaires sans scénario de passage à l'acte, une labilité de l'humeur, une anxiété et un trouble du sommeil.

Le 26 mars 2019, le Dr L._____ a produit des rapports établis par le Dr J._____ de [...], selon lesquels l'assurée souffrait en particulier de douleurs chroniques primaires généralisées, de douleurs post-chirurgicales persistantes à la hanche droite, de dysrégulation végétative avec réaction sympathique importante et de polyneuropathie périphérique des petites fibres douloureuses - d'origine inconnue (cf. en particulier rapport du 24 janvier 2019).

Dans un avis du 16 avril 2019, le SMR a retenu que les troubles de l'assurée étaient présents de longue date et qu'aucune

limitation fonctionnelle objective n'était rapportée, si bien que ses précédentes conclusions demeuraient valables.

Par décision du 24 avril 2019, l'OAI a confirmé son projet du refus d'entrer en matière du 13 juin 2018, dont il a repris la motivation.

C. L'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 28 mai 2019. Dans le cadre de ce recours, l'assurée a produit trois rapports :

- Dans le premier du 5 juin 2019, le Dr Q._____ a mentionné que l'assurée pouvait travailler jusqu'à 60 % dans une activité adaptée avec un rendement probable de 70 % par journée travaillée, l'activité ne devant pas être multi-tâches ni impliquer beaucoup d'interactions ou de stress.
- Selon son rapport du 25 juin 2019, le Dr Z._____, spécialiste en neurologie, n'a pas retrouvé de polyneuropathie sensitive ou motrice (grosses fibres) lors de son examen, mais a posé le diagnostic de syndrome du tunnel carpien à droite.
- Dans un rapport du 1^{er} juillet 2019, le Dr L._____ a repris les diagnostics déjà posés et indiqué qu'une activité dans un milieu adapté semblait illusoire, possiblement sur un temps très restreint d'une ou deux heures par jour avec une activité intellectuelle et une activité physique en adéquation avec la situation de l'assurée.

Par arrêt du 6 février 2020 (cause AI 206/19 - 46/2020), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assurée, annulé la décision rendue le 24 avril 2019 par l'OAI et lui a renvoyé la cause pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande. En substance, la Cour de céans a expliqué, s'agissant des atteintes d'ordre psychique, que lors de la précédente décision de refus de rente, aucun diagnostic psychiatrique incapacitant n'avait été retenu. Or désormais le Dr Q._____ faisait état non seulement de deux nouveaux diagnostics, à savoir une dépendance à l'alcool et une dépendance au cannabis, mais encore qualifiait le trouble dépressif récurrent de l'assurée de sévère, estimant que l'atteinte serait désormais incapacitante. La Cour des

assurances sociales a ainsi retenu que l'assurée avait rendu plausible qu'elle avait subi, depuis la décision du 29 avril 2013, une péjoration de son état de santé psychique propre à influencer ses droits, si bien qu'il appartenait à l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 25 mars 2018.

D. A la suite de cet arrêt, l'OAI a entrepris d'instruire la demande de l'assurée et recueilli différents rapports médicaux. Dans des rapports établis respectivement les 4 et 20 mai 2020, le Dr L._____, et la Dre Y._____, spécialiste en neurologie, ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle en toutes activités, la Dre Y._____ confirmant par ailleurs l'existence d'une polyneuropathie des petites fibres. Le 28 avril 2020, le Dr B._____, spécialiste en neurologie, a transmis son rapport de consultation du 21 août 2019, faisant état d'un status neurologique sans particularités, en dehors d'un syndrome du tunnel carpien à droite.

Sur le plan psychique, les Drs V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X._____, du Centre S._____, ont repris dans leur rapport du 18 mai 2020 les diagnostics posés par le Dr Q._____, tout en classifiant le trouble dépressif comme autres troubles dépressifs récurrents (F33.8). Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité de comptable était nulle et qu'elle pourrait travailler au maximum deux heures par jour, et ceci de manière fluctuante, ses limitations fonctionnelles étant des difficultés relationnelles, de concentration et à maintenir un rythme, une forte anxiété, une diminution de l'endurance, une irritabilité, une mauvaise gestion du stress, une instabilité affective et une réactivité marquée de l'humeur. Répondant aux questions du SMR (cf. avis du 4 juin 2020), ils ont confirmé dans leur rapport du 8 juillet 2020 qu'ils ne retenaient pas de trouble somatoforme.

Dans un avis du 24 juillet 2020, le SMR a considéré, se référant à l'arrêt du 6 février 2020 de la Cour de céans, qu'il n'y avait pas d'aggravation sur le plan somatique, relevant notamment que le diagnostic de polyneuropathie des petites fibres évoqué par la Dre

Y._____ avait été écarté par deux autres neurologues, à savoir les Drs Z._____ (rapport du 25 juin 2019) et B._____ (rapport du 21 août 2019). Sur le plan psychique, le SMR s'est étonné que les médecins du Centre S._____ ne retiennent pas le diagnostic de trouble somatoforme et qu'ils fixent la capacité de travail à 20 % malgré les ressources rapportées, si bien qu'il a décidé de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Cette expertise a été confiée au Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier, dans son rapport du 10 décembre 2020, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen puis léger depuis janvier 2018 (F33.11/F33.0), d'agoraphobie (F40) avec phobie sociale légère (F40.1), de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) « sans indices de gravité jurisprudentiels », de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante (F61) actuellement non décompensé, de dépendance au cannabis utilisation continue depuis le début de l'âge adulte (F12.25) et de dépendance éthylique utilisation épisodique dans le passé, actuellement abstinent depuis six mois (F10.20). Il a estimé que la capacité de travail était de 100 % sans diminution de rendement depuis janvier 2018 et n'a pas non plus retenu d'incapacité de travail avant 2018.

Dans son avis du 18 décembre 2020, le SMR a considéré qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter de l'expertise. Il a conclu qu'il n'y avait pas d'aggravation rendue plausible sur le plan somatique comme le soulignait l'arrêt du 20 février [recte : 6 février] 2020 et que l'expertise psychiatrique excluait l'existence d'une pathologie incapacitante depuis au moins 2018.

Par projet de décision du 22 décembre 2020, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter sa nouvelle demande, en l'absence de modification de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans sa précédente décision.

L'assurée s'est opposée à ce projet par courrier du 3 février 2021. Elle a ensuite produit un rapport du 24 mars 2021 des Drs V. _____ et X. _____ qui expliquaient pour quelles raisons l'appréciation de la capacité de travail faite par le Dr N. _____ ne leur paraissait pas probante.

L'assurée a complété ses objections le 27 mai 2021 et transmis une lettre de sa mère du 13 avril 2021, qui attestait qu'elle aidait quotidiennement l'assurée pour son ménage et ses démarches administratives, ainsi que pour la véhiculer à ses rendez-vous médicaux.

Dans un avis du 4 juin 2021, le SMR a estimé que le rapport médical des S. _____ n'apportait aucun élément médical et a maintenu sa position.

Par décision du 8 juin 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, reprenant les termes de son projet de décision. Dans une lettre du même jour faisant partie intégrante de cette décision, l'OAI a pris position sur les arguments soulevés par l'assurée.

E. Par acte du 14 juillet 2021, F. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit octroyée depuis la date et au taux que Justice dira, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a reproché à l'OAI d'avoir négligé d'instruire de manière suffisante les questions orthopédiques, neurologiques et rhumatologiques, et contesté la valeur probante du rapport d'expertise. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neurologique, orthopédique, rhumatologique et psychiatrique.

Dans sa réponse du 5 août 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 15 décembre 2021, la recourante a réaffirmé que l'OAI aurait dû instruire les atteintes somatiques. Elle s'est prévaluée des conclusions du rapport d'expertise privée qu'elle a fait réaliser auprès du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qu'elle a produit, de même que le rapport d'examen neuropsychologique du 22 novembre 2021 de la neuropsychologue A._____. Dans son rapport du 23 novembre 2021, le Dr D._____ a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F61.31), de trouble de l'humeur persistant (F34.8), de boulimie atypique (F50.3), d'anxiété généralisée (F41.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, actuellement abstinente (F10.20 et F12.20). Il a conclu que la recourante était incapable de travailler dans une structure habituelle du marché économique en raison de son comportement verbal inadéquat et de ses absences fréquentes liées aux douleurs et qu'elle pouvait avoir une capacité de travail de l'ordre de 50 % dans une petite structure tolérante avec une diminution de rendement de l'ordre de 30 % en raison des troubles cognitifs qu'elle présente. La neuropsychologue a conclu à un trouble neuropsychologique de sévérité moyenne caractérisé par des difficultés développementales et par des troubles cognitifs spécifiques, notamment de la cognition sociale. Les limitations fonctionnelles semblaient significatives sur des activités nécessitant de bonnes compétences dans la prise en compte de l'autre et de ses besoins, dans la compréhension et la gestion de situations variées ainsi que de ses émotions et de ses réactions, ou nécessitant de bonnes aptitudes en langage écrit, en attention soutenue et en flexibilité/adaptation.

Par duplique du 13 janvier 2022, l'OAI a maintenu sa position. Il a produit un avis du SMR du 11 janvier 2022, constatant que les diagnostics retenus par le Dr D._____ étaient dans l'ensemble superposables à ceux du Dr N._____, que l'appréciation de leurs conséquences reposait essentiellement sur l'anamnèse et non ses propres constatations, et estimant que l'expertise du Dr N._____ était davantage convaincante. Il a en outre noté que le compte rendu de la consultation du

2 novembre 2021 de la Dre W._____, rhumatologue, retrouvait un status dans la limite de la normale, ce qui confirmait l'absence d'aggravation sur le plan somatique.

Dans ses déterminations du 7 février 2022, la recourante a émis des critiques à l'encontre de l'avis du SMR.

F. La juge alors en charge de l'instruction du dossier a estimé, après examen des pièces au dossier, qu'il s'imposait d'ordonner une surexpertise psychiatrique, laquelle a été confiée au Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier s'est en outre adjoint les services du neuropsychologue E._____, ce dont les parties ont été informées.

Dans son rapport du 14 septembre 2022, le Dr H._____ a retenu les diagnostics de trouble anxiété sociale (phobie sociale ; F40.1), trouble anxiété généralisée (F41.1), trouble dépressif persistant (F34.1), trouble *bulimia nervosa* (F50.2), trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante (F45.1), syndrome de dépendance à l'alcool (F10.21) et au cannabis (F12.21), actuellement abstinente dans un environnement protégé, et trouble personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Il a estimé que tous ces diagnostics avaient un effet sur la capacité de travail, entraînant depuis la fin de sa formation commerciale, soit depuis le 1^{er} septembre 2016, une incapacité de travail de 80 %, diminution de rendement comprise. La capacité résiduelle de 20 % devait être exercée dans une activité d'employée impliquant peu de contacts sociaux et sans modification abrupte des sollicitations (expertise p. 34). Quant au neuropsychologue E._____, dans son rapport du 23 août 2022, il a retenu le diagnostic de troubles neuropsychologiques légers et relevé que l'amélioration cognitive observée par rapport à novembre 2021 était pour partie imputable à l'abstinence de cannabis et d'alcool. Au niveau des limitations fonctionnelles, l'activité devait mettre en jeu le moins possible la lecture ou la rédaction de documents en raison de la dyslexie et dysorthographe présentée par la recourante, et

impliquer peu de contacts avec des collègues ou des clients en raison de ses troubles de la cognition sociale.

Les parties se sont déterminées le 10 octobre 2022 sur l'expertise du Dr H._____ et son complément neuropsychologique. La recourante a conclu à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} septembre 2016. Quant à l'OAI, il s'est référé à un avis du SMR du 5 octobre 2022, qui a estimé que l'expertise du Dr H._____ était la mieux argumentée, que l'état de santé de la recourante s'était aggravé depuis le 1^{er} septembre 2016, principalement en raison de l'expression plus intense (ou décompensation) d'un trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline et qu'il existait aussi une maladie des petites fibres dont le caractère incapacitant n'avait pas été établi. Le SMR a conclu à l'existence d'une capacité de travail de 20 % en toutes activités depuis le 1^{er} septembre 2016, en retenant les limitations fonctionnelles suivantes : importantes difficultés relationnelles, impulsivité, difficulté de gestion des émotions, difficulté d'adaptation aux règles et aux routines, troubles de l'adaptation, de la planification et de l'organisation, baisse de l'endurance, difficultés de lecture et rédactionnelles.

Dans de nouvelles déterminations du 27 octobre 2022, l'OAI a relevé que le droit à la rente ne saurait prendre naissance avant le 1^{er} septembre 2017.

La recourante a maintenu, par déterminations du 1^{er} novembre 2022, qu'il se justifiait de réformer la décision attaquée et de lui accorder le droit à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2016, conformément à l'art. 28b al. 3 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

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). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande déposée le 25 mars 2018.

3. a) 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 8 juin 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).

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).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 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 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.

d) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre

sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

e) 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).

4. a) En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande déposée le 25 mars 2018 par la recourante à la suite de l'arrêt de renvoi de la Cour des assurances sociales. Dans ce cadre, il a recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitants de la recourante et mis en œuvre une expertise auprès du Dr N._____. Se fondant sur les conclusions de cet expert, l'OAI a estimé qu'il n'y avait aucune modification de l'état de santé de la recourante ayant une incidence sur sa capacité de travail depuis la décision du 29 avril 2013 et a rejeté la nouvelle demande de prestations par décision du 8 juin 2021.

En réplique, la recourante a produit une expertise privée, réalisée par le Dr D._____ et accompagnée d'un examen neuropsychologique d'A._____, lesquels ont remis en cause les conclusions du Dr N._____. Dans ces conditions, la juge alors en charge de l'instruction a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, qui a été confiée au Dr H._____.

Comme le reconnaissent les deux parties, l'expertise judiciaire du Dr H._____, complétée par une évaluation neuropsychologique d'E._____, satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

L'expert a examiné la recourante à trois reprises les 12, 18 et 23 août 2022 ; il a en outre contacté sa mère. Il a étudié l'ensemble du dossier médical (expertise pp. 2-8), qu'il a complété en prenant contact avec la psychiatre traitante (pp. 21-22). Il a établi une anamnèse particulièrement fouillée, sur les plans familial, personnel et socio-professionnel, médical (au niveau somatique et psychiatrique), de la vie privée de la recourante et de ses consommations (pp. 9-13). Il a retracé l'évolution de la situation de la recourante depuis la décision de refus de prestations du 29 avril 2013 et a décrit sa situation actuelle, y compris le déroulement de son quotidien (pp. 14-15). Il a recueilli les plaintes de la recourante (pp. 16-17) et exposé ses observations cliniques (pp. 17-18), complétant son examen par des test psychologiques, des analyses de laboratoire et un examen neuropsychologique (pp. 18-21). Le Dr H._____ a ensuite posé chaque diagnostic de manière motivée et détaillée, en précisant se référer aux critères du DSM-5, et a discuté les autres diagnostics posés, constatant que les appréciations diagnostiques figurant au dossier étaient très similaires dans leur globalité (p. 28). Il n'était cependant à ses yeux pas défendable, comme le faisait le Dr N._____, de retenir sept entités diagnostiques potentiellement incapacitantes, voire gravement incapacitantes, sans admettre une quelconque incapacité de travail psychiatrique (p. 31-33). Il a procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables (cf. consid. 3e ci-dessus) : après avoir examiné le degré de gravité fonctionnel de chaque atteinte dans la partie « appréciation diagnostique », il s'est prononcé sur la cohérence, la personnalité de la recourante et ses ressources (pp. 29-31) ainsi que les traitements entrepris (p. 35). Il n'a noté aucune discordance entre les plaintes, le comportement et les limitations alléguées par la recourante et ce qui est connu de ses activités de la vie quotidienne, précisant que la recourante tend à minimiser, voire à dénier ses troubles psychiatriques. Il

a expliqué que le trouble de personnalité de la recourante devait être considéré comme le socle de sa psychopathologie psychiatrique (trouble anxieux, trouble dépressif, trouble des conduites alimentaires, dépendances) et en fondait la chronicité. Ce trouble de personnalité était suffisamment grave pour qu'on puisse considérer que l'intéressée n'était que « difficilement supportable » dans le marché ordinaire du travail.

En définitive, l'appréciation faite par le Dr H._____ de la situation médicale de la recourante est claire et convaincante, sans qu'il n'existe au dossier d'éléments justifiant de s'éloigner de ses conclusions. Il en résulte que la recourante présente depuis le 1^{er} septembre 2016 une incapacité de travail de 80 % en toutes activités.

b) Il s'agit là d'une modification notable de l'état de santé de la recourante depuis la première décision de refus de rente. L'ampleur de cette incapacité de travail en toutes activités conduit à reconnaître à la recourante un taux d'invalidité supérieur à 70 %, lui ouvrant le droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), sans qu'il n'y ait lieu de calculer ce taux plus précisément.

Dans la mesure où le caractère invalidant des atteintes psychiques suffit à l'octroi d'une rente entière, il n'est pas nécessaire d'examiner l'éventuel effet incapacitant des atteintes somatiques présentées par la recourante.

c) En raison du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'ouverture du droit à la rente pourrait intervenir au plus tôt le 1^{er} septembre 2017. Toutefois, à cette date, la recourante n'avait pas déposé sa nouvelle demande, laquelle ne l'a été que le 25 mars 2018. Il faut préciser à cet égard que l'absence de pièce au dossier de l'intimé permettant d'attester la date à laquelle cette demande de prestations a été postée constitue une violation de son obligation de tenir un dossier complet au sens de l'art. 46 LPGA et entraîne un renversement du fardeau de la preuve. Il convient dès lors de retenir que la demande, datée du 25

mars 2018, a été remise à la poste avant le 31 mars 2018 puis réceptionnée par l'OAI le 3 avril 2018 (sur ces questions, cf. CASSO AI 70/19 - 131/2020 du 30 avril 2020 consid. 7). Compte tenu du délai de six mois à compter du dépôt de cette demande de prestations (art. 29 LAI), le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1^{er} septembre 2018.

5. a) Le recours est admis. La décision litigieuse est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2018.

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 partie intimée, vu l'issue du litige.

La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 8 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que F. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2018.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Muriel Vautier (pour F._____),
- 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 :