

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 mai 2022

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 - 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** O.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est titulaire d'un certificat de capacité d'infirmière assistante (délivré le 5 septembre 1996) et a suivi des formations dans les domaines des massages manuels, de l'aromathérapie et des techniques de soins et de massages en Ayurveda. Après avoir travaillé dans le domaine des soins infirmiers jusqu'en 2012, elle a œuvré en dernier lieu comme caissière rétribuée à l'heure (horaire à temps partiel de 20h30 par semaine) de septembre 2014 à mai 2015 pour le compte de la Société coopérative B.\_\_\_\_\_, à [...]. Elle est depuis lors au bénéfice du revenu d'insertion (RI).

En arrêt depuis le 9 septembre 2015 en raison d'angoisse liée au monde du travail, de vertiges et de tension artérielle basse, l'assurée a déposé le 18 novembre 2016 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux habituels auprès des médecins consultés par l'assurée (rapport du 14 janvier 2017 du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin praticien, médecin traitant ; rapport du 9 février 2017 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie ; rapport du 7 mars 2017 de la Dre L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie) ainsi qu'auprès de l'assureur perte de gain S.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : S.\_\_\_\_\_ ; rapport d'expertise psychiatrique du 25 février 2015 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie ainsi qu'en psychiatrie et en psychothérapie). Se fondant sur l'avis de la Dre X.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR ; avis du 13 décembre 2017), l'OAI a, par décision du 24 juillet 2018, rejeté la demande de prestations, motif pris de l'absence d'atteintes à la santé invalidantes au sens de l'assurance-invalidité.

**B.** Le 15 janvier 2020, O.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations en raison principalement d'une incapacité à gérer le stress, de difficultés relationnelles avec autrui, d'une anxiété et d'angoisses.

Après être entré en matière sur cette nouvelle demande et avoir complété l'instruction en recueillant des renseignements médicaux auprès du psychiatre traitant (rapport du 19 mars 2020 de la Dre D.\_\_\_\_\_) et du médecin traitant (rapport du 13 juillet 2020 du Dr N.\_\_\_\_\_), l'OAI a, suivant le point de vue du SMR (avis du 26 juin 2020), adressé des questions complémentaires à la Dre D.\_\_\_\_\_, laquelle y a répondu le 10 août 2020. Estimant que les éléments rapportés par la Dre D.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de savoir si l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ ou s'il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans son rapport du 29 mars 2021, l'expert a retenu les diagnostics – sans répercussion sur la capacité de travail – de trouble anxieux et dépressif mixte depuis janvier 2016 au présent et de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dépendante actuellement bien compensé (avec la précision que ce trouble n'avait pas empêché l'assurée de travailler dans le passé et de gérer son quotidien sans limitations). En guise de conclusions, il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière en toute activité depuis janvier 2016 jusqu'au jour de l'expertise. Il n'avait pas de proposition thérapeutique à formuler au plan psychique, précisant qu'un traitement antidépresseur pouvait tout de même accélérer le processus de guérison et diminuer le risque d'aggravation.

Après avoir soumis l'expertise au SMR (rapport du 15 avril 2021), l'OAI a, par projet de décision du 16 avril 2021, informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à des mesures professionnelles et une rente d'invalidité, au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé incapacitante et que sa capacité de travail était totale dans toute activité.

A l'appui de ses objections du 12 mai 2021, complétées le 1<sup>er</sup> juillet 2021, l'assurée, agissant par Procap, a produit un rapport du 22 juin 2021 établi par la Dre D. \_\_\_\_\_, dont il ressort ce qui suit :

*Question 1 : évolution de l'état de santé de l'assurée depuis votre suivi et depuis avril 2021 (soit après l'expertise)*

Depuis le début du suivi en janvier 2019, l'évolution est marquée par une relative stabilisation, avec une résurgence de symptômes anxiodépressifs dans des contextes de stress. Mme O. \_\_\_\_\_ est parvenue à développer des moyens pour calmer les ruminations obsessionnelles sans limites dont elle souffre, parvient grâce aux séances à mieux gérer la distance relationnelle avec sa mère, et a fait un travail d'acceptation de son trouble. Elle a un mode de vie restreint, et est vite débordée lors de l'apparition de stressseurs, mêmes minimes (troubles du sommeil, irritabilité, angoisses, troubles de la concentration, tristesse, idées suicidaires).

Suite à l'expertise et à la décision de l'Office AI, Mme O. \_\_\_\_\_ a présenté un épisode anxiodépressif important associé à une accentuation des ruminations, des troubles de la pensée (blancs) et à des moments de déconnexion. Elle ne répondait plus à ses proches, rangeait ses clés dans le frigo, se mit à écrire sous la dictée d'une voix. La lecture du rapport d'expertise a entraîné un certain effondrement, avec le surgissement d'idées suicidaires, liées au sentiment de ne pas avoir sa place sur terre, des ruminations obsessionnelles importantes autour de questions existentielles, une irritabilité, des troubles de la concentration, un vide immense, ayant nécessité la prescription d'une médication anxiolytique durant quelques semaines et un rapprochement des séances. Le fait de lire que ses difficultés, qu'elle avait eu tant de peine à accepter et avait longtemps déniées, soient balayées par l'expert a été vécu comme un choc. Un travail de relativisation des conclusions de l'expert, qui étaient prises comme parole de vérité, a permis de passer le cap et que l'état de Madame se stabilise à nouveau.

*Question 2 : diagnostics, description de l'éventuelle aggravation de son état de santé*

Je suis d'accord avec les experts pour dire que les critères d'un trouble de la personnalité sont remplis. Ce diagnostic avait d'ailleurs déjà été retenu par les experts et psychiatres précédents, certains suspectant déjà une pathologie sous-jacente chronique. Cependant, le suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier mené depuis plus de deux ans m'a permis de mettre en évidence de manière plus claire et précise le fonctionnement sous-jacent, dont le tableau clinique correspond aux critères d'un trouble schizotypique, et dont les manifestations se retrouvent dans les dimensions relationnelles, anxieuses et comportementales déjà décrites. L'évolution diagnostic entre un trouble de la personnalité et un trouble schizotypique n'est par ailleurs pas rare.

Trouble schizotypique

Critères correspondant chez Madame :

- 1) Le rapport de méfiance à autrui, le vécu d'être utilisée, maltraitée, non respectée, envahie, est présent dans tous les domaines de sa vie (professionnel, familial, amical, social), et ce depuis l'enfance. Ce vécu entraîne soit des réactions dépressives, pouvant être accompagnées d'idées suicidaires, soit des réactions agressives contre les personnes par lesquelles elle se sent agressée (impulsivité, crise de colère, « envie de dézinguer tout le monde », sans passage à l'acte).
- 2) Ce trait se manifeste aussi par une très forte sensibilité à toute forme d'injustice touchant les plus faibles, Madame pouvant développer une symptomatologie anxiodépressive simplement en raison de l'abattage de quelques arbres.
- 3) Des idées bizarres, telle que croire avoir été ensorcelée, de croire à des accords entre les riches et les extra-terrestres pour débarrasser notre planète de gens et pour leur permettre de coloniser la terre.
- 4) La présence de ruminations obsessionnelles incessantes, envahissantes, entraînant des symptômes somatiques de tête qui chauffe, des céphalées, pouvant être déclenchées par une question qui lui vient en tête, et pour lesquelles elle ne trouve parfois pas de point d'arrêt avant plusieurs jours.
- 5) La présence manifeste de troubles de la pensée : pensées qui vont dans tous les sens, pensées contradictoires qui s'affrontent, « comme s'ils y sont plusieurs », des pensées accélérées ou alors des blancs complets, absence totale de pensée.
- 6) Une pauvreté du contact, un retrait social marqué : Madame O. \_\_\_\_\_ a principalement des contacts avec sa mère qu'elle voit régulièrement. Les contacts avec son frère sont distants et souvent tendus, ce qui est aussi le cas avec ses amies avec qui elle n'a des échanges pratiquement que par téléphone, absence de tout lien associatif, de loisir ou autre.
- 7) Des épisodes de déréalisations (voit les murs se déplacer, entend les proches parler de loin), de dépersonnalisations (épisodes où ne sent plus son corps).
- 8) Occasionnellement, des hallucinations visuelles (revoit des scènes où s'est énervée, voyait son chien mort dans son appartement, un amie se déplacer dans son appartement) et des pensées imposées non sonorisées qui lui donnent des ordres (voix qui lui dit d'aller mettre une bougie à l'église, « si ça pouvait seulement se taire dans ma tête »).

A mon avis, les experts banalisent les éléments de leurs observations allant dans ce sens, ou les minimisent.

Néanmoins, ils retiennent tout de même l'existence d'un trouble mixte de la personnalité, qui est un trouble potentiellement invalidant et dont le caractère stable n'est certainement pas assuré une fois pour toutes.

#### Agoraphobie avec trouble panique (F41.1)

Mme O. \_\_\_\_\_ remplit aussi les critères d'une agoraphobie. Les espaces clos, avec du monde, déclenchent des attaque[s] de panique (oppression, souffle coupé ou hyperventilation, sudation subite, tremblements), raison pour laquelle elle évite les ascenseurs, ne prend les transports publics et ne fréquente les centres commerciaux que lorsqu'il y a le moins de monde possible.

Les experts ne se prononcent pas sur ce diagnostic ni n'investissent ce champ.

#### Trouble anxieux et dépressif mixte

Je suis d'accord avec les experts sur la présence d'un trouble anxieux et dépressif mixte.

#### *Question 3 : Evolution du traitement psychotrope et du suivi psychiatrique*

Madame a eu des traitements antidépresseurs par le passé, qu'elle décrit avoir très mal supportés, se sentant comme un zombie, dormant toute la journée avec des effets indésirables visuels et des chutes. Elle relate que la prise de la médication était une condition mise par une des psychiatres pour pouvoir ensuite être suivie, mais qu'elle était très mal. Elle n'y a vu aucun bénéfice, ce qui semble corroboré par les rapports des psychiatres en question, et ne souhaite plus prendre de médication.

En tant que psychiatre traitante, j'ai respecté la position de Mme O. \_\_\_\_\_ vis[-]à[-]vis de la médication, et estimé au contraire contre-indiqué de tenter de prescrire une médication à une personne vivant comme dangereux le fait d'en prendre. C'est peut-être ce qui a permis que Madame adhère à un suivi et parvienne peu à peu à trouver des ressources pour composer avec son fonctionnement. Madame est très investie dans son suivi, ponctuelle et respectueuse.

Mme O. \_\_\_\_\_ prend tout de même du lexotanil de manière occasionnelle, dans des moments de grand stress, comme après la décision AI et la lecture de l'expertise, mais tente de gérer ses symptômes avec de la médecine douce, des techniques de relaxation et un mode de vie très restreint et peu confrontant.

Le travail psychiatrique et psychothérapeutique a permis une relative stabilisation symptomatique, en soutenant les ressources de madame (écriture, lectures, méditation, période où arrive à s'isoler des autres quand se sent trop envahie), grâce à un travail d'acceptation de ses troubles et d'un mode de vie qui lui convienne. Dans des contextes de stress, mêmes minimes, une réactivation symptomatique est fréquente (irritabilité, troubles du sommeil, ruminations envahissantes, angoisses, troubles de la pensée, etc).

Contrairement aux experts qui semblent considérer que le traitement prodigué à Mme O. \_\_\_\_\_ n'est peu adéquat du fait d'une absence de médication, ma pratique de la psychiatrie a d'autres outils que la médication, qui en est un aspect parmi d'autres, pas toujours le plus adéquat. Il serait utile qu'ils démontrent en quoi, dans le cas de Mme O. \_\_\_\_\_ qui a une telle méfiance envers les traitements psychotropes, la prise d'une médication serait indiquée, et ne risquerait pas d'amener, au contraire, à une nouvelle rupture thérapeutique...

#### *Question 4 : Enumérations des limitations fonctionnelles d'ordre psychique*

Les limitations observées sont les suivantes :

- a. Méfiance et idéation persécutoire, se sentant facilement rejetée, mobée, non respectée, utilisée, ce qui se manifeste par
  - i. une anxiété majeure en situations sociale[s], et une irritabilité
  - ii. une impulsivité : éclats de voix, colère, envie de « tout dézinguer », sans passages à l'acte pour l'instant.
- b. Un mode de vie très isolé (ne rencontre pratiquement que sa mère, contacts téléphoniques occasionnels avec des amis).
- c. Une difficulté à prendre position de manière nuancée, à réfléchir calmement et répondre de manière posée.
- d. Des limitations importantes à supporter des exigences, attentes, avec la crainte de faire faux, qui accompagne une hyperexigence envers elle-même et autrui.
- e. Une incapacité à interagir avec d'autres, relevant avec irritation les manquements d'autrui et focalisant dessus, une incapacité à s'intégrer dans un groupe comme à interagir dans des relations duelles.
- f. Des ruminations envahissantes qui prennent toute la place.
- g. [D]es difficultés sur le plan administratif (peine à suivre avec les documents à remettre au service social, difficultés de compréhension, ce qui est également l'observation de son assistante sociale).
- h. [D]es angoisses dans les lieux confinés ou avec du monde (agoraphobie) (bus, centres commerciaux sauf à des horaires très calmes).
- i. [D]es difficultés d'adaptation majeures, rigidité, pouvant entraîner des réactions de prestance ou des symptômes anxiodépressifs selon les situations.
- j. Une intolérance au stress.
- k. Une propension aux rechutes anxiodépressives lorsqu'elle est confrontée à des facteurs de stress.

*Question 5 : Taux de présence possible dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes ses limitations fonctionnelles, pour quel(s) motif(s) et depuis quand ?*  
0%

*Question 6 : Faut-il s'attendre à une baisse de rendement dans une activité adaptée ?*  
Question sans objet.

*Question 7 : Remarques au sujet du rapport d'expertise (omissions/lacunes, erreurs, contradictions, incohérences) concernant le diagnostic posé, les ressources personnelles prétendument bonnes.*

J'ai lu avec attention l'expertise de Mme I. \_\_\_\_\_ et dr F. \_\_\_\_\_, et m'oppose à leurs conclusions, qui à mon sens ne tiennent pas compte d'un certain nombre d'éléments ou les minimisent fortement, et sont basées par moments sur des raisonnements non cohérents.

Je conteste tout d'abord l'affirmation des experts selon laquelle Madame aurait travaillé sans limitations par le passé et qu'il n'y aurait pas de péjoration de la capacité de travail. On relève pourtant, outre les suivis pédopsychiatriques dans l'enfance (à 6, 12 et 18 ans), un suivi psychiatrique de 6 mois vers l'âge de 21 ans

déjà, suite à un vécu de « mobbing au travail », d'autres suivis à 23 ans semble-t-il, puis à 25 ans suite à une tentative de suicide, et de nouveau à partir de 2015, dans des contextes où l'exercice d'une activité professionnelle devenait de plus en plus difficile pour Madame, avec incapacités de travail médicalement confirmées. Madame O. \_\_\_\_\_ décrit plutôt avoir senti dès son entrée dans le monde professionnel que ce serait très difficile pour elle, étant extrêmement angoissée et perfectionniste, ne se donnant pas droit à l'erreur, dans l'angoisse continuelle de faire faux, ruminant sans fin les problèmes des patients en-dehors du travail, étant extrêmement agressive avec ses proches ou pleurant sans arrêt, ne parvenant à tenir que dans le défolement du sport. Le travail en équipe était très difficile, Mme O. \_\_\_\_\_ s'énervant contre les collègues qui ne travaillaient pas bien, le rapport à l'autorité [était] très compliqué. Elle a développé à plusieurs reprises des burn out, avec des somatisations (évanouissements, perte massive de poids) dans un déni de ses difficultés psychiques et a dû fréquemment changer de travail. Elle s'est néanmoins efforcée de tenir et de faire comme tout le monde, dans un état de souffrance souvent très important. La répétition d'expérience[s] professionnelles négatives, de conflits, de burn out, ont accentué le sentiment de « subir constamment » et exacerbé sa sensibilité à l'injustice, au point que travailler lui est devenu insupportable. Actuellement encore, l'odeur de certaines crèmes utilisées en EMS ou certains contextes lui rappellent des expériences professionnelles passées négatives, déclenchant des symptômes d'angoisse, pouvant aller jusqu'à de la dépersonnalisation. Depuis, elle s'est retirée de la vie sociale et chaque nouvelle interaction, demande, est vite vécue comme une agression ou de la pression, à risque de déclencher l'apparition d'une rechute anxiodépressive. On pourrait aussi s'étonner, à l'inverse des experts, que Madame ait tenu si longtemps dans le monde du travail avec ce fonctionnement.

Les experts argument[ent] beaucoup autour de l'absence de médication, de diagnostic antérieur ou d'hospitalisation, pour écarter le diagnostic de trouble schizotypique, ce qui n'est pas valable sur le plan de la méthodologie diagnostique.

Je ferai la même remarque en ce qui concerne les arguments contre une limitation de la capacité de travail, basés sur le fait que Madame a pu travailler par le passé, qu'elle ne prend pas d'antipsychotique, n'a pas été hospitalisée en psychiatrie, n'a pas un suivi hebdomadaire mais uniquement bimensuel, qu'elle arrive à gérer les tâches du quotidien, à voir sa mère et à avoir du plaisir à quelques activités solitaires, et qui ne sont pas pertinents.

Il y a pourtant des limitations décrites que l'on peut relever dans l'expertise, mais qui sont écartées ou minimisées :

- Plainte de difficultés relationnelles en raison d'une méfiance par rapport à autrui.
- Sentiment de méfiance fluctuante avec la peur qu'on lui a jeté un sort.
- Nombreux contextes de vécu de mobbing relevés.
- Réseau social restreint avec des discussions téléphoniques avec des amis et voyant régulièrement sa mère.
- Une faible résistance au stress.

- Une tendance à s'angoisser rapidement.
- Des comportements durables et stables nettement d[i]sharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement.
- Une impulsivité.
- Un manque de contrôle de soi.
- Une instabilité.
- Une crainte d'être abandonnée.
- Difficulté à faire face aux exigences de la vie quotidienne, sentiment d'impuissance.

Par ailleurs, il me semble important de contester d'autres éléments et raisonnements, qui me paraissent erronés ou disproportionnés, ou n'ont simplement pas été investigués.

- L'absence d'investigation en ce qui concerne l'agoraphobie.
- L'évaluation des symptômes psychotiques apparaît très succincte dans cette expertise, et les affirmations font douter que l'investigation ait été de qualité. Madame ne cache pas, lorsqu'on lui pose la question, les troubles de la pensée, les ruminations, les dépersonnalisations et déréalisation[s], la méfiance qu'elle a dans les rapports aux autres, etc.
- Le fait de retenir une absence de difficulté administrative, ce qui n'est pas le cas (confirmé également par son assistante sociale du RI).
- Je conteste le fait de retenir que Madame a de bonnes ressources du fait qu'elle a fait des formations et gère bien le quotidien. Madame semble avoir de bonnes compétences intellectuelles et une curiosité d'apprendre, elle n'a pas de troubles du langage et s'exprime bien, mais cela n'en fait pas des ressources sur le plan relationnel ou concernant une capacité de travail. Idem en ce qui concerne le quotidien, qui est bien géré, mais dans un retrait social majeur. Il ne faut pas confondre des ressources à gérer un quotidien et des échanges relationnels très limités, avec des ressources à interagir dans un milieu professionnel, avec des exigences, des attentes, des interactions avec autrui, des contraintes. Il s'agirait sinon de réévaluer tous les bénéficiaires de rentes AI.
- Je conteste la minimisation du retrait social, au prétexte que Madame voit sa mère et a quelques contacts téléphoniques avec des amis. Même ces contacts déclenchent régulièrement des sifflements dans les oreilles, une irritabilité, le sentiment d'être utilisée, et peuvent l'amener à couper son téléphone durant de longues périodes.
- Le fait de décrire une absence de signes d'anxiété visible durant les entretiens, alors que Madame décrit avoir [été] extrêmement angoissée durant tout le premier entretien, figée sur son siège, se triturant ses mains, n'arrivant à répondre que de manière laconique, et d'avoir verbalisé aux experts se sentir stressée et pas bien.
- Je ne comprends pas pourquoi les limitations liées au trouble de la personnalité retenu sont écartées sans

justification autre que celle d'une capacité antérieure, d'une absence de médication, etc...

- Pour finir, Madame conteste différents éléments relevés dans l'expertise, telle que
  - Sa nationalité : Madame O.\_\_\_\_\_ est de nationalité suisse, et non marocaine comme écrit dans le rapport. Elle est issue d'une union entre un homme marocain et une suisse, et vit en Suisse depuis l'âge de 12 ans.
  - Avoir dit qu'elle avait eu une relation satisfaisante durant une décennie, contrairement à ce qui est noté dans l'expertise. La relation de couple en question a été source d'une grande souffrance pour Madame et la sexualité ne se passait pas de manière satisfaisante.
  - Avoir des hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques, affirmant qu'il ne lui avait pas été demandé si elle entendait des voix.

Enfin, le fait de relever comme un[e] incohérence la demande de rente AI et la capacité de Madame O.\_\_\_\_\_ à effectuer les activités de la vie quotidienne est pour le moins surprenante. C'est justement dans le cadre d'un mode de vie où les contacts à autrui sont fortement limités, en absence de toute attente ou exigence professionnelle, avec la possibilité de développer certaines ressources face à ses symptômes (écriture, médication, isolement dans les moments difficiles etc), que Madame peut trouver une stabilité psychique.

Après avoir requis le point de vue du SMR (avis « audition » du 5 août 2021 de la Dre M.\_\_\_\_\_) et malgré les objections formulées par l'assurée, l'OAI a, par décision du 6 août 2021, confirmé la teneur de son projet de décision du 16 avril 2021.

**C.**        **a)** Par acte du 13 septembre 2021, O.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Procap, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 6 août 2021, concluant à son annulation et au constat de son droit aux prestations litigieuses, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr F.\_\_\_\_\_ devant être niée, et contestait la capacité de travail entière retenue dans toute activité depuis 2016. A cet égard, elle renvoyait à la teneur du rapport du 22 juin 2021 de

la Dre D.\_\_\_\_\_, laquelle l'estimait inapte à exploiter son éventuelle capacité de travail résiduelle sur le plan économique compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles en lien avec son état de santé psychique déficient.

**b)** Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> novembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé que le rapport médical auquel se référait l'assurée à l'appui de sa cause avait déjà été analysé par le SMR et que ce document n'était pas de nature à remettre en question le caractère probant du rapport d'expertise psychiatrique du 29 mars 2021 du Dr F.\_\_\_\_\_ ou à suggérer une modification de l'état de santé postérieurement à l'expertise. De fait, l'état de santé de l'assurée était globalement inchangé depuis la décision de refus du 24 juillet 2018 et le rapport du psychiatre traitant consistait en une appréciation différente d'un même état de fait.

### **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 (art. 38 al. 4 let. b 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. a)** Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

**b)** 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 6 août 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

**c)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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 l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de 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)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**e)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

**4.** En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est péjoré, dans une mesure susceptible de modifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, depuis la précédente décision au fond, datée du 24 juillet 2018.

**a)** L'office intimé avait rejeté la précédente demande de prestations sur la base d'un avis du 13 décembre 2017 du SMR, lequel avait analysé la situation comme suit :

Femme de 43 ans, célibataire, sans enfant. Suisse. Titulaire d'un certificat d'infirmière assistante et un diplôme de massages manuels. A travaillé dans les soins jusqu'en 2012. Dernière activité comme caissière à B. \_\_\_\_\_ à 60 % de sept 2014 à mai 2015. Au bénéfice du RI [revenu d'insertion]. Incapacités de travail attestées depuis septembre 2015 pour causes psychiques.

Le Dr N. \_\_\_\_\_ généraliste traitant depuis 1996, nous indique ne pas avoir vu sa patiente depuis le 03 février 2016, et l'avoir suivie occasionnellement pour des infections bénignes, un état anxio dépressif modéré, ces cervicalgies chroniques, troubles veineux des membres inférieurs, arthrite de l'épaule droite. Il n'indique aucune limitation fonctionnelle à la date de sa dernière consultation. Une IRM cervicale de février 2013 réalisée dans le cadre de cervicalgies chroniques retrouvait une uncarthrose modérée C4C5 à C6C7, sans retentissement, inchangée par rapport aux examens précédents.

Un rapport du Dr A. \_\_\_\_\_ basé sur un dernier contrôle du 11 sept 2015 mentionne un suivi pour épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique en 2014, des traits de personnalité accentués narcissiques et anxieux depuis l'adolescence. Il a suivi cette patiente depuis décembre 2014 en contexte de symptômes anxio dépressifs liés à son emploi, accompagnés de dorsalgies inexplicables sur le plan somatique. Rupture de suivi depuis septembre 2015. Les limitations étaient difficulté à accepter l'autorité, les consignes, les mises au point. Le rapport ne se prononce pas sur une capacité de travail, la patiente n'étant plus suivie. Un rapport du Dr L. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant de nov. 2015 au 31 déc 2016, basé sur une consultation du 20 oct. 2016 mentionne les diagnostics d'anxiété généralisée, agoraphobie et trouble de la personnalité évitante. Elle décrit une amélioration de la symptomatologie sous Ciprex 20, mais une compliance chaotique avec rupture totale de suivi depuis oct. 2016. Des incapacités de travail totales sont attestées dans l'activité d'infirmière assistante du 09 mars 2016 au 31 déc 2016, cette activité n'est plus exigible. Les limitations sont liées à l'anxiété, l'intolérance au stress. Elle ne se prononce pas sur une éventuelle activité adaptée.

Enfin, une expertise psychiatrique du 18 février 2015, Dr E. \_\_\_\_\_, mandaté par S. \_\_\_\_\_ suite à une incapacité de travail depuis le 28 nov. 2014 posait les diagnostics de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions, apparu dans le cadre de l'activité de caissière, ainsi que (non incapacitant) personnalité avec des traits émotionnellement immatures impulsifs et narcissiques accentués depuis l'adolescence. L'expert insiste sur la part de facteurs non liés à la maladie (insatisfaction professionnelle, forte demande de reconnaissance de sa souffrance - p10) de mauvais pronostic sur la reprise de travail. Il conclu[t] à une capacité de travail de 50% dès fin février avec perspective d'augmentation progressive pour un 100% au plus tard au 01 avril 2015, dans toute activité.

Notre avis :

Les différents rapports psychiatriques au dossier mentionnent des traits de personnalité accentués, non incapacitants. Un trouble de l'adaptation en 2014, suite à une frustration liée au contexte professionnel a été incapacitant sur une courte durée. L'agoraphobie et le diagnostic d'anxiété généralisée évoqués lors du dernier suivi ne sont pas étayés et étaient décrits comme améliorés par le traitement jusqu'à rupture de celui-ci. Le désir de l'assurée d'une formation en naturopathie paraîtrait parfaitement incompatible avec les diagnostics et limitations évoqués par le Dr L.\_\_\_\_\_.

Nous n'avons aucun élément récent concernant l'état de santé de l'assurée, tout suivi ayant été interrompu depuis plus d'un an. L'expertise de février 2015 insistait sur la présence d'éléments non médicaux délétère à la reprise d'un emploi : ceux-ci ne peuvent être pris en charge par l'AI.

Au total, les éléments au dossier ne permettent de retenir aucun diagnostic incapacitant.

Avant de conclure par un rapport, dans un souci d'exhaustivité nous remercions le gestionnaire d'interroger à nouveau l'assurée sur un suivi actuel et afin d'actualiser les données médicales au dossier d'interroger cet éventuel nouveau praticien par le biais d'un formulaire AI.

De son côté, la recourante n'avait pas donné de suite utile à la demande de renseignements complémentaires de l'office intimé sur l'évolution de son état de santé.

**b)** Se fondant sur les renseignements recueillis auprès du médecin traitant (rapport du 13 juillet 2020 du Dr N.\_\_\_\_\_) ainsi que sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 29 mars 2021 du Dr F.\_\_\_\_\_, l'office intimé a estimé que la recourante disposait toujours d'une capacité de travail entière dans toute activité, en l'absence d'atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.

**aa)** Sur le plan somatique, le Dr N.\_\_\_\_\_, consulté la dernière fois le 3 février 2016, a établi un rapport en tous points identique à celui du 14 janvier 2017, posant les diagnostics d'infections ORL occasionnelles, d'état dépressivo-anxieux modéré, de cervicalgies chroniques, de troubles veineux des membres inférieurs, d'arthrite de l'épaule droite avec irradiation dans la ceinture scapulaire et de furoncle à la jambe et gonflement sous le nez en février 2016. En annexe à ce

rapport, le médecin traitant a joint une copie du seul examen récent en sa possession, soit un rapport d'IRM cervicale du 18 février 2013 adressé à la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'y avait, à son avis, « rien au dossier de Madame O.\_\_\_\_\_ qui puisse justifier ni une rente, ni un reclassement professionnel à la charge de l'Assurance Invalidité ».

**bb)** Sur le plan psychiatrique, le Dr F.\_\_\_\_\_ a, au terme de ses entretiens, conclu à l'absence d'atteinte à la santé incapacitante. Comme diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un trouble anxieux et dépressif mixte depuis janvier 2016 au présent (F41.2) et un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dépendante actuellement bien compensé (F61), avec la précision que ce trouble n'avait pas empêché la recourante de travailler dans le passé ainsi qu'à gérer son quotidien sans limitations. L'expert a analysé les indicateurs jurisprudentiels relatifs aux troubles psychiques (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, a-t-il notamment constaté ce qui suit (expertise, pp. 39 et 40) :

*1. Degré de gravité fonctionnelle*

Selon le dossier asséculo-logique, les examens cliniques et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient des troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis janvier 2016 dans un contexte de trouble de la personnalité mixte.

Au moment de l'expertise et ce depuis janvier 2016 au présent on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques peu significatives dans le sens d'une tristesse subjective fluctuante sans répercussions sur le quotidien, d'une intolérance au stress, des difficultés de concentration subjectives, d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel et des moments d'angoisse fluctuante.

Cet indice est absent d'un point de vue psychiatrique depuis janvier 2016 au présent sans impact sur le quotidien selon la journée type.

*2. Atteinte à la santé*

Cet indice de gravité n'est pas présent, dans l'absence de limitations fonctionnelles significatives.

*3. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic*

Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont remplis pour des troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis janvier 2016 dans un contexte de trouble de la personnalité mixte.

4. *Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard*

Nous objectivons une évolution globalement stationnaire depuis janvier 2016 au présent, sans un traitement psychotrope à des taux sanguins efficaces. La motivation pour une réadaptation professionnelle est faible selon l'anamnèse et nulle pour le traitement antidépresseur et bonne pour un suivi psychothérapeutique bimensuel selon l'anamnèse.

5. *Comorbidités*

Les comorbidités psychiatriques susmentionnées dans le sens d'un trouble de la personnalité mixte et d'un trouble anxieux et dépressif mixte sont des troubles qui n'entraînent pas des limitations fonctionnelles significatives psychiatriques selon les activités possibles durant une journée type, sans limitations objectivables sur le quotidien chez une assurée qui a pu travailler dans le passé selon l'anamnèse.

6. *Personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)*

Dans ce cas, selon l'anamnèse, de longue date, l'assurée présente des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui nous permet de retenir la présence d'un trouble de la personnalité mixte. Soulignons que ce trouble, présent depuis le début de l'âge adulte n'a pas empêché l'assurée à se former, à gérer son quotidien sans difficultés et il n'a pas empêché l'assurée à travailler dans le passé.

7. *Contexte social*

Au moment de l'expertise l'assurée garde de bonnes capacités et ressources personnelles, car elle arrive à garder de bonnes relations avec certains membres de famille et quelques amies selon l'anamnèse. Donc, nous ne retenons pas d'isolement social total, mais partiel depuis janvier 2016 au présent.

8. *Cohérence*

Nous avons objectivé une bonne cohérence entre certaines plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la fatigue subjective et le constat objectif ou des plaintes de la concentration purement subjectives, s'inscrivant dans un contexte d'un trouble de la personnalité mixte avec des bénéfices primaires probablement plus importants que les bénéfices secondaires qui sont également présents.

9. *Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie*

Au moment de l'expertise l'assurée garde des bonnes capacités et ressources personnelles, car elle arrive à gérer son quotidien d'un point de vue psychiatrique selon la journée type, à avoir des contacts sociaux diminués mais existants, avec des activités variées dans le quotidien. Nous ne retenons pas de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique d'une façon uniforme et significative depuis janvier 2016 au présent.

*10. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation*

L'assurée présente une motivation faible pour une reprise professionnelle, une motivation nulle pour les antidépresseurs et une bonne motivation pour un suivi psychothérapeutique bimensuel selon l'anamnèse.

En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité pour des troubles anxieux et dépressifs mixtes dans un contexte de trouble de la personnalité mixte ne sont pas remplis depuis janvier 2016 au présent.

Cette analyse met en évidence l'absence de répercussion uniforme des atteintes à la santé diagnostiquées et, partant, de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique sur le vécu quotidien de la recourante depuis janvier 2016. La recourante avait elle-même confirmé à l'expert l'absence d'aggravation et décrit un état de santé inchangé depuis janvier 2016, ce qui avait justifié la fin du suivi auprès de son médecin traitant à cette époque-là. De l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_, il existait par ailleurs une nette discordance entre la capacité de travail nulle retenue par la psychiatre traitant et les activités possibles au cours d'une journée type chez la recourante qui gérait seule son quotidien sans limitations psychiatriques, passait des bons moments en famille avec sa mère et avec quelques amis (malgré un isolement social partiel mais pas total), gérait le ménage, les courses, la préparation des repas, l'administratif et faisait des promenades et avait de nombreuses activités plaisantes au quotidien (participer à des jeux d'énigme ; lire des livres spirituels et des romans policiers ; peindre ; écouter de la musique ; faire du tricot, du sport, du yoga, de la méditation et des puzzles ; regarder la TV ; surfer sur Internet ; voyager à l'étranger lorsqu'elle en avait l'occasion). Il faisait mention d'une assurée authentique qui lui décrivait spontanément des avantages secondaires, s'estimant ne plus pouvoir travailler à son âge en étant limitée d'un point de vue somatique dans les activités physiques lourdes.

**c)** Rien au dossier ne permet de retenir que, depuis la décision du 24 juillet 2018, la situation de la recourante, sur le plan médical, a objectivement évolué.

Dans son rapport du 22 juin 2021, la Dre D.\_\_\_\_\_ ne partage pas les conclusions de l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_, aux motifs qu'elles ne tiennent pas compte d'un certain nombre d'éléments ou les minimisent, et qu'elles sont par moment incohérentes. S'accordant avec l'expert pour admettre un trouble anxieux et dépressif mixte ainsi qu'un trouble de la personnalité, la Dre D.\_\_\_\_\_ persiste à retenir l'existence d'un trouble schizotypique en indiquant retrouver certains éléments dans le tableau clinique de sa patiente. Or, outre le fait que ce diagnostic n'a pas été évoqué par les psychiatres précédents, le Dr F.\_\_\_\_\_ n'en a pas constaté les signes cliniques (hallucinations visuelles ou auditives, idées délirantes, bizarreries, troubles du langage, etc.) durant les entretiens, ajoutant que les phénomènes hypnagogiques ne sont pas de vraies hallucinations et que le vécu de méfiance en lien avec la sorcellerie ont lieu dans un cadre culturel particulier, sans impact sur le quotidien, sur le travail dans le passé, ni sur les relations amicales et amoureuses (relation stable durant une décade) bien qu'elles sont présentes selon l'anamnèse depuis plusieurs décades.

Ensuite, la Dre D.\_\_\_\_\_ fait grief à l'expert psychiatre de ne pas se prononcer sur le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique (F41.1), précisant que la recourante évite les ascenseurs, ne prend les transports publics et ne fréquente les centres commerciaux que lorsqu'il y a le moins de monde possible. Si ce diagnostic n'est certes pas discuté, le Dr F.\_\_\_\_\_ retient cependant que la recourante promène son chien quotidiennement, fait ses courses, part en vacances à l'étranger lorsqu'elle en a l'occasion et se déplace en transports publics ; elle est également venue seule en bus et train aux entretiens d'expertise depuis son domicile à [...] jusqu'au cabinet médical sis à [...] (expertise, pp. 19 et 20). Le Dr F.\_\_\_\_\_ note que la recourante se plaint notamment d'« angoisses ponctuelles, sans attaques de panique, en fonction des

événements de vie négatifs » (expertise, pp. 10 et 12). Tous ces éléments semblent réfuter un diagnostic d'agoraphobie.

Depuis le début du suivi en janvier 2019, la Dre D. \_\_\_\_\_ rapporte une « résurgence de symptômes anxiodépressifs dans des contextes de stress », précisant que la recourante a un mode de vie restreint et est vite débordée lors de l'apparition de stressseurs, même minimales (troubles du sommeil, irritabilité, angoisse, troubles de la concentration, tristesse, idées suicidaires). A l'inverse, le Dr F. \_\_\_\_\_ relève l'absence de limitations fonctionnelles objectivables significatives, illustrées par les examens cliniques, par l'absence de plaintes psychiques significatives objectivables et, indirectement, par la description de la journée type de la recourante ; il note ainsi que « l'assurée garde des bonnes capacités et ressources personnelles, car elle arrive à gérer son quotidien d'un point de vue psychiatrique selon la journée type, à avoir des contacts sociaux diminués mais existants, avec des activités variées dans le quotidien ». L'expert relève en outre un « décalage existant entre la fatigue subjective et le constat objectif ou des plaintes de la concentration purement subjectives, s'inscrivant dans un contexte d'un trouble de la personnalité mixte avec des bénéfices primaires probablement plus importants que les bénéfices secondaires qui sont également présents » (expertise, p. 40).

Quant à l'épisode anxiodépressif important associé à une accentuation des ruminations, des troubles de la pensée (blancs) et à des moments de déconnection apparus à la lecture du rapport d'expertise et de la décision de l'office intimé, il a uniquement nécessité, selon la Dre D. \_\_\_\_\_, la prescription d'une médication anxiolytique durant quelques semaines et un rapprochement des séances. Il n'y a donc pas là d'élément permettant de retenir une péjoration durable de l'état de santé psychique postérieure à l'expertise.

Il convient par ailleurs de mettre en exergue que la recourante a déclaré à l'expert que son état de santé n'avait pas changé et qu'il ne s'était pas aggravé. N'étant pas soutenue dans les démarches envers

l'assurance-invalidité par son médecin généraliste, elle avait essayé de « chercher une issue pour sa situation professionnelle » et avait repris le suivi psychiatrique dans le but de rouvrir son dossier car elle se plaignait de ne plus pouvoir travailler après une longue pause professionnelle, à son âge, dans un contexte de tristesse, d'angoisses fluctuantes et d'isolement social partiel (expertise, pp. 12 et 13).

**d)** En l'absence de mise en évidence d'une aggravation objective de l'état de santé de la recourante apparue postérieurement à la décision du 24 juillet 2018, l'appréciation de la Dre D. \_\_\_\_\_ constitue, dans les faits, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Dans la mesure où la situation de la recourante s'avère superposable à celle qui avait cours le 24 juillet 2018, les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas réunies.

**5. a)** Mal fondé, le recours 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. Celle-ci est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Elle 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). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**c)** 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 6 août 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 laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap Suisse (pour O. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :