

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mars 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Wiedler, juge, et Mme Rondi, assesseure
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 2 et 57a LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillant comme [...] auprès du [...] depuis le 15 août 2001, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 27 octobre 2014 dans laquelle elle a fait état de troubles somatiques (tensions dans le dos et la nuque) et de fatigue psychique réactionnelle (surcharge de tâches). Elle a indiqué avoir été en incapacité de travail à 100 % de mai à mi-juin 2014, à 50 % de mi-juin à fin septembre 2014 et à 30 % dès le 1^{er} octobre 2014.

Dans un rapport du 9 janvier 2015 adressé à l'OAI, les Drs B._____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du travail, et F._____, spécialiste en médecine du travail, respectivement médecin associé et cheffe de clinique adjointe à la Policlinique [...], ont posé le diagnostic d'état anxio-dépressif réactionnel à une surcharge familiale.

Le 17 avril 2015, le Dr R._____, médecin traitant, a indiqué à l'OAI que l'assurée travaillait à 80 % depuis le 1^{er} décembre 2014.

Par communication du 13 juillet 2015, l'OAI a informé l'assurée prendre en charge à hauteur de 2'000 fr. les frais d'un coaching qui s'était déroulé du 18 décembre 2014 au 29 mai 2015 avec la psychologue P._____.

Par décision du 29 septembre 2015, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assurée compte tenu d'un taux d'invalidité de 20 % au terme du délai de carence d'une année au 30 avril 2015.

B. Le 29 avril 2019, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI dans laquelle elle a indiqué avoir été en incapacité totale de travail du 24 septembre 2018 au 24 février 2019, puis en incapacité de travail à 50 % dès le 25 février 2019 en raison de fatigabilité, de nuchalgies chroniques, de fatigue chronique et d'état

anxieux réactionnel à une cadence de travail et une charge trop lourde avec une faible attitude décisionnelle.

Par rapport du 17 juin 2019, le Dr R._____ a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif, de status après état dépressif type « Burn out » en 2014 et de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs (cervicarthrose sévère) et a indiqué qu'après avoir été en incapacité de travail totale dès le 24 septembre 2018, l'assurée avait progressivement repris le travail depuis le 18 février 2019 et qu'elle travaillait à 50 % depuis le 22 avril 2019. Il a indiqué qu'une activité professionnelle dans son métier à 60 % conviendrait parfaitement.

Dans un rapport du 22 août 2019 adressé à l'OAI, le Dr R._____ a réitéré les diagnostics d'état anxio-dépressif depuis 2014, de status après état dépressif type « Burn out » depuis 2014 et de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs (cervicarthrose sévère) depuis 2001. Il a parlé de nouvelle décompensation dépressive en juillet 2019 en raison d'une surcharge de travail et de stress professionnel avec des cervicalgies chroniques limitant une position assise de longue durée. Il a indiqué que l'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 28 juin 2019 et qu'elle pourrait reprendre à 60 % quand son poste de travail serait aménagé.

L'employeur de l'assurée a, le 22 octobre 2019, rempli un questionnaire dans lequel il a indiqué qu'elle travaillait depuis le 15 août 2001 à 100 % avant l'atteinte à la santé, puis à 80 % depuis le 1^{er} mai 2018 selon un taux horaire journalier de 6h38 pour un salaire mensuel de 8'401 fr. 85 depuis le 1^{er} octobre 2019.

En juillet 2020, un accompagnement en réinsertion professionnelle a été initié en collaboration avec l'employeur de l'assurée.

Faisant suite à un avis du 14 septembre 2020 de la Dre V._____, médecin praticien au Service médical régional (ci-après : SMR),

l'assurée a indiqué, par retour de courrier du 2 octobre 2020, ne pas être suivie par un psychiatre ou un rhumatologue.

Dans un rapport du 1^{er} février 2021 adressé à l'OAI, le Dr R._____ a repris les diagnostics posés dans son rapport du 22 août 2019 et a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était favorable. Il a précisé qu'après une reprise à temps partiel du 9 septembre 2019 au 27 mai 2020, elle était à nouveau en incapacité totale depuis le 28 mai 2020. Il a mentionné que l'assurée n'était suivie par aucun spécialiste. A ce rapport était joint un rapport du 4 décembre 2020 du Dr G._____, spécialiste en radiologie, relatif à une imagerie par résonance magnétique [IRM] cervicale mettant en évidence une cervicarthrose de C4 à C7 avec discret rétrécissement du canal en C6-C7 et sténose des trous de conjugaison C5-C6 et C6-C7 avec raccourcissement des racines C6 sur la séquence myélographique sur protrusion en barre et uncarthrose C5-C6.

L'assurée a effectué un bilan de compétences du 19 août 2020 au 29 novembre 2020 dont le rapport final du 12 janvier 2021 est arrivé à la conclusion qu'un stage de réinsertion professionnelle devait être organisé pour permettre à l'assurée de renouer avec le monde du travail tout en surveillant les aspects ergonomiques pour lui donner la possibilité de varier les positions.

Le Dr R._____ a été réinterrogé le 16 février 2021 pour qu'il précise la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée mais a refusé de répondre arguant du fait qu'il avait déjà rendu un rapport peu de temps avant en date du 1^{er} février 2021.

Par avis du 11 mars 2021, la Dre V._____ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant la psychiatrie, la médecine interne et la rhumatologie pour déterminer la capacité de travail et les éventuelles limitations fonctionnelles chez une assurée qui ne disposait d'aucun suivi rhumatologique, ni psychiatrique et n'avait aucun traitement médicamenteux. L'OAI a dès lors entamé la procédure en vue de la désignation d'un centre d'expertise. Le mandat

d'expertise a ainsi été confié au Centre d'expertises Z._____ SA, respectivement aux Drs X._____, médecin praticien, N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et D._____, spécialiste en rhumatologie.

Les experts du Centre d'expertises Z._____ SA ont vu l'assurée les 17 juin et 1^{er} juillet 2021 puis ont déposé un rapport d'expertise le 2 septembre 2021 comprenant une évaluation consensuelle (faite après une conférence du 1^{er} juillet 2021), trois expertises spécialisées et une synthèse du dossier. Selon l'évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés (M54.2), de dorsolombalgies chroniques sur troubles statiques, probables troubles dégénératifs lombaires, dysbalance musculaire (M54.5), d'hyperlaxité articulaire bénigne (M35.7) et de trouble anxio-dépressif mixte (F41.1). Ils ont retenu les limitations fonctionnelles, d'ordre rhumatologique uniquement : changements de position possibles, pas de port de charges itératif de plus de 5 kg, pas de position prolongée ou de mouvement itératif contraignant pour le rachis cervical en flexion/extension/inclinaison latérale/rotation de la nuque, pas de travail prolongé les membres supérieurs en hauteur. Ils ont attesté une pleine capacité de travail, tant dans l'activité habituelle qu'adaptée, depuis toujours. L'experte rhumatologue a proposé une adaptation du poste de travail comme cela était déjà prévu.

Dans un rapport du 21 septembre 2021, la Dre V._____ du SMR a considéré que les conclusions des experts étaient convaincantes et y a adhéré en retenant que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail depuis toujours dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles en rapport avec les cervicalgies d'origine dégénérative, le poste de travail ayant déjà été adapté.

Par projet de décision du 28 septembre 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations du moment qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé durablement incapacitante.

Par courriel du 6 octobre 2021, l'assurée a demandé à ce que les derniers éléments de son dossier soient transmis au Dr R. _____ qui a ainsi reçu le dossier sur CD-ROM le 8 octobre 2021 et le mot de passe le 11 octobre 2021.

Désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, l'assurée a, par courrier du 1^{er} novembre 2021, contesté le projet de décision précité et requis la production du dossier AI complet ainsi qu'un délai pour compléter ses objections.

L'OAI a transmis le dossier à Me Duc par courrier du 3 novembre 2021 et lui a accordé un délai supplémentaire de 30 jours pour faire part des objections de sa mandante.

Par courrier du 3 décembre 2021, l'assurée, sous la plume de son mandataire, a requis une nouvelle prolongation de délai au 30 avril 2022 pour déposer ses objections complémentaires en faisant valoir qu'elle entendait soumettre le rapport d'expertise « tendancieux et orienté assureur du Docteur N. _____ » à un expert indépendant et neutre qui allait mettre en œuvre une expertise privée à compter de début janvier 2022.

Par courrier du 20 décembre 2021, l'OAI a refusé d'accéder à la requête de prolongation de délai en vue de la mise en œuvre d'une expertise indépendante dans la mesure où une expertise, considérée comme probante, avait déjà été réalisée et a accordé un ultime et dernier délai au 31 janvier 2022 à la recourante pour faire part des éventuelles objections complémentaires et transmettre tous les documents permettant d'étayer ses arguments.

Par observations du 7 janvier 2022, l'assurée a informé l'OAI qu'un premier examen clinique par l'expert privé aurait lieu le 24 janvier 2022 et qu'en limitant le délai au 31 janvier 2022 elle ne pouvait pas faire

valoir ses droits. Elle a ainsi requis de l'OAI qu'il réexamine sa prise de position et lui accorde une prolongation de délai au 30 avril 2022.

Par courrier du 19 janvier 2022, l'OAI a répondu que le délai de 30 jours pour faire valoir ses observations dans le cadre d'un préavis constituait un délai légal, puisqu'il figurait à l'art. 57a al. 3 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) et qu'il ne pouvait dès lors pas être prolongé.

Par observations du 25 janvier 2022, l'assurée a exposé que sa requête de prolongation de délai ne concernait pas le délai de l'art. 57a al. 3 LAI mais l'octroi d'un délai pour compléter ses objections et produire une contre-expertise.

Par courrier du 3 février 2022 adressé à Me Duc, l'OAI lui a indiqué qu'il n'apportait aucun élément permettant de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Centre d'expertises Z._____ SA et qu'il n'y avait dès lors aucune raison de prolonger le délai tel que requis.

Par décision du 3 février 2022 confirmant son projet du 28 septembre 2021, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations.

C. Par acte du 25 février 2022, C._____, par l'intermédiaire de son représentant, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant préalablement à ce qu'un juge d'instruction indépendant du Tribunal cantonal soit nommé et qu'un tribunal indépendant soit constitué et principalement à l'annulation de la décision du 3 février 2022 et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Elle a pour l'essentiel contesté la valeur probante de l'expertise du Centre d'expertises Z._____ SA et en particulier l'expertise psychiatrique qui niait toute atteinte à la santé invalidante par un expert qui était « connu pour rendre systématiquement des expertises orientées assureur, défavorable aux assurés » et dont le contenu des rapports était souvent « incomplet et bâclé ». Elle a également fait valoir une violation de son droit d'être d'entendue dans la

mesure où elle n'avait pas eu la possibilité de s'exprimer sur l'ensemble des points relevés dans le projet de décision, se retrouvant ainsi dans l'incapacité de compléter ses objections et de faire parvenir une contre-expertise.

Par courrier du 31 mars 2022 adressé à l'OAI, le Tribunal neutre a ordonné que la demande de récusation et le recours soient transmis avec leurs annexes à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal ainsi qu'aux autres autorités concernées avec un délai imparti au 29 avril 2022 pour se déterminer sur la demande de récusation, ce que les parties concernées ont fait les 19 et 25 avril 2022 en déclarant ne pas s'opposer à la demande récusation.

Par arrêt du 6 septembre 2022, le Tribunal neutre a rejeté la requête tendant à la désignation d'un juge d'instruction indépendant et à la constitution d'un Tribunal indépendant au motif que, sur la base du seul motif avancé par la recourante, à savoir son appartenance à diverses cours du Tribunal cantonal, la récusation de l'ensemble des juges de ce Tribunal ne pouvait être admise, celui-ci pouvant sans aucun doute composer une cour *ad hoc* adéquate pour éviter la réalisation d'un cas de récusation.

Dans sa réponse du 19 janvier 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a exposé que la recourante n'avait pas apporté d'éléments permettant de remettre en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le Centre d'expertises Z._____ SA et qu'il n'y avait dès lors pas eu de violation du droit d'être entendu.

Par réplique du 22 février 2023, la recourante a fait valoir que l'expertise du Centre d'expertises Z._____ SA datée du 2 septembre 2021 ne lui avait été communiquée que le 8 novembre 2021 par l'intermédiaire de son représentant, et donc bien après le projet de décision du 28 septembre 2021 et ses objections du 1^{er} novembre 2021. Elle a en outre fait valoir son droit à la double instance judiciaire et a demandé le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et

nouvelle décision. Elle a enfin requis que la violation crasse et contraire aux règles de la bonne foi de l'intimé soit prise en compte dans la fixation des dépens.

Par duplique du 9 mars 2023, l'intimé a précisé avoir envoyé une copie des pièces médicales du dossier au Dr R. _____ en date du 8 octobre 2021 ainsi qu'une copie du rapport d'expertise à Me Duc par courrier du 3 novembre 2021. Il a exposé que la recourante n'avait apporté aucun élément susceptible de remettre en cause le rapport d'expertise à l'appui de ses objections à l'encontre du projet de décision du 28 septembre 2021. Il a enfin relevé qu'il n'existait aucun droit à un « deuxième avis » en présence d'une expertise administrative.

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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si son état de santé a connu une aggravation depuis la décision de refus rendue le 29 septembre 2015.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) En l'espèce, si la décision attaquée date du 3 février 2022, l'état de fait s'est principalement déroulé entre 2019 et 2021, à savoir antérieurement à la modification législative, tout comme l'ouverture d'un éventuel droit à la rente. Il convient dès lors d'appliquer l'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. Sur le plan formel, la recourante a reproché à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue en lui communiquant l'expertise du Centre d'expertises Z._____ SA de manière tardive et en lui refusant une prolongation de délai pour produire une expertise privée et pour s'exprimer de manière exhaustive avant que la décision ne soit rendue.

a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle

entend se prévaloir dans sa décision, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 143 IV 380 consid. 1.1 ; 132 V 387 consid. 3.1). Le droit d'être entendu comprend également le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Cette violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

b) A teneur de l'art. 57a al. 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou

de la réduction d'une prestation déjà allouée, ainsi que toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations. Selon l'al. 3 de cette disposition (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021 à la suite de la modification de la LPGA et applicable en l'espèce ; RO 2020 5143), les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours. Ce délai est un délai légal non prolongeable (FF 2018, p. 1636 s). La recourante ne saurait donc reprocher à l'OAI de lui avoir refusé une deuxième prolongation du délai au 30 avril 2022, ce qu'elle n'a d'ailleurs pas fait arguant au contraire du fait que le délai dont la prolongation était requise ne concernait pas l'art. 57a al. 3 LAI et pouvait dès lors être prolongé (cf. courrier du 25 janvier 2022).

c) S'agissant du fait que l'expertise aurait été transmise à la recourante de manière tardive, on constatera tout d'abord que le rapport d'expertise du 2 septembre 2021 a été transmis au médecin traitant de la recourante le 8 octobre 2021 (cf. courriel du 6 octobre 2021) et qu'il lui aurait alors été loisible d'en demander une copie. Son mandataire a par ailleurs reçu une copie du dossier AI sur CD-ROM envoyé le 3 novembre 2021 par l'OAI, à savoir plus de trois mois avant que la décision du 3 février 2022 ne soit rendue. Ainsi, la recourante a bénéficié du temps nécessaire entre le projet de décision du 28 septembre 2021 et la décision litigieuse du 3 février 2022 pour déposer de nouvelles pièces médicales durant la procédure administrative. On constatera d'ailleurs que l'intéressée a eu l'occasion de se déterminer à plusieurs reprises (cf. courriers de l'assurée des 1^{er} novembre, 3 décembre 2021, 7 et 25 janvier 2022) mais qu'elle s'est limitée à dénoncer son mécontentement à ne pas voir son avis suivi sans toutefois démontrer ses propos.

La recourante avait au demeurant annoncé la production d'une contre-expertise et indiqué vouloir compléter ses observations. Si l'on peut admettre que le délai imparti était par trop restreint pour produire le rapport d'une contre-expertise, il faut reconnaître qu'il était à tout le moins suffisant pour produire de nouveaux rapports médicaux et compléter ses observations en indiquant au minimum ce qu'elle contestait

dans l'expertise du Centre d'expertises Z._____ SA. Il convient également de relever que la recourante n'a pas même transmis un courrier, une convocation ou tout autre document attestant de ses démarches auprès d'un expert psychiatre, la seule communication du nom de l'expert convoité ne suffisant pas encore, de sorte que l'OAI ne disposait d'aucun moyen de vérifier que de telles démarches avaient été entreprises.

Au surplus, le droit de faire administrer des preuves sur des faits pertinents n'empêche toutefois pas l'autorité, selon la jurisprudence, de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1), ce que l'OAI a en l'occurrence indiqué dans son courrier du 3 février 2022. C'est ainsi à bon droit que l'intimé a, en se fondant sur les pièces existantes au dossier, procédé à l'appréciation des preuves qu'il appartenait cas échéant à la recourante de contester par une motivation adéquate compte tenu de sa représentation par un avocat spécialisé de surcroît.

Enfin, dans la procédure de recours, il était encore temps pour la recourante de produire une contre-expertise ou toute autre pièce médicale permettant d'établir ses allégations, ce qu'elle n'a pas fait alors même que la Cour de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen (cf. consid. 3a *supra*).

On relèvera encore que le Tribunal fédéral a considéré qu'un délai de plus de trois mois pour se déterminer et déposer ses moyens de preuve devait être qualifié de raisonnable sinon l'administration risquerait de devoir suspendre indéfiniment le traitement de ce genre de demande (TF 9C_160/2023 du 17 octobre 2023 consid. 3.2).

En définitive, le grief de violation du droit d'être entendu doit être rejeté.

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

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

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

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

prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs

conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. 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 la jurisprudence citée).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. L'intimé étant entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 29 avril 2019 par la recourante, il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision du 29 septembre 2015 entrée en force et non contestée et la décision litigieuse du 3 février 2022, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) La décision de refus de prestations du 29 septembre 2015 était fondée sur le fait que la recourante présentait un taux d'invalidité de 20 % au terme du délai de carence d'une année au 30 avril 2015 dès lors qu'elle avait pu reprendre le travail à 80 % dès le 1^{er} décembre 2014 (cf. rapport du Dr R. _____ du 17 avril 2015).

b) La recourante a déposé une seconde demande de prestations le 29 avril 2019 en faisant à nouveau valoir des problèmes de fatigabilité, de nualgies chroniques, de fatigue chronique et d'état anxieux réactionnel à une cadence de travail et une charge trop lourde avec une faible attitude décisionnelle. Au vu de l'absence de tout suivi psychiatrique ou rhumatologique, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant la médecine interne, la rhumatologie et la psychiatrie (cf. avis du 11 mars 2021). Les experts du Centre d'expertises Z. _____ SA ont rendu un rapport le 2 septembre 2021 qui a servi de fondement à l'intimé pour rendre sa décision du 3 février 2022. La recourante ayant remis en cause la valeur probante de cette expertise ainsi que l'existence d'une capacité de travail dans l'activité habituelle, il convient d'examiner ces questions.

c) S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise, on constatera que celui-ci a été rédigé après que les trois experts ont examiné la recourante à l'occasion d'entretiens distincts réalisés les 17 juin et 1^{er} juillet 2021. Les experts ont listé les pièces du dossier, relaté les plaintes de la recourante, établi son anamnèse puis procédé à un examen complet et rédigé un rapport détaillé après avoir confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus du 1^{er} juillet 2021 si bien que le rapport d'expertise du 2 septembre 2021 doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

d) Sur le plan somatique, l'expert de médecine interne a posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'hypercholestérolémie et de syndrome du côlon irritable et l'expert rhumatologue a retenu les diagnostics de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés (M54.2), de dorsolombalgies chroniques sur

troubles statiques, probables troubles dégénératifs lombaires, dysbalance musculaire (M54.5) et d'hyperlaxité articulaire bénigne (M35.7). Pour ces experts, la capacité de travail de la recourante était de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Cette appréciation n'est pas mise en doute par les autres éléments du dossier, ni par la recourante d'ailleurs qui n'a fait valoir aucun moyen à l'encontre du volet somatique de l'expertise du 2 septembre 2021.

e) S'agissant du volet psychiatrique, la recourante a remis en cause sa valeur probante du moment qu'il niait toute atteinte à la santé invalidante sans autre argument que celui de dire que l'expert N. _____ était connu pour rendre systématiquement des expertises orientées assureur, qui plus est souvent incomplètes et bâclées.

aa) On constatera que cette allégation de la recourante n'est pas motivée et ne repose sur aucun exemple concret tiré du rapport d'expertise. Il est en outre de jurisprudence constante que le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertise sont régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3; TF 9C_343/2020 du 22 avril 2021 consid. 4.3 ; 9C_635/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3 et 4). Infondé, le grief d'impartialité abstraite doit par conséquent être écarté.

bb) L'expert N. _____ a posé le diagnostic de trouble anxio-dépressif mixte (F41.2) en précisant ne pas avoir retenu de maladie psychiatrique chez la recourante à caractère handicapant, ni un trouble de la personnalité. En fonction des situations de stress vécues à son travail, la recourante avait développé un trouble anxio-dépressif mixte secondaire à la problématique professionnelle et également par le fait qu'elle avait dû s'occuper jusqu'en 2020 d'une façon intense de sa mère qui était en fin de vie. Ce diagnostic, qui n'est pas remis en cause par la recourante, a également été posé par les Drs B. _____ et F. _____ (cf. rapport du 9

janvier 2015) et par le Dr R. _____ (cf. rapports des 17 juin, 22 août 2019 et 1^{er} février 2021). En termes de capacité de travail, l'expert N. _____ a estimé que la capacité de travail de la recourante était entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, ce que la recourante a contesté sans toutefois en exposer les motifs. Or, force est de constater que les seuls documents médicaux présents au dossier sont les rapports du Dr R. _____, qui, outre le fait qu'il n'est pas psychiatre, ne s'est prononcé que sur la capacité de travail dans l'activité habituelle dans ses rapports des 17 juin et 22 août 2019 sans autre précision que de dire que la capacité de travail était de 60 % dans un poste de travail aménagé. Il n'a en outre rien indiqué quant à la capacité de travail dans son rapport du 1^{er} février 2021 à part le fait que la recourante était en incapacité totale de travail depuis le 28 mai 2020 après une reprise à temps partiel du 9 septembre 2019 au 27 mai 2020 tout en ayant indiqué que l'évolution de l'état de santé de la recourante était favorable. Si l'expert N. _____ a indiqué que la recourante avait été suivie par une psychologue de 2014 à 2018 avec une thérapie cognitivo-comportemental ciblée sur les troubles anxieux et l'affirmation de soi, force est de constater qu'aucun rapport n'a été produit par la recourante à cet égard alors que la recourante avait bénéficié de séances avec la psychologue P. _____ du 18 décembre 2014 au 29 mai 2015 (cf. communication du 13 juillet 2015). On relèvera encore qu'aucun rapport d'un éventuel psychiatre ne figure au dossier, la recourante ayant confirmé n'être suivie par aucun spécialiste de ce type par courrier du 2 octobre 2021, ce qui a également été mentionné par l'expert N. _____ et le Dr R. _____ (cf. p. 6 du rapport du 2 septembre 2021 et rapport du 1^{er} février 2021).

cc) Force est de constater que le dossier ne contient aucun document médical concernant le volet psychiatrique susceptible de faire douter des conclusions de l'expert N. _____, ni de démontrer une quelconque aggravation de l'état de santé de la recourante. A cet égard, on relèvera que la recourante n'a même pas fait état d'une quelconque aggravation, se contentant d'indiquer les mêmes troubles en 2014 qu'en 2019. C'est ainsi à bon droit que l'OAI a diligenté une expertise par manque de documentation et s'est fondé sur les conclusions de l'expertise

du 2 septembre 2021 pour retenir que la recourante présentait une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée depuis toujours. Les conditions du droit à la rente, à savoir en particulier que l'assurée ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, elle soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI), ne sont ainsi pas réalisées et le droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit ainsi être nié à la recourante.

7. a) Au vu de ce qui précède, 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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

**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 3 février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour C. _____),
- 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 :