

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juin 2023

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 4, 28 et 28a LAI ; art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. **a)** X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation, a déposé le 21 avril 2008 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 14 juillet 2008, les Drs P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, spécialiste en médecine interne générale, ont posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10), de syndrome de dépendance à des substances multiples (F19.2), de trouble de la mémoire verbale, perturbations attentionnelles et de la mémoire de travail. L'incapacité de travail était totale depuis janvier 2006. Le sevrage aux drogues et le traitement de la dépendance aux substances multiples étaient une étape indispensable avant de pouvoir entreprendre un traitement psychiatrique du trouble de la personnalité.

Par décision du 6 novembre 2008, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Il a considéré que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante ; la toxicomanie dont elle souffrait était primaire et c'était cette toxicomanie qui l'empêchait de s'investir dans un projet professionnel, et non une psychopathologie invalidante. A l'issue du sevrage dont les démarches étaient en cours, elle serait à même d'entreprendre une formation.

b) En août 2014, l'assurée a intégré l'école supérieure en éducation de l'enfance. Elle a été engagée à partir du 1^{er} septembre 2017 en tant qu'assistante socio-éducative, l'engagement étant conditionné à l'obtention de son diplôme.

B. Le 3 octobre 2019, l'intéressée a adressé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, faisant état d'une aggravation de son état

de santé et d'une incapacité totale de travail attestée par la Dre O._____, spécialiste en médecine interne générale, depuis le 20 novembre 2017.

Dans un rapport du 3 décembre 2019, la Dre O._____ a indiqué qu'à la suite d'un épisode infectieux survenu en novembre 2017, l'assurée présentait une asthénie majeure et invalidante avec des plaintes physiques et un ralentissement psychomoteur avec des troubles de la concentration et de l'attention, des troubles mnésiques et une fatigabilité accrue lors d'efforts. Elle a posé le diagnostic de syndrome de fatigue chronique post-infection. L'assurée n'avait pas pu présenter son travail de mémoire.

Sur le formulaire de détermination du statut qu'elle a complété le 10 décembre 2019, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 80 % en tant qu'éducatrice de la petite enfance depuis le 20 novembre 2017.

Dans un rapport du 11 mars 2020, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, de trouble panique, d'anxiété généralisée, de trouble somatoforme douloureux (qu'il assimilait à un syndrome de fatigue chronique), de fibromyalgie et de personnalité émotionnellement labile, type borderline. L'assurée était incapable de travailler dans toutes activités et son pronostic de réinsertion était très défavorable. Le Dr T._____ a joint à son rapport un bilan neuropsychologique du 27 décembre 2019 faisant état, au niveau attentionnel, d'une baisse de la vitesse de réaction et d'un affaiblissement de l'attention auditive soutenue ainsi que, sur le plan du calcul, d'un oubli de procédure à la multiplication écrite. La neuropsychologue relevait aussi une fatigabilité sévère et des signes de la lignée anxio-dépressive.

Entre temps, l'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'assurée a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire qui a été confiée au Centre médical V._____, plus particulièrement aux Drs H._____,

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie. Dans leur rapport du 5 août 2019, les experts du Centre médical V._____ ont écarté toute atteinte rhumatologique et ont retenu un syndrome de fatigue chronique avec un possible syndrome asthénique. Ils ont conclu qu'il n'y avait aucune justification pour admettre une incapacité de travail pour des motifs psychiatriques, une capacité de travail dans l'activité habituelle étant reconnue immédiatement. Toutefois, en raison d'une « déhabituatation », ils ont préconisé une reprise à 50 % pendant un mois pour un réentraînement, avant une reprise d'activité à plein temps.

Fondée sur cette expertise, l'assurance perte de gain maladie a informé l'assurée, le 11 septembre 2019, qu'elle verserait ses prestations à 50 % du 23 septembre au 27 octobre 2019, puis qu'elle y mettrait fin dès le 28 octobre 2019.

L'expertise a été communiquée à l'OAI. Dans un avis du 30 mars 2020, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a estimé qu'il pouvait suivre les conclusions de l'expertise du Centre médical V._____, relevant que depuis lors aucun élément nouveau ne remettait en cause cette évaluation.

Informé du versement des indemnités perte de gain maladie jusqu'au mois de novembre 2019, l'OAI a interpellé l'assurance à ce sujet et lui a demandé à consulter son dossier. L'assurance perte de gain maladie a ainsi adressé une copie du dossier qu'elle avait constitué, comportant notamment des rapports des 26 mars et 27 mai 2019 de la Dre O._____ faisant état d'un pronostic en voie de péjoration devant l'inefficacité des traitements et la présence de troubles dépressifs réactionnels, et d'un rapport du 10 juillet 2019 du Dr T._____ signalant une évolution clinique stationnaire et une reprise d'activité en fonction de l'évolution des douleurs. Dans un rapport du 7 octobre 2019, la Dre O._____ a contesté les conclusions des experts du Centre médical V._____, plus particulièrement l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée. Au vu de ces éléments, l'assurance perte de gain maladie a

informé l'assurée le 17 octobre 2019 qu'elle était prête à revenir sur sa position et à prolonger le versement des prestations jusqu'à l'épuisement de celles-ci, le 19 novembre 2019, sans toutefois que le rapport de son médecin ne justifie de modifier l'appréciation de son incapacité de travail.

Sollicité pour avis concernant les rapports versés au dossier par l'assurance perte de gain maladie, le SMR a estimé qu'ils n'apportaient pas d'éléments nouveaux permettant de modifier ses conclusions. L'assurance avait certes accepté de verser les indemnités perte de gain jusqu'au maximum contractuel, mais avait clairement indiqué qu'il n'y avait aucune modification du taux d'incapacité de travail. Il était en outre fait état tout au long du dossier d'une fatigue chronique, d'asthénie, de syndrome douloureux chronique qui avaient bien été pris en compte dans l'expertise (avis du 11 mai 2020).

Dans un projet de décision du 12 mai 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser de prester. Il a retenu que si l'intéressée était incapable de travailler depuis le 20 novembre 2017, elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'assistante socio-éducative dès le mois de juin 2019. Le droit à une rente devait donc être nié.

Le 29 mai 2020, l'assurée a contesté ce projet de décision. Complétant ses objections le 31 juillet 2020, elle a reproché à l'OAI de s'être fondé sur une expertise datant de plus d'une année et mise en œuvre par son assurance perte de gain maladie. Elle a ajouté que son état de santé s'était aggravé depuis lors, avec notamment une intensification de ses symptômes dépressifs. Elle a également adressé à l'OAI divers rapports, dont deux rapports des 11 mars et 9 juillet 2020 du Dr T._____, un rapport établi le 13 juillet 2020 par la Dre O._____ et deux bilans établis les 24 février et 23 juillet 2020 par les Drs G._____ et N._____, spécialistes en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur à l'Institut [...].

Dans un avis du 9 septembre 2020, le SMR a estimé que l'assurée n'apportait pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier ses conclusions. Il a considéré que l'expertise du Centre médical V. _____ était probante. Le volet somatique prenait en compte les plaintes. Le volet psychiatrique comportait une analyse des ressources au moyen des indicateurs, ce qui permettait de prendre en compte les ressources au contraire d'une échelle qui était d'utilisation purement subjective. Il faisait également état des mêmes plaintes que celles évoquées dans le bilan neuropsychologique réalisé postérieurement. Quant aux rapports des Drs G. _____ et N. _____, ils indiquaient que les investigations somatiques n'avaient rien donné et qu'aucun traitement antalgique ne fonctionnait.

Par décision du 22 septembre 2020, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente, conformément à son projet de décision du 12 mai 2020. Dans un courrier explicatif du même jour, il a exposé que l'expertise du Centre médical V. _____ avait une pleine valeur probante. À cet égard, l'expert psychiatrique avait évalué les ressources au moyen des indicateurs standards imposés par la jurisprudence. Au contraire de ce que soutenait le Dr T. _____, l'utilisation d'une échelle ne permettait pas à elle seule de poser un diagnostic et était purement subjective. Quant au bilan neuropsychologique réalisé en décembre 2019, il faisait état de plaintes identiques à celles relevées dans l'expertise, il avait mis en évidence une atteinte minimale et il n'avait pas fait l'objet de test de validation. Enfin, le courrier du 13 juillet 2020 de la Dre O. _____ n'apportait aucun élément nouveau.

C. **a)** Par acte déposé le 28 octobre 2020, X. _____, désormais représentée par Me Olivier Carré, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision qui précède, concluant à son annulation [recte : réforme] en ce sens qu'un droit à une rente lui soit reconnu, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Elle a contesté les conclusions de l'expertise du Centre médical V. _____ et reproché à l'OAI de ne pas avoir investigué de manière approfondie la question de ses douleurs, lesquelles étaient invalidantes aux dires des médecins de

l'Institut [...]. Elle a ajouté que ces médecins avaient posé les diagnostics de fibromyalgie et de polyneuropathie des petites fibres, dans un rapport du 20 octobre 2020. La recourante a également requis la mise en œuvre d'une expertise.

Par réponse du 21 décembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé qu'au vu des conclusions de l'expertise du Centre médical V._____, il ne pouvait pas admettre de péjoration de l'état de santé de la recourante depuis la décision de refus de 2008. En outre, le diagnostic retenu par les médecins de l'Institut [...] n'avait pas été posé dans les règles de l'art.

Répliquant le 7 avril 2021, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a produit seize rapports médicaux, réunis en bordereau, afin d'attester qu'elle souffrait bien de fibromyalgie qui la rendait totalement incapable de travailler. Elle a ajouté qu'elle serait prochainement admise pour une hospitalisation multimodale en vue d'évaluer ses ressources.

A l'appui de nouvelles déterminations du 31 mai 2021, la recourante a adressé à la Cour de céans onze nouvelles pièces réunies sous bordereau, contenant notamment un rapport établi le 11 mai 2021 par le Prof S._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, à la suite de l'hospitalisation multimodale. Au terme de la conclusion consensuelle contenue dans ce rapport, l'assurée souffrait d'un trouble de stress post-traumatique sévère et compliqué d'un trouble dissociatif et d'un trouble de la personnalité, associés à un trouble somatoforme grave, d'un trouble du sommeil et d'une fibromyalgie. La recourante a derechef contesté la valeur probante de l'expertise du Centre médical V._____, relevant que les experts ne disposaient pas du dossier constitué par le Centre hospitalier R._____ la concernant. Elle a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise. Elle a ajouté que des investigations étaient en cours sur le plan neurologique.

Le 6 octobre 2021, la recourante a confirmé ses conclusions et produit sept pièces réunies sous bordereau. Se référant notamment à un rapport du Prof. S._____ du 26 juillet 2021 et de la neurologue U._____ des 28 juin et 29 décembre 2020, elle a relevé qu'il demeurait une incertitude diagnostique concernant une polyneuropathie des petites fibres qui justifiait la mise en œuvre d'une expertise.

b) aa) Par courrier du 28 octobre 2021, le juge instructeur a informé les parties qu'une expertise pluridisciplinaire comprenant des volets rhumatologique, neurologique et psychiatrique paraissait nécessaire et que celle-ci serait confiée à [...], subsidiairement au Centre d'expertise M._____ (ci-après : Centre d'expertise M._____). Se déterminant le 15 novembre 2021, l'intimé a indiqué ne pas avoir d'objection à formuler à l'encontre des centres envisagés. Le 26 novembre 2021, la recourante a indiqué accepter la désignation d'[...].

Après le refus d'[...], l'expertise pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'expertise M._____, le 28 décembre 2021. Le 25 janvier 2022, le Centre d'expertise M._____ a communiqué à la Cour de céans le nom des experts désignés, à savoir les Drs W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, E._____, spécialiste en rhumatologie, et J._____, spécialiste en neurologie. Une copie de ce courrier a été transmise aux parties le 3 février 2022.

Le 11 mars 2022, le Centre d'expertise M._____ a convoqué l'assurée pour un entretien auprès de chacun des experts les 28, 29 mars et 1^{er} avril 2022.

bb) Par courrier du 24 mars 2022 adressé au Centre d'expertise M._____, la recourante a sollicité l'ajournement de la consultation prévue avec la Dre E._____ le 28 mars suivant, au vu de la demande de récusation qu'elle déposait en parallèle. Le Centre d'expertise M._____ a annulé le rendez-vous avec la Dre E._____.

Par requête du même jour adressée à la Cour de céans, la recourante a requis la récusation de l'experte E._____, aux motifs que ses constatations n'avaient pas été suivies récemment par l'autorité de recours dans une autre affaire, qu'elle avait été collaboratrice du SMR quelques années auparavant, qu'elle lui avait laissé une impression mitigée à l'occasion d'un échange au sujet d'un de ses confrères et que son conseil avait obtenu récemment de l'OAI qu'il renonce à sa désignation. Par ordonnance du 29 mars 2022, le juge instructeur a rejeté la requête de récusation déposée par la recourante à l'encontre de la Dre E._____ et mis les frais par 150 fr. à la charge de l'intéressée.

cc) La recourante s'est rendue au Centre d'expertise M._____ les 29 mars et 1^{er} avril. Le 1^{er} avril 2022, le Centre d'expertise M._____ a informé le juge instructeur qu'il paraissait nécessaire, de l'avis de l'expert psychiatre, de procéder à un bilan neuropsychologique et a suggéré qu'il soit confié au neuropsychologue C._____. Ayant acquiescé à cette demande, la recourante a été vue par le neuropsychologue le 9 mai 2022. Elle a été reçue par la Dre E._____ le 24 mai 2022. Le 15 juillet 2022, les rapports de consultation et d'hospitalisation 2017-2018 ainsi que les rapports et images de 2018-2021 établis par le Centre hospitalier R._____ ont été transmis au Centre d'expertise M._____.

Dans leur rapport du 15 septembre 2022, les experts du Centre d'expertise M._____ ont retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de polyneuropathie touchant les petites fibres nerveuses non myélinisées et faiblement myélinisées (G62.0), de cervicalgies anamnestiques avec hypothèse d'irradiations C5-C6 au membre supérieur gauche sur troubles dégénératifs, mineures et asymptomatiques, et de lombalgies anamnestiques et irradiation radiculaire au membre inférieur gauche sur troubles dégénératifs, mineures et asymptomatiques. Du point de vue psychiatrique, l'expert W._____ a posé les diagnostics de personnalité borderline (F60.3), de trouble dépressif moyen, épisode isolé (F32.1), de trouble de stress post-traumatique (F43.10), avec effet sur la capacité de travail, et les

diagnostics de trouble de l'usage de l'alcool moyen (F10.20) et de troubles liés au cannabis non spécifié (F12.99), sans effet sur la capacité de travail. Au terme de leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu que l'assurée était totalement incapable de travailler en raison de ses troubles psychiatriques, dans toutes activités, depuis 2017, année à partir de laquelle ces troubles n'étaient plus compensés.

dd) Un délai au 18 octobre 2022 a été imparti aux parties par le juge instructeur pour se déterminer sur le rapport d'expertise du Centre d'expertise M._____.

Le 10 octobre 2022, l'OAI a contesté la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise et a demandé qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit ordonnée. Il a produit un rapport du SMR du 6 octobre 2022 à l'appui de ses griefs.

A la demande de Me Carré, le délai pour se déterminer a été prolongé au 25 octobre 2022. Une nouvelle demande de prolongation a été refusée. Se déterminant le 24 octobre 2022, la recourante a contesté la valeur probante de l'expertise rhumatologique et a requis un nouveau délai pour se déterminer sur le volet psychiatrique de l'expertise. Son conseil, Me Carré, a allégué une attitude inappropriée de la Dre E._____ lors de l'examen clinique et a demandé que l'enregistrement de cet examen soit produit, se référant à une lettre de sa mandante qu'il a joint en annexe à ses déterminations. Il a enfin soulevé diverses observations en relation avec un document des Hôpitaux universitaires [...] auquel s'était référé le Centre d'expertise M._____.

La Dre E._____ a été invitée à se déterminer sur les griefs relatifs à son examen clinique, ce qu'elle a fait le 7 novembre 2022, contestant les allégations de l'assurée relatives au déroulement de cet examen. Le Centre d'expertise M._____ a par ailleurs produit l'enregistrement sonore de l'examen. Tous deux ont été communiqués aux parties le 20 janvier 2023.

L'OAI s'est déterminé le 2 février 2023, relevant que le ton général adopté par la Dre E. _____ durant l'entretien était neutre.

Le 15 mars 2023, Me Carré a exposé que sa mandante n'était « pas certaine que ses griefs concernent exclusivement la Dre E. _____, mais qu'elle pensait finalement qu'ils s'appliquaient aussi pour partie à son audition par la doctoresse neurologue J. _____ ». Il a sollicité que l'enregistrement sonore de l'examen de la Dre J. _____ soit produit.

ee) Le 21 mars 2023, le juge instructeur a rejeté les demandes de complément d'instruction, sous réserve d'un avis contraire de la Cour lorsque la cause lui serait soumise. Il a informé les parties qu'un jugement serait rendu lorsque la charge de la Cour le permettrait.

Les 30 et 31 mars 2023, la recourante a encore produit six pièces.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Il s'agit en particulier de déterminer si la situation médicale de la recourante s'est notablement aggravée entre la décision de refus de rente du 6 novembre 2008 et la décision litigieuse du 22 septembre 2020.

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). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur

en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

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

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).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un

cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

6. Selon l'expertise judiciaire du Centre d'expertise M._____, la recourante souffre de personnalité borderline (F60.3), de trouble dépressif moyen, épisode isolé (F32.1), et de trouble de stress post-traumatique (F43.10). Ces pathologies ont un effet sur la capacité de travail. La recourante présente encore une polyneuropathie touchant les petites fibres nerveuses non myélinisées et faiblement myélinisées (G62.0), des cervicalgies anamnestiques avec hypothèse d'irradiations C5-C6 au membre supérieur gauche sur troubles dégénératifs, mineures et asymptomatiques, des lombalgies anamnestiques et irradiation radiculaire au membre inférieur gauche sur troubles dégénératifs, mineures et asymptomatiques, un trouble de l'usage de l'alcool moyen (F10.20) et des troubles liés au cannabis non spécifié (F12.99), sans effet sur la capacité de travail. Les experts ont constaté que la polyneuropathie n'était pas de nature à expliquer les plaintes de l'assurée. Cette dernière ne présentait pas une symptomatologie classique d'une polyneuropathie des petites fibres. Le diagnostic était exclu malgré les anomalies constatées à la biopsie cutanée. Concernant le diagnostic de fibromyalgie, il ne pouvait

être retenu en raison d'un manque de cohérence entre les éléments anamnestiques, la mobilisation spontanée de l'assurée et l'examen clinique. Les points de fibromyalgie, testés à l'insu de l'assurée, s'étaient tous révélés négatifs, en dépit de la multiplicité des plaintes alléguées. Sur le plan psychiatrique, la situation s'était installée depuis plusieurs années et les atteintes avaient revêtu plusieurs expressions dont une consommation de substance. Du point de vue neuropsychologique, l'examen ne pouvait être considéré comme valide mais les signes décrits étaient congruents avec les diagnostics retenus par l'expert psychiatre et étaient à considérer comme des signes de surcharge. Au terme de leur évaluation consensuelle, les experts ont estimé que l'assurée était totalement incapable de travailler en raison de ses troubles psychiatriques, dans toutes activités, depuis 2017, année à partir de laquelle ces troubles n'étaient plus compensés.

7. a) La recourante conteste la valeur probante du volet rhumatologique de l'expertise judiciaire réalisé par la Dre E._____. Elle reproche notamment à l'experte, d'une part, le comportement qu'elle a adopté durant l'examen clinique et, d'autre part, le fait d'avoir écarté le diagnostic de fibromyalgie posé par le Prof. S._____.

Rien ne corrobore les allégations de la recourante relatives à l'attitude inappropriée de cette médecin. Le contenu de l'enregistrement sonore de cet entretien permet d'écarter les griefs de l'assurée. Il apparaît au demeurant que la Dre E._____ a exposé de manière claire et convaincante les motifs pour lesquels elle ne retenait pas le diagnostic de fibromyalgie. Elle a notamment souligné les contradictions entre, d'une part, les plaintes de l'assurée à l'anamnèse et dans la mobilisation sur demande et, d'autre part, l'absence de douleurs dans la gestuelle spontanée ainsi qu'à la palpation lors de l'examen clinique, en particulier lors des tests réalisés à l'insu de l'assurée ou à la distraction de son attention. Dans ces circonstances particulières, les différents points de fibromyalgie se sont révélés négatifs. Cette divergence entre les plaintes alléguées et l'absence de réaction douloureuse à la palpation réalisée à l'insu de l'assurée explique également pourquoi l'experte a caractérisé les

cervicalgies et les lombalgies d'asymptomatiques. Le rapport du 11 mai 2021 du Prof. S._____ fait certes état d'une appréciation différente s'agissant de la fibromyalgie, mais décrit les examens cliniques réalisés de manière notablement moins détaillée et ne revêt en conséquence pas la même valeur probante. On observera au demeurant que le constat posé par ce médecin relatif à l'incapacité de travail de l'assurée paraît reposer au moins autant, voire davantage, sur les atteintes à la santé psychique que sur les atteintes somatiques, la conclusion du médecin faisant état d'un trouble de stress post-traumatique sévère et compliqué d'un trouble dissociatif et d'un trouble de la personnalité, associés à un trouble somatoforme grave, un trouble du sommeil et une fibromyalgie, le tout entraînant une grande fragilité psycho-émotionnelle et physique. Dans ces conditions, et au vu du rôle différent de l'expert judiciaire et du médecin traitant, qui peut se trouver dans une position délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique en raison du rapport de confiance et de la relation thérapeutique avec le patient, le rapport d'expertise judiciaire est davantage probant, sans qu'un complément ou une nouvelle expertise rhumatologique ne se justifie.

b) L'intimé conteste pour sa part la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise judiciaire. Il soutient que l'expert psychiatre W._____ n'expose pas les motifs pour lesquels il s'écarte des constatations du Dr H._____, expert psychiatre du Centre médical V._____.

Cet argument s'avère toutefois erroné. L'expert W._____ pose en effet les diagnostics de personnalité borderline, de trouble dépressif moyen, de trouble de stress post-traumatique, de trouble de l'usage de l'alcool et de troubles liés au cannabis non spécifié. Ces diagnostics, dont aucun n'est retenu par le Dr H._____, sont motivés de manière convaincante dans l'expertise du Centre d'expertise M._____. L'expert psychiatre expose ensuite que le tableau clinique, qu'il décrit correctement, est cohérent compte tenu de ces diagnostics et explique que la complexité du trouble borderline ainsi que l'état de stress post-traumatique rendent le traitement difficile. Il admet qu'il y a probablement

une augmentation des symptômes, comme cela est souvent retrouvé dans les expertises, et en particulier chez les patients souffrant de trouble de la personnalité borderline. L'expert psychiatre W._____ retient en revanche qu'il n'y a pas de discordance majeure entre les plaintes et le comportement de l'assurée, ainsi que les éléments au dossier, sous réserve d'une minimisation de la consommation d'alcool et de dérivés de THC mise en lumière par les examens de laboratoire demandés. Les troubles, sous forme de trouble de la personnalité borderline, l'état de stress post-traumatique et la comorbidité dépressive, empêchent l'assurée de fonctionner dans tous les domaines de la vie. L'expert W._____ expose que les atteintes constatées se traduisent par des difficultés majeures sur le plan des relations interpersonnelles ainsi que sur le plan cognitif (concentration et mémoire). Les limitations sur le plan interpersonnel entraînent un isolement social, la seule ressource encore présente étant le mari de l'assurée. Elle présente ainsi peu, ou pas de ressources psychiques, étant pratiquement inactive et ayant même de la peine à sortir de chez elle. L'incapacité de travail est totale depuis 2017 au moins. Contrairement à ce que soutient encore l'intimé, et au vu de ce qui précède, les limitations fonctionnelles constatées ne sont pas uniquement de nature neurocognitive.

Par ailleurs, si l'expert neuropsychologue C._____ a estimé qu'il n'était pas possible de poser un diagnostic neuropsychologique précis ni de définir précisément les limitations de la capacité de travail pour des raisons strictement neuropsychologiques, il n'a pas exclu que des limitations de la capacité de travail puissent découler d'autres pathologies psychiatriques ou physiques. Il a précisé que les signes de surcharge qui influençaient le résultat des tests neuropsychologiques – au point de les invalider – pouvaient notamment résulter d'un fonctionnement psychique propre aux personnes borderline qui induisait souvent une grande variabilité dans les modes de réponse aux tests, souvent d'un moment à l'autre de l'examen.

Toujours par rapport aux critiques formulées par l'intimé à l'encontre de du volet psychiatrique de l'expertise, on observera que le

fait que le trouble de la personnalité borderline n'ait pas empêché l'assurée de travailler jusqu'en 2017 n'est pas déterminant, dans la mesure où celui-ci peut se décompenser et, quoi qu'il en soit, interagit avec d'autres atteintes à la santé, notamment le trouble dépressif. L'intimé déplore l'absence de discussion relative aux différences de constatations objectives lors des examens cliniques somatique et psychique, mais s'abstient de détailler ces différences, dont on ne voit pas qu'elles seraient majeures. Enfin, s'il est vrai qu'il aurait été souhaitable de connaître la date de l'analyse consensuelle entre les experts et que celle-ci, à défaut d'avoir été effectuée en présentiel entre tous les experts, fasse au moins l'objet d'un rapport co-signé par tous, cette lacune reste insuffisante pour nier la valeur probante de l'expertise judiciaire.

On observera encore que le volet psychiatrique de l'expertise est corroboré dans une large mesure par les constatations du Dr T._____, psychiatre traitant, sous réserve du diagnostic relatif au trouble de l'usage d'alcool et aux troubles liés au cannabis. Sur ces derniers points, l'expert W._____ s'est référé à une analyse toxicologique pour la consommation de cannabis, ainsi qu'à une mesure CDT de 1,8 traduisant une consommation d'alcool récente, alors que la recourante lui avait déclaré être abstinente depuis un sevrage effectué à la maison [...] en octobre 2021. Le Dr T._____ semble ignorer qu'un tel test a été réalisé, puisqu'il s'étonne à tort dans son rapport du 31 octobre 2022 du fait que les experts judiciaires ne l'aient pas utilisé, après avoir exposé qu'il s'agissait du critère habituellement utilisé en Suisse. Quoi qu'il en soit, la question n'est pas déterminante en l'espèce, mais on rendra les parties attentives au fait que la consommation d'alcool et de cannabis est un facteur aggravant des troubles de l'assurée, de sorte que la question de l'exigibilité d'un sevrage se posera. Au demeurant, le rapport du 31 octobre 2022 du Dr T._____, dans lequel il retient les diagnostics supplémentaires de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, de troubles paniques et d'anxiété généralisée, ne suffit pas à remettre en question les conclusions de l'expert psychiatre, dès lors qu'il n'est pas fondé sur une analyse aussi détaillée que celle contenue dans l'expertise.

c) En ce qui concerne le volet neurologique de l'expertise judiciaire, il est probant et révèle que la recourante ne présente pas une symptomatologie classique d'une polyneuropathie des petites fibres et que ce diagnostic peut être exclu en dépit des anomalies constatées à la biopsie cutanée. Quoiqu'il en soit, à supposer qu'un tel diagnostic puisse être posé en l'espèce, il n'est clairement pas à l'origine d'une incapacité de travail. Il n'y a en outre aucun reproche objectif à formuler à l'encontre de ce volet de l'expertise et les vagues allégations de l'assurée relatives à un comportement inadéquat de l'experte ne justifie pas un complément d'instruction sous la forme de la production de l'enregistrement de l'examen clinique. Au demeurant, ces allégations ont été formulées trop tardivement en procédure, soit près de douze mois après cet examen clinique et six mois après que le rapport d'expertise a été remis au mandataire de l'assurée. La recourante a déjà considérablement, et contre son propre intérêt, ralenti l'avancement de la procédure par une demande de récusation manifestement infondée, qui a retardé l'expertise, et par de nombreuses demandes de prolongation des délais qui lui avaient été impartis pour se déterminer.

d) Vu ce qui précède, l'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires. En conséquence, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise comportant un volet rhumatologique et psychiatrique ou la production de l'enregistrement sonore de l'examen de la Dre J. _____ n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartées par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

e) Partant, il convient de constater que depuis la précédente décision de refus de rente du 6 novembre 2008, la situation de la recourante s'est aggravée et que, depuis 2017 au moins, elle est totalement incapable de travailler dans toutes activités. Dans la mesure

où sans atteinte à la santé, la recourante exercerait une activité lucrative à un taux de 80 %, il en résulte un taux d'invalidité de 80 % au moins. Ce taux ouvre droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2020, soit six mois après la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI). Il appartiendra à l'intimé d'examiner, pour l'avenir, si une adaptation du traitement psychiatrique et un sevrage de l'alcool et du cannabis peuvent être raisonnablement exigés, ce qui nécessitera vraisemblablement une concertation plus approfondie avec le psychiatre traitant, voire un complément d'expertise sur ce point.

8. a) Le recours doit en conséquence être admis et la décision entreprise réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est accordée à la recourante, à partir du 1^{er} avril 2020.

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 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'700 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

I. Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 22 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à X._____, avec effet au 1^{er} avril 2020.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X._____ la somme de 2'700 fr. (deux mille sept cents francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour X._____),
- 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 :