

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 janvier 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Oppikofer et Mme Saïd, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

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

et

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

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

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 20 janvier 1968, sans formation professionnelle, a travaillé comme employée de production pour I._____SA jusqu'au 16 décembre 2008.

Le 20 octobre 2010, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant souffrir de fortes migraines quotidiennement depuis octobre 2008 avec difficultés de concentration et précisant que les traitements n'avaient que peu d'effet et qu'elle ne pouvait pas bouger la tête comme elle le voulait sans déclencher des douleurs.

Dans un rapport du 14 janvier 2011, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis le 15 mai 2009, a posé les diagnostics d'état dépressif possiblement post-traumatique depuis novembre 2008 voire antérieur, de céphalées mixtes vasomotrices et migraineuses sans aura depuis 2002, de cervicalgies complexes d'origine indéterminée post traumatique d'intensité indéterminée avec douleurs référées sous forme de cruralgies atypiques et vertiges intenses depuis 2008. Il a précisé que sa capacité de concentration était limitée par des cervicalgies et migraines « depuis l'accident du coffre sur le crâne ». Étaient jointes au rapport du Dr B._____, de nombreuses pièces médicales dont :

- un rapport du 3 février 2009 du Dr C._____, spécialiste en neurologie, dans lequel ce médecin a retenu les diagnostics de cervicalgies post-traumatiques et de malaises d'origine indéterminée, tout en précisant que les nombreuses investigations effectuées n'ayant pas mis en évidence de pathologie particulière, le mécanisme de la patiente qui présentait une cervicalgie haute à gauche et aussi des malaises déclenchés par la flexion de la tête était difficile à comprendre ;

- un rapport du 6 mai 2010 du Dr J._____, spécialiste en neurologie, faisant état de probable migraine sans aura, de probables céphalées médicamenteuses et de cervicalgies complexes avec status post choc crânien en octobre 2008. Le Dr J._____ a précisé que les différents examens effectués au niveau crânio-cervical n'avaient jamais démontré de pathologie franche et que l'examen neurologique, hormis une hypersensibilité cervicale avec une limitation subjective des mouvements était normal. L'absence de signes de latéralisation ou de déficits focalisés permettait d'écartier des céphalées symptomatiques. Les symptômes de la patiente étaient plutôt compatibles avec des céphalées compliquées post-traumatiques sur un fond anamnestique de migraines et de céphalées chronifiées. Il a également conseillé un traitement par Cymbalta, dès lors que la patiente présentait des signes d'un état dépressif.

A la question posée par l'OAI de savoir si l'assurée bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique, celle-ci a répondu par la négative le 7 février 2011.

Par avis du 17 juin 2011, le Dr D._____, du SMR, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise neurologique et psychiatrique auprès de la Clinique S._____ (Clinique S._____), dans la mesure où toutes les investigations étaient restées négatives dans la recherche d'une cause aux douleurs (céphalées évoluant depuis plus de deux ans, intenses, incapacitantes, accompagnées d'un sentiment de détresse avec état dépressif réactionnel) de l'assurée et que le tableau était très évocateur d'un trouble somatoforme douloureux centré sur les cervicalgies.

Dans leur rapport du 8 septembre 2011, les Drs T._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, K._____, spécialiste en neurologie, et V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'ont retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité

de travail et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail des céphalées tensionnelles chroniques, des migraines sans aura, un trouble somatoforme douloureux persistant ainsi que de l'hypertension artérielle.

Les experts ont notamment constaté ce qui suit :

« **L'examen** général démontre une tension artérielle légèrement élevée à 150/100 mmHg et un souffle mitral à 2/6 sans irradiation. Le reste de l'examen cardio-vasculaire et abdominal est strictement dans la norme. L'examen neurologique détaillé est également rassurant, ne démontrant pas de signe pour des céphalées secondaires, une atteinte cérébrale, médullaire, radiculaire, plexulaire ou périphérique.

L'IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale et cervicale effectuée en juin 2009 à la Clinique [...] montre des hyper-intensités T2 sous-corticales d'allure aspécifiques et une discopathie C5-C6 modérée isolée.

Notre expert rhumatologue, le Dr T._____, retient une scoliose dorsolombaire dextroconvexe et une chondropathie rotulienne gauche. Atteintes sans répercussion sur la capacité de travail. Il décrit dans son consilium « des plaintes protéiformes qui ont donné lieu à d'innombrables investigations, un parcours médical qui n'a jamais pu expliquer avec certitudes les plaintes formulées. L'examen de l'appareil locomoteur est difficile à mener chez une assurée qui adopte un comportement douloureux, manifestant sa douleur pour des stimuli non nociceptifs ». Objectivement, il retient des troubles statiques relativement marqués du rachis dorsolombaires qui ne sont cependant pas limitants pour la mobilité. Il souligne l'empan énorme entre les plaintes très diversifiées et les constatations (sic) physiques objectives avec une composante émotionnelle, des douleurs qui paraît écraser la composante proprement nociceptive. Il ne retient pas de limitation sur la capacité de travail.

Notre expert psychiatre, le Dr V._____, retient comme diagnostic un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il soulève que l'assurée n'a jamais présenté de pathologie psychique justifiant un diagnostic précis. Le discours actuel est basé essentiellement sur les plaintes somatiques qui entravent son fonctionnement social quotidien et professionnel mais il ne retient pas d'indice en faveur d'un trouble majeur de la personnalité. Il allègue que les éléments socio-culturels, notamment une mauvaise adaptation professionnelle, jouent un rôle [non] négligeable. Il propose la prescription d'un antidépresseur légèrement anxiolytique (par exemple du Citalopram) ce qui pourrait augmenter le seuil de tolérance à la douleur et permettre un meilleur contrôle émotionnel. Le trouble somatoforme douloureux qu'il retient ne possède aucun des critères susceptibles de fonder une incapacité de travail. Le Dr V._____ souligne notamment l'absence de co-morbidité psychiatrique. »

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, les experts ont mentionné ce qui suit :

« Au terme de l'entretien de synthèse, les experts admettent unanimement un empan important entre les plaintes alléguées par l'assuré[e] et les constatations objectives. D'un point de vue purement biomédical, nous ne retenons aucun diagnostic justifiant une incapacité de travail. Ce sont surtout les facteurs contextuels, notamment l'absence de formation, la désintégration dans le monde professionnel et l'isolement social qui jouent un rôle dans la pérennité des plaintes. Sur la base de nos constatations, l'assurée devrait être capable d'exercer une activité manuelle simple dans différentes positions, par exemple dans le travail d'une ouvrière non qualifiée. Le port de charge et les déplacements ne sont pas limités et le rendement ne devrait pas être diminué. Elle devrait également être capable de s'adapter à un environnement professionnel et des mesures de réadaptation professionnelle sont exigibles.

Si le **pronostic** d'un retour quelconque sur une place de travail paraît très hypothéqué, c'est essentiellement en raison des facteurs contextuels énumérés ci-dessus. Un traitement antidépresseur pourrait améliorer la tolérance aux douleurs et, partant, la qualité de vie. Mais cette mesure ne saurait modifier le pronostic du retour au travail. »

Dans un rapport du 19 octobre 2011, le SMR, sous la plume du Dr W._____, a conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité manuelle simple, en se fondant sur le rapport d'expertise de la Clinique S._____ du 8 septembre 2011.

Par décision du 5 décembre 2011, confirmant un projet de décision du 25 octobre 2011, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, dès lors qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

B. Le 23 juillet 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans un courrier du 3 août 2015 à l'OAI, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, a mentionné une péjoration de la situation médicale de sa patiente. Il a joint à son courrier le rapport d'un protocole opératoire du 8

mai 2014 relatif à une cure de quatre petites hernies de la ligne blanche en sus-ombilical.

Dans un rapport du 19 août 2015 à l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en neurologie, en charge du suivi de la patiente depuis le 9 février 2011, a mentionné que l'IRM cérébrale du 26 mars 2015 était revenue normale et que les céphalées étaient partiellement contrôlées. Ce médecin a posé le diagnostic de « céphalées mixtes, d'origine post-traumatique, chronifiées, en voie d'aggravation progressives sur ces quelques 4 dernières années ». Sur le plan strictement neurologique, il a conclu à une incapacité de travail de 100% depuis 3 ans.

Dans un rapport du 20 août 2015, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait la patiente depuis novembre 2011, a diagnostiqué un trouble dépressif d'intensité moyenne avec mauvaise réponse thérapeutique et une évolution négative. Il a conclu à une incapacité de travail de 100%, tout en précisant que la possibilité d'une amélioration de la capacité de travail de l'assurée dans un poste adapté restait à évaluer.

La psychologue N._____ a, dans un rapport du 27 août 2015, retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec syndrome somatique, de syndrome somatoforme douloureux persistant et de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique. Elle a précisé que les différentes symptomatologies somatiques et psychiques empêchaient l'assurée de travailler à 100%.

Par avis du 13 janvier 2016, le SMR, par le Dr F._____, a constaté que les éléments médicaux étaient insuffisants pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis 2011.

Par projet de décision du 21 janvier 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations du 23 juillet 2015.

L'assurée, par l'intermédiaire de [...], s'est opposée le 4 mars 2016 au projet précité. Elle a produit un rapport du Dr Q. _____ du 27 février 2016, dans lequel ce médecin estimait que sa patiente n'était pas en mesure de travailler à plus de 50% dans une activité adaptée, en raison de la pathologie psychiatrique. L'assurée a admis l'absence d'éléments médicaux nouveaux sur le plan neurologique et en relation avec la problématique des céphalées. En revanche, elle a soutenu que tel n'était pas le cas au plan psychiatrique, raison pour laquelle il y a avait lieu d'instruire la nouvelle demande de prestations en mettant en œuvre une expertise.

Par avis SMR du 15 mars 2017, le Dr F. _____ a proposé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire en psychiatrie et en rhumatologie. Celle-ci a été confiée à H. _____ SA (ci-après : H. _____ SA), qui l'a effectuée dans quatre volets différents.

Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 janvier 2019, les Drs Y. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, A. _____, spécialiste en médecine interne générale, X. _____, spécialiste en neurologie et R. _____, spécialiste en rhumatologie, n'ont posé aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, ils ont retenu des céphalées tensionnelles fréquentes avec sensibilité des muscles péri-crâniens associées à de possibles migraines sans aura, des céphalées attribuées à l'abus de médicaments et des céphalées sur abus de multiples médicaments, de syndrome douloureux somatoforme persistant, des traits de personnalité histrioniques, de personnalité dépendante rappelant les troubles mixtes de la personnalité, de douleurs abdominales pariétales persistantes post cure de hernie de la ligne blanche depuis 2014, d'éructions et nausées persistantes post cure de hernie hiatale opérée en 2011, d'hypertension artérielle contrôlée depuis 2011 et d'hypertension oculaire bilatérale depuis 2016.

Du rapport consensuel des experts de H. _____ SA, on extrait notamment ce qui suit :

« Du point de vue psychiatrique, la personne assurée présente des plaintes douloureuses somatiques et persistantes depuis 2008, surtout centrées sur des symptomatologies migraineuses avec des déclencheurs qui peuvent être quotidiens, des troubles du sommeil et des difficultés à se mobiliser au quotidien. Elle présente un diagnostic entrant dans les critères CIM10 d'un trouble somatoforme persistant : la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins.

Le jour de l'examen, le diagnostic ne peut pas être considéré comme un diagnostic incapacitant, car il s'agit d'une atteinte à la santé légère, il n'y a pas de traitement psychotrope mis en place actuellement et pas de projet de réadaptation et il n'y a pas de comorbidité. La personne assurée dispose des ressources personnelles et elle a un réseau social et des amis ainsi que sa famille. En plus, elle n'est pas limitée dans les activités dans tous les domaines, ce qui ne confirme pas les données de l'anamnèse. La personne assurée a tendance à amplifier les plaintes douloureuses.

En 2^{ème} lieu, il est soulevé des traits de personnalité particuliers. La personne assurée est plaintive, décrit des difficultés relationnelles et interactionnelles évoluant depuis toujours, or elle est bien entourée par ses proches, et se plaint d'une méconnaissance de son problème de la part du milieu médical: personne ne peut l'aider, seule elle souffre et personne ne sait ce qu'elle a. Elle décrit avec ambivalence la présence ou la non-présence de son entourage. Ceci permet de retenir des traits de personnalité particuliers le jour de l'entretien, sans retenir le trouble morbide, car tous les critères diagnostics ne sont pas remplis ce jour.

Du point de vue rhumatologique, actuellement, la personne assurée décrit des douleurs céphalalgiques de types migraineuses avec auras, qui persistent et qui l'empêchent de vaquer à ses occupations habituelles. Elle décrit ses douleurs comme étant incapacitantes, qui ne répondent que très peu aux différents traitements. Elle se plaint également de douleurs cervicales, et des (sic) douleurs lombaires basses.

L'examen rhumatologique est strictement normal et les plaintes cervicales et lombaires ne sont pas à objectiver.

Du point de vue neurologique, l'analyse de la symptomatologie céphalalgique fait ressortir des critères correspondants à des céphalées migraineuses, associées à la sono-photophobie, éventuellement à des vomissements, combinées à des facteurs typiques de la céphalée tensionnelle, notamment le sentiment d'écrasement bitemporal, la sensibilité très marquée à la palpation, même légère, de la musculature péri-crânienne, ou du

déclenchement par des facteurs psychologiques (en cas de tension dans sa vie quotidienne), ou lorsqu'elle ressasse des souvenirs désagréables pour elle. Dans ces conditions, le problème principal de la personne assurée est d'ordre comportemental associé à un abus médicamenteux, probablement en augmentation sur plusieurs années. Au vu de l'anamnèse il peut aussi être retenu une suspicion de déconditionnement physique en raison de longues périodes de position couchée et l'absence d'efforts physiques. Les limitations de mouvements, notamment de flexion de la tête, en absence de signes cliniques ou radiologiques, ainsi qu'une limitation des mouvements en général, y compris par résistance active lors de l'examen physique, doivent être qualifiées de kinésiophobie: auto-limitation des mouvements d'origine anxieuse et n'ont aucune corrélation objective les expliquant. En excluant l'abus médicamenteux antalgiques, la capacité de travail est théoriquement de 100%.

Du point de vue de la médecine interne, il s'agit d'une personne assurée souffrant actuellement d'épigastralgie, de nausées, d'éructions post cure d'hernie hiatale et post cure d'hernie de la ligne blanche et de douleurs pelviennes post interventions chirurgicales gynécologiques, sans retentissement sur la capacité de travail. Le status digestif de ce jour est sans particularité. Ces troubles ne peuvent donc pas être retenus comme incapacitants. La personne assurée présentait un faciès détendu, a pu rester en position assise prolongée, marcher, station debout et a réalisé ses transferts. Elle n'a pas demandé à aller aux toilettes pendant tout l'entretien. »

Les experts ont conclu à une capacité de travail de l'assurée de 100% dans l'activité habituelle.

L'experte psychiatre a en outre mentionné notamment ce qui suit :

« **27.08.2015 - rapport psychothérapeutique, Mme N. _____ à l'AI**

Diagnostics :

- F32.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique
- F5.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant
- F62.8 Modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique.

Capacité de travail : 0%.

Pronostic : réservé.

Commentaire : dans ce compte rendu, il est retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent. Selon la CIM 10, F32.2 répond à des critères diagnostic (sic) bien spécifiques, non remplis, et non traités. La personne assurée n'a pas bénéficié par le passé de prise en charge médicale ou médicamenteuse spécialisée, ce qui infirme ce diagnostic. Le diagnostic F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu selon les critères diagnostic (sic) de la CIM 10.

La plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. Un diagnostic retenu ce jour.

Le diagnostic F62.8 Modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique, ne peut pas être retenu ce jour, les traits de personnalité particuliers sont déjà retenus dans un autre diagnostic de troubles morbide de la personnalité. A noter que la personne assurée n'est pas au bénéfice de traitements psychotropes[.] Des diagnostics qui ne justifient pas l'incapacité de travail.

[...]

III.7.a.1 Analyse détaillée de la personnalité de la personne assurée et des ressources personnelles dont elle dispose

La personne assurée est plaintive, elle met en place tout ce qu'il faut selon ses dires, elle voit plusieurs médecins et met en échec toutes les prises en charges. Elle insiste sur le fait que personne ne la comprend, personne ne l'entend, elle est prise en charge par plusieurs médecins, et elle a changé plusieurs fois de traitement. Son sens des réalités et sa capacité de jugement sont préservés. Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts est difficile, la personne assurée dit qu'elle sort de chez elle avec une casquette, surtout lorsqu'elle est à [...], car tout le monde la connaît. Sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions sont plutôt correctes, même si elle a un comportement plaintif et démonstratif. Son estime de soi et sa capacité de régression sont dans la norme. Son intentionnalité et son dynamisme sont ambivalents.

III.7.c Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

III.7.c.1 Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines

Il est intéressant de soulever le fait que la personne assurée se plaint de tout, de ne pas pouvoir se pencher, de ne pas pouvoir lever la tête, par contre, elle conduit sa voiture. Elle a des limitations au niveau du ménage, elle est ambivalente sur les relations. Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

III.7.c.2 Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

Il n'y a pas de divergence le jour de l'entretien.

[...]

III.8.e Réponses aux questions supplémentaires du mandant aux experts

- Au point 3.2 ; déroulement détaillé et représentatif d'une journée type (organisation des loisirs, ...) en distinguant la période avant la survenance de l'incapacité de travail durable et celle après celle-ci.

La personne assurée décrit avoir eu un changement radical dans son fonctionnement. A l'époque, elle travaillait chez [...], à [...] et pouvait s'y rendre en voiture. Elle était dynamique dans la journée. Le jour de l'entretien, elle reste chez elle, ne fait rien, et se déplace rarement en voiture. Un descriptif qui n'est pas en lien avec une limitation d'ordre strictement psychiatrique.

- Au point 7.4 ; évaluation des troubles fonctionnels, des pertes de capacité et des ressources disponibles sur la base complémentaire de la mini CIF [ndlr : cf. définition en p. 20 *in fine* du présent arrêt].

D'un point de vue strictement psychiatrique, voici l'évaluation de la mini CIF selon l'évaluation de ce jour:

- Adaptation à des règles et à des routines : pas de limitation
 - Planification et structuration des tâches : pas de limitation
 - Flexibilité et capacité d'adaptation : légèrement limitée au vu des traits de personnalité particuliers
 - Application des compétences et des connaissances professionnelles : pas de limitation
 - Capacité de décision et de jugement : pas de limitation
 - Endurance : pas de limitation
 - Capacité de s'affirmer : pas de limitation
 - Capacité d'entrer en contact et de conserver avec des tiers : pas de limitation
 - Capacité d'évoluer au sein d'un groupe : pas de limitation
 - Capacité d'entretenir des relations familiales et intimes : pas de limitation
 - Initiative et activités spontanées : pas de limitation
 - Hygiène et soins corporels : pas de limitation
 - Mobilité et capacité de déplacement : pas de limitation.
- Par ailleurs, il n'y a aucun profil d'exigences de l'activité habituelle de la personne assurée. Afin d'avoir une appréciation précise des experts, il serait pertinent de leur fournir un profil, d'autant plus que l'on sait que l'assurée a principalement travaillé en tant qu'opératrice de production. Il est donc possible que le service de réadaptation fournisse un descriptif des exigences de ce type de poste, que ce soit avec l'aide des DPT [descriptifs de postes de travail] de la SUVA ou selon leurs propres données.

La personne assurée, d'un point de vue strictement psychiatrique ne présente pas de limitation. »

Par avis du 19 mars 2019, le SMR, sous la plume du Dr M._____, a conclu que le tableau symptomatique que présentait l'assurée correspondait à un trouble somatoforme qui ne s'était objectivement pas modifié depuis 2011, qui n'était pas accompagné d'une

psychopathologie incapacitante et qui n'avait pas conduit à un épuisement des ressources adaptatives de l'assurée.

Par décision du 5 septembre 2019, l'OAI a refusé à l'assurée le droit au reclassement et à une rente d'invalidité. Dans un courrier daté du même jour adressé à [...], l'OAI s'est référé au rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 janvier 2019, dans lequel les experts ont conclu à l'absence d'atteinte objective à la santé et à une capacité de travail entière dans une activité telle que celle exercée par l'assurée en qualité d'ouvrière de production.

C. L'assurée a recouru, le 6 octobre 2019, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant implicitement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité lui soit reconnu. Elle a fait en substance valoir ne pas être en mesure de travailler, dès lors qu'elle souffrait de douleurs intenses à la tête (migraines, cervicalgies, acouphènes) et d'un état dépressif.

Par réponse du 12 décembre 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours, en se référant au rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 janvier 2019.

Répliquant le 20 mai 2020, la recourante, désormais représentée, a mis en doute la valeur probante du rapport d'expertise médicale du 22 janvier 2019, en particulier quant à son volet psychiatrique, et a soutenu que les atteintes invalidantes sur ce plan-ci ne pouvaient être rejetées sans tomber dans l'arbitraire. En effet, contrairement à ce que soutenaient les experts, elle était suivie depuis novembre 2011 sur le plan psychiatrique et devait prendre des médicaments psychotropes. En outre, des antécédents psychiatriques existaient bel et bien sur le plan familial. Elle a ainsi conclu principalement à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité et, subsidiairement, à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'un complément d'expertise médicale.

Par courrier du 17 juin 2020, la recourante a produit un rapport médical du 15 juin 2020 du Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue N._____, dans lequel les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique ont été posés. Il y est également mentionné que la recourante est suivie sur le plan psychiatrique depuis novembre 2011, sans interruption et que les différents traitements pharmacologiques proposés n'ont eu que peu d'amélioration significative des symptômes dépressifs et somatoformes. Enfin, le médecin et la psychologue précités ont précisé que malgré une bonne adhérence de la patiente à ses traitements, l'évolution semblait compromise et le pronostic réservé.

Par duplique du 26 juin 2020, l'intimé a maintenu sa position, en mentionnant que le rapport produit par la recourante ne contenait aucun élément objectif nouveau.

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. La contestation porte en l'espèce sur le droit de la recourante à des prestations (rente et/ou mesures professionnelles) de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder ces prestations. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée le 23 juillet 2015.

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

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de

60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

b) 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 la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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) 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

6. **a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à

l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

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

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les

différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis la décision de refus du 5 décembre 2011, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance.

a) Dans le cadre de l'instruction ayant abouti à la décision précitée, les experts de la Clinique S._____ n'avaient posé aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail des céphalées tensionnelles chroniques, des migraines sans aura, un trouble somatoforme douloureux persistant ainsi qu'une hypertension artérielle. Sur le plan rhumatologique, il existait des troubles statiques relativement marqués du rachis dorsolombaire chez l'assurée, toutefois non limitants pour la mobilité. L'expert rhumatologue avait souligné l'empan énorme

entre les plaintes très diversifiées et les constatations physiques objectives avec une composante émotionnelle. Aucune limitation sur la capacité de travail n'avait été retenue. L'expert psychiatre, quant à lui, avait soulevé que l'assurée n'avait jamais présenté de pathologie psychique justifiant un diagnostic précis. Il avait mentionné que le discours de l'assurée était basé essentiellement sur les plaintes somatiques qui entravaient son fonctionnement social quotidien et professionnel mais n'avait retenu aucun indice en faveur d'un trouble majeur de la personnalité. Il avait proposé la prescription d'un antidépresseur légèrement anxiolytique pour augmenter le seuil de la tolérance à la douleur et permettre un meilleur contrôle émotionnel. L'expert V. _____ avait encore précisé que le trouble somatoforme douloureux qu'il retenait ne possédait aucun des critères susceptibles de fonder une incapacité de travail, notamment en l'absence de comorbidité psychiatrique. Les experts de la Clinique S. _____ en avaient conclu que l'assurée devait être capable d'exercer une activité manuelle simple, comme le travail d'une ouvrière non qualifiée, sans diminution de rendement. En définitive, c'était en raison de facteurs contextuels (absence de formation, désintégration du monde professionnel, isolement social) que le pronostic d'un retour sur une place de travail paraissait très hypothéqué. Sur cette base, l'intimé a rendu la décision du 5 décembre 2011, entrée en force, refusant à la recourante le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) L'assurée a déposé une seconde demande de prestations, invoquant une aggravation de son état de santé essentiellement sur le plan psychique. Elle a en effet reconnu qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux sur le plan neurologique et en relation avec la problématique des céphalées (cf. contestation du 4 mars 2016). Le SMR a toutefois estimé nécessaire d'investiguer également sur le plan rhumatologique et de la médecine interne. C'est dans ce contexte qu'une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès de H. _____ SA, incluant en outre un volet neurologique.

Aux termes de la décision litigieuse, l'intimé a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures

professionnelles, au motif que la recourante ne présentait toujours pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité et ne justifiait d'aucune incapacité de travail de longue durée. Cette décision se base sur les constatations et les conclusions du rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire du 22 janvier 2019 établi par les médecins du H. _____SA. De son côté, la recourante conteste disposer d'une capacité de travail telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision.

Les experts, dans leur rapport consensuel du 22 janvier 2019, n'ont retenu aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail et comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, des céphalées tensionnelles fréquentes avec sensibilité des muscles péri-crâniens associées à de possibles migraines sans aura, des céphalées attribuées à l'abus de médicaments et des céphalées sur abus de multiples médicaments, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de traits de personnalité histrionique, ainsi qu'une personnalité dépendante rappelant les troubles mixtes de la personnalité, des douleurs abdominales pariétales persistantes post cure d'hernie discale de la ligne blanche depuis 2014, d'éructions et nausées persistantes post cure d'hernie hiatale opérée en 2011, d'hypertension artérielle contrôlée depuis 2011 et d'hypertension oculaire bilatérale depuis 2016, traitée.

Sur le plan rhumatologique, l'examen clinique s'est révélé strictement normal et les plaintes cervicales et lombaires ne pouvaient être objectivées. De même, du point de vue de la médecine interne, l'épigastrie, les nausées, les éructations post cure d'hernie hiatale et post cure d'hernie de la ligne blanche, ainsi que les douleurs pelviennes post interventions chirurgicales gynécologiques dont souffrait l'assurée étaient sans retentissement sur la capacité de travail. Sur le plan neurologique, l'analyse de la symptomatologie céphalalgique faisait ressortir des critères correspondant à des céphalées migraineuses, associées à la sono-photophobie, éventuellement à des vomissements, combinées à des facteurs typiques de la céphalée tensionnelle, notamment le sentiment d'écrasement bitemporal, la sensibilité très marquée à la palpation, même légère, de la musculature péri-crânienne ou

du déclenchement par des facteurs psychologiques ou lorsqu'elle ressassait des souvenirs désagréables pour elle. L'expert neurologue a ainsi constaté que le problème principal de l'assurée était d'ordre comportemental associé à un abus médicamenteux, probablement en augmentation sur plusieurs années et probablement un déconditionnement physique en raison de longues périodes de position couchée et de l'absence d'efforts physiques. L'expert a relevé que les limitations de mouvements ne trouvaient aucune corrélation objective les expliquant. Force est ainsi d'admettre qu'aucune aggravation de l'état de santé de la recourante ne peut être retenue tant sur les plans rhumatologique, de la médecine interne et neurologique.

S'agissant de l'aspect psychiatrique, l'experte Y._____ a retenu que l'assurée présentait des plaintes douloureuses somatiques et persistantes depuis 2008, surtout centrées sur des symptomatologies migraineuses avec des déclencheurs qui pouvaient être quotidiens, des troubles du sommeil et des difficultés à se mobiliser au quotidien. Elle a retenu le diagnostic de trouble somatoforme persistant, lequel avait déjà été posé en 2011, la plainte essentielle concernant une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble. L'experte psychiatre a précisé que ce diagnostic ne pouvait être considéré comme incapacitant car il s'agissait d'une atteinte à la santé légère, l'assurée ayant tendance à amplifier ses plaintes, qu'il n'y avait pas de comorbidité, que l'assurée disposait de ressources personnelles et d'un réseau social, amical et familial et qu'elle n'était pas limitée dans les activités de la vie quotidienne dans tous les domaines. Elle a rejoint en cela les constatations de l'expert psychiatre de la Clinique S._____. La Dre Y._____ a également relevé des traits de personnalité particuliers, toutefois sans retenir de trouble morbide, rejoignant également les conclusions des médecins de la Clinique S._____ qui n'avaient retenu aucun indice en faveur d'un trouble majeur de la personnalité. L'experte psychiatre n'a en définitive retenu aucune

limitation et a conclu à une capacité de travail entière. Elle n'a ainsi pas non plus constaté d'aggravation de l'état de santé de la recourante susceptible d'avoir une influence sur sa capacité de travail depuis 2011.

c) En l'occurrence, on peut se rallier aux conclusions du rapport d'expertise du 22 janvier 2019 qui est complet et qui doit ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, après que chaque médecin a établi un rapport dans sa spécialité, leurs appréciations et conclusions respectives ont été confrontées, ce qui a abouti à un rapport consensuel. Chaque médecin a procédé à un examen clinique, à une anamnèse détaillée et au descriptif d'une journée-type. Les diagnostics ont été posés de manière claire, en expliquant, le cas échéant, les raisons pour lesquelles, certains diagnostics étaient écartés (notamment, au plan psychiatrique, le trouble dépressif récurrent ainsi que la modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique qui avaient été retenus par la psychologue N. _____ dans son rapport du 27 août 2015). A cet égard, la recourante soutient que l'affirmation - sortie de son contexte - de la Dre Y. _____ selon laquelle elle n'aurait pas bénéficié par le passé de prise en charge médicale ou médicamenteuse est erronée, dès lors qu'elle est suivie sur le plan psychiatrique depuis novembre 2011 et qu'elle prend des psychotropes. Cette affirmation est à remettre dans le contexte selon lequel la recourante ne remplit pas les critères permettant de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent selon la CIM 10, dès lors qu'elle n'a pas été suivie au plan psychiatrique « par le passé », sous-entendu, avant 2011. Ce diagnostic ne peut en effet s'apprécier que sur une certaine durée. La recourante relève encore que la Dre Y. _____ a constaté l'absence d'antécédent psychiatrique sur le plan familial alors qu'elle aurait une sœur atteinte de schizophrénie. Or, contrairement à ce qu'affirme la recourante, la Dre Y. _____, après avoir mentionné sous le chiffre « Anamnèse familiale/hérédité » qu'il n'y avait pas d'antécédent psychiatrique sur le plan familial, a précisé que l'assurée avait une sœur « qui a[vait] présenté des troubles du comportement durant sa jeunesse ». Les griefs soulevés par la recourante ne permettent ainsi pas de remettre en doute la valeur probante du rapport d'expertise

de la Dre Y._____. On relèvera encore que chaque médecin a tenu compte des plaintes de l'assurée dans sa spécialité respective, de même que du contexte médical et des autres avis des médecins. En outre, les conclusions auxquelles sont parvenus les experts ont été dûment motivées. Il n'y a ainsi pas lieu de s'en écarter. Pour ce qui est plus précisément du schéma d'évaluation posé par la jurisprudence en matière de troubles psychiques et, partant, des indicateurs pertinents, on constate que la Dre Y._____ a fait état de la personnalité de la recourante, en mentionnant que l'assurée était plaintive et mettait en échec toutes les prises en charge médicales, que son sens des réalités et sa capacité de jugement étaient préservés, mais que sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts était difficile. Sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions étaient plutôt correctes, même si elle adoptait un comportement plaintif et démonstratif. Son estime de soi et sa capacité de régression étaient dans la norme et son intentionnalité et son dynamisme ambivalents. L'experte a également procédé à l'examen des ressources de l'assurée au moyen de l'évaluation de la mini CIF-APP (outil d'hétéro-évaluation qui sert à décrire et à quantifier les troubles de l'activité et de la participation dans les maladies psychiques et permettant d'apprécier dans quelle mesure une personne est limitée dans sa capacité d'exécution de certaines activités de sa vie professionnelle ou personnelle, du fait de sa maladie psychique) et n'a retenu aucune limitation à cet égard. Au niveau de la cohérence, la Dre Y._____ a relevé que l'assurée se plaignait de tout, de ne pas pouvoir se pencher, de ne pas pouvoir lever la tête alors qu'elle conduisait sa voiture. Elle avait des limitations au niveau du ménage et était ambivalente sur ses relations mais ne présentait pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique. L'experte n'a en outre pas relevé de divergences entre les symptômes décrits, le comportement de l'assurée en situation d'examen et l'examen clinique et n'a pas non plus identifié d'élément d'autolimitation, d'exagération ou simulation. Force est en définitive de constater que le rapport de la Dre Y._____ répond en tous points aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

d) On observera par ailleurs que la pièce produite par la recourante auprès de la Cour de céans, soit un rapport daté du 15 juin 2020 du Dr E. _____ et de la psychologue N. _____, établi sur demande du conseil de la recourante, ne fait pas davantage état de nouveaux éléments qui auraient été méconnus des experts ou de pathologie objective non investiguée. En effet, les diagnostics posés dans ce rapport sont les mêmes que ceux qui ont été retenus par la psychologue N. _____ dans son rapport du 27 août 2015 et qui ont été discutés par l'experte psychiatre dans le rapport du 22 janvier 2019 (cf. consid. 7c *supra*). La Dre Y. _____ a aussi tenu compte du fait que la recourante était suivie sur le plan psychiatrique depuis novembre 2011 et qu'elle prenait des médicaments psychotropes (Trittico) dans son appréciation de la situation médicale de l'expertisée.

e) Etant donné ce qui précède, on peut donc s'en tenir aux conclusions des experts de H. _____ SA pour considérer que la recourante demeure dotée d'une capacité de travail entière dans toute activité manuelle simple. Son état de santé ne s'est en effet pas modifié dans une mesure substantielle, au sens entendu par l'art. 17 LPGA, depuis la précédente décision du 5 décembre 2011.

C'est, partant, à juste titre que l'intimé a dénié à la recourante le droit à une rente d'invalidité.

8. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 5 septembre 2019 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

d) Par décision de la juge instructrice du 14 novembre 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 octobre 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc. Ce dernier a produit une liste d'opérations le 9 décembre 2020, faisant état de 4 heures et 15 minutes de travail effectuées par lui-même au tarif horaire de 180 fr. et 9 heures et 10 minutes de travail effectuées par l'avocate-stagiaire au tarif horaire de 110 francs (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Duc est arrêtée à 1'853 fr. 35 ([4h15 x 180 fr./h + [9h10 x 110 fr./h]). Il convient d'y ajouter un montant forfaitaire des débours par 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ). Au final, le montant de l'indemnité de Me Duc est arrêtée à 2'095 fr. 85 fr. (1'853 fr. 35 + 92 fr. 65 [1'853 fr. 35 x 5%] + 149 fr. 85 [1'946 fr. x 7,7%]), débours et TVA compris.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 5 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office de la recourante, est arrêtée à 2'095 fr. 85 (deux mille nonante-cinq francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI. 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 et de l'indemnité de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

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 G. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :