

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 septembre 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
 M. Oppikofer et Mme Feusi, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

* * * * *

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Pierre Ventura, avocat à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. a) R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 19[...], mère de deux filles nées en 19[...] et 19[...] et divorcée depuis 2016, sans formation professionnelle, vendeuse à 100 % au G._____ à [...], a déposé, le 11 juin 2010, 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), en raison d'une entorse grave de la cheville gauche survenue le 17 janvier 2010 et occasionnant depuis lors une incapacité totale de travail.

Par décision du 21 mars 2011, confirmant un projet de décision du 7 février 2011, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, motif pris qu'elle présentait, depuis le 14 juin 2010, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant précisé que sa capacité de travail était de 50 % dans son activité habituelle, et que la comparaison des revenus avec et sans invalidité ne laissait apparaître aucun préjudice économique.

L'assurée n'a pas recouru contre cette décision, laquelle est entrée en force.

b) Le 17 mars 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir de dépression depuis octobre 2016. Elle travaillait alors dans le domaine du nettoyage à 15 %, ainsi que sur appel auprès de S._____.

Dans une « Fiche d'évaluation rapide » du 17 février 2017, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie mandaté par l'assurance perte de gain, a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans caractéristiques psychotiques (F32.2), caractérisé par une tristesse permanente et non fluctuante évoluant depuis plus de trois semaines, associé à une perte de l'envie et du plaisir ainsi qu'à une fatigue caractérisée par une aboulie. Il a souligné que l'assurée présentait par ailleurs des idées suicidaires avec un plan précis de passage à l'acte et

quelques vellités d'exécution au cours des dernières semaines et estimé que la capacité de travail était nulle.

Dans un rapport du 12 décembre 2016 au médecin-conseil de l'assureur perte de gain, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre C._____, a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (CIM-10 : F32.29), occasionnant une incapacité de travail totale depuis le 29 octobre 2016, soulignant que l'assurée bénéficiait d'un traitement médicamenteux et d'entretiens psychiatriques mensuels.

Dans un rapport à l'OAI du 27 juin 2017, le Dr F._____ a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, indiquant que les entretiens avec l'assurée avaient lieu sur une base bimensuelle. Il a précisé qu'une activité adaptée serait possible à 100% une fois le divorce prononcé et lorsque que l'intéressée aurait réussi à organiser sa vie personnelle, ce qui n'aurait pas lieu avant une année.

[...], assureur perte de gain d'un des employeurs de l'assurée a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Centre H._____, laquelle a eu lieu le 25 juillet 2017, conduite par le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 21 août 2017, l'expert a notamment retenu ce qui suit :

« SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Rappel de l'histoire médicale

R._____ est une expertisée d'origine [...] de 45 ans, qui se trouve à l'arrêt depuis le mois d'octobre 2016, en raison d'un second épisode dépressif dans un contexte de séparation conjugale doublée d'un conflit familial important, avec surtout la coupure de la relation avec ses deux filles, qui auraient pris le parti de leur père.

R._____ a déjà présenté un premier épisode il y a plus de vingt ans, au W._____, dans un contexte similaire à celui qui a été à l'origine de la séparation, à savoir un mari qui abusait d'alcool et se montrait violent.

Elle est suivie depuis environ un an par un psychiatre en privé, à savoir le Dr F._____ au centre C._____ à [...]. Il s'agit d'une

thérapie intégrée, avec la prescription d'antidépresseurs et de somnifères.

L'évolution constatée à ce jour resterait négative.

Situation actuelle et conclusions

La présente évaluation a mis en évidence avant tout une symptomatologie dépressive, dont l'intensité est assez difficile à définir, mais se situerait entre moyenne et sévère ; avec une composante d'anxiété et des manifestations physiques (certaines plaintes dans ce registre sont à la limite de la somatisation).

Après plus de dix mois de traitement, l'évolution selon l'expertisée serait entièrement négative, pourtant sur le plan thérapeutique, les rendez-vous avec le psychiatre ont été espacés, passant d'une fréquence de toutes les deux semaines à actuellement une séance environ tous les deux mois, ce qui paraît quelque peu en contradiction avec le diagnostic retenu par son psychiatre traitant qui dans son rapport du 12.04.2017 fait état d'une dépression sévère, ce qui nécessiterait à priori un suivi thérapeutique plus intensif.

La symptomatologie dépressive, qui est la source de l'incapacité de travail se traduit par : une humeur à dominante dysphorique, des ruminations pessimistes et négatives, une inhibition marquée avec une asthénie/fatigabilité, une perte de motivation, une anhédonie, un sommeil qui reste perturbé, une diminution de l'appétit, une perte de la confiance en soi, des difficultés cognitives sont signalées, mais pas objectivées. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni d'idéation suicidaire.

Si l'on se réfère aux critères diagnostiques de l'ICD-10, on se doit de retenir un diagnostic de dépression moyenne à sévère, car il y a trois critères majeurs ou indispensables (abaissement de l'humeur, augmentation de la fatigue et diminution de l'intérêt) et au moins quatre autres critères présents (diminution de la confiance en soi, attitude morose et pessimiste face à l'avenir, baisse de l'estime de soi, perturbation du sommeil, etc.).

Comme précité il ne s'agirait pas du premier épisode dépressif, puisqu'il y a des antécédents retrouvés sur le plan psychiatrique. Le contexte déclencheur du premier épisode (qui date de 20 ans !) était similaire, à savoir des difficultés de couple, cette fois-ci la séparation à bien eu lieu, mais elle a donné lieu à des réactions familiales et individuelles significatives. R. _____ met surtout en avant la perte du lien avec ses filles comme source de sa dépression, mais pour rappel celles-ci s'étaient déjà opposées à la séparation dans le passé et il y avait eu des entretiens de famille avec le Dr F. _____ pour débloquer la dynamique familiale. D'ailleurs l'expertisée oscille entre culpabilité et position de victime.

L'expert n'a pas mis en évidence d'éléments en faveur d'un état de fragilité antérieur au contexte déclencheur, on ne relève pas de trouble de la personnalité.

En parallèle, il faut signaler une composante anxieuse : une tension, des soucis sous la forme de ruminations interrogatives et inquiètes, ainsi que des manifestations somatiques.

Diagnostics

Selon l'ICD-10 (OMS 1992)

Diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique (F 33)

Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail :

- Nihil.

Pronostic

Compte tenu de l'évolution et des constats cliniques : R. _____ apparaît comme étant usée par une existence « de combat », étant désormais dans une position régressive, passive, évitante, procrastinante, avec une évolution des symptômes qui va dans le sens de la chronicisation ; le pronostic est clairement défavorable, avec un risque non négligeable d'évoluer vers une forme d'invalidation.

Traitement et propositions thérapeutiques

En ce qui concerne le traitement en principe celui-ci paraît adéquat selon les guidelines en vigueur, car l'expertisée bénéficie d'une thérapie intégrée auprès d'un spécialiste, mais celle-ci ne semble pas à ce stade ne pas avoir eu d'effet favorable sur la symptomatologie.

Il existe plusieurs sources potentielles à cette non-évolution : la résistance liée à la persistance voire la maximisation d'un contexte de vie négatif, un manque de réponse à la médication, l'existence de facteurs médicaux potentiels, la perte de rôle/utilité dans une transition de vie, etc.

Capacité de travail actuelle et future :

Appréciation des limitations fonctionnelles et professionnelles actuelles

Au terme de cette évaluation a été retenu compte tenu des constats cliniques un diagnostic de dépression moyenne à sévère et une anxiété associée.

Il est très probable que cette constellation symptomatique, qui ne s'est pas améliorée depuis son début en automne 2016, avec une incapacité de travail qui perdure depuis près de dix mois traduit la difficulté à faire face à une problématique familiale touchant l'expertisée en lien avec les réactions de ses enfants.

Sur le plan de l'évaluation fonctionnelle l'expertisée évoque une altération modérée dans son fonctionnement au quotidien, car elle s'occupe encore de soi, de son domicile. S'il y a un repli social, la capacité d'interagir avec autrui est conservée. L'endurance en lien avec la fatigue ainsi que la motivation sont diminuées. Il n'y a pas eu de rémission psychique durable depuis le début de la mise en place du traitement.

Le fonctionnement cognitif [e]st préservé : malgré des plaintes dans ce domaine on ne trouve pas de troubles de la mémoire ou de la concentration, les capacités de jugement ou à s'organiser sont également conservées. R. _____ conserve un bon contrôle de ses affects et de ses pulsions.

En ce qui concerne la capacité de travail en lien avec les éléments évoqués ci-dessus, la pathologie constatée, son intensité : la capacité de travail de l'expertisée est/reste encore nulle au moment de la présente.

Pronostic concernant la capacité de travail future

Compte tenu de l'évolution et de la présentation symptomatique, qui traduit surtout une situation quelque peu bloquée, dans laquelle l'expertisée reste passablement régressée, passive, évitante, déjà païr dans un processus de déshabitude professionnelle, le pronostic de reprise reste délicat et difficile.

En effet il est peu probable que R. _____ devienne significativement et surtout rapidement moins symptomatique que ce qui est observé actuellement, en même temps on se doit de tenter au moins encore une fois de contrer le processus de chronicisation en cours et cela avant que l'arrêt de travail ne devienne contre-productif de par sa durée, ce qui va compromettre les chances de réinsertion et rajouter un problème supplémentaire à un contexte déjà chargé.

Pour se donner le temps de la préparation d'un essai de reprise à visée thérapeutique (comme un signal que la vie continue, qu'il faut faire certains deuils) et mettre en place un coaching par le psychiatre et/ou en faisant appel aux mesures précoces de l'Assurance Invalidité ; cette reprise pourrait débuter dans un mois, soit au début du mois septembre 2017 (1.09.2017), sur un mode progressif, tout d'abord à un taux de 50%, puis être augmenté à 100% un mois plus tard.

Remarques personnelles

Nihil ».

Dans un rapport à l'OAI du 24 octobre 2018, le Dr F. _____ a confirmé l'incapacité totale de travail, relevant toutefois que le stress que sa patiente ressentait par rapport à son mari s'était réduit à la suite du divorce, que ses filles avaient amorcé un rapprochement et qu'elle se sentait moins isolée. Il a également indiqué que son projet à moyen terme était de rentrer au W. _____ pour passer les dernières années de vie de sa mère à ses côtés.

Suivant les recommandations du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) (cf. avis médical du 28 novembre 2018), l'OAI a mis en œuvre un complément d'expertise psychiatrique auprès du Dr Q. _____

(cf. communication du 12 juillet 2019), lequel a eu lieu le 3 septembre 2019.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 10 octobre 2019, le DrQ._____ a notamment exposé ce qui suit :

« 6. DIAGNOSTICS

Pour rappel, lors de ma précédente expertise datant de juillet 2017 j'avais retenu comme diagnostic l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique (F 33) en réaction à des difficultés de couple et un contexte conflictuel avec ses filles.

Lors de la présente évaluation, on relève tout d'abord des discordances qui doivent être prises en compte dans l'appréciation globale. D'une part, après plus de trois ans de traitement spécialisé, l'évolution selon l'expertisée serait plutôt négative, pourtant sur le plan thérapeutique, les rendez-vous avec le psychiatre ont été espacés, passant à une fréquence mensuelle et les facteurs de stress anciens ont disparu. En effet son ex-mari est parti au W._____ et la relation avec sa fille aînée est bien meilleure. L'expertisée évoque une anhédonie et aboulie, mais elle conserve des relations sociales, s'occupe avec plaisir de son petit-fils et en cours de se reconstruire une vie affective.

Par ailleurs alors que le subjectif reste chargé de plaintes, sur le plan objectif il n'y a plus les éléments encore nécessaires pour retenir une atteinte de l'humeur.

Ce qui est constaté c'est que la thymie n'est ni stablement installée ni ne domine, il n'y pas de ralentissement psychomoteur, pas de troubles cognitifs touchant la mémoire ou la concentration alors que ceux-ci sont signalés, il n'y a pas de culpabilité pathologique, ni d'idéation suicidaire. Avant tout on constate une perte de l'élan vital (là aussi plus signalée que constatée car dans les faits est elle est devenue plus active) et une démotivation (ce qui peut paraître paradoxal alors qu'elle débute une relation et qu'elle a le projet de repartir au W._____).

La symptomatologie relevée est de ce fait désormais clairement insuffisante pour évoquer un trouble dépressif selon les critères de l'ICD-10, voire même une dysthymie.

Diagnostics

Selon l'ICD-10 (OMS 1992)

- Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33 4).

7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

7.1 Résumé de l'évolution personnelle, professionnelle, sociale et médicale actuelle

R._____ est une expertisée d'origine [...] de 45 ans, divorcée depuis 2017. Elle se trouve à l'arrêt de travail depuis la fin du mois d'octobre 2016, en raison de l'apparition d'un épisode dépressif (il s'agirait du second) dans un contexte de difficultés qui a abouti à une séparation conjugale. Il y avait également une situation tenue en particulier avec sa fille aînée.

L'expertisée bénéficie d'un traitement et d'une thérapie intégrée dans le cadre du centre C._____. Elle est suivie par le Dr F._____ désormais à une fréquence mensuelle, qui lui prescrit un traitement psychotrope, principalement de Brintellix à 20mg par jour et de Trittico à 150mg par jour au coucher.

Malgré le traitement, le fait que la relation s'est détendue avec ses filles, qu'il n'y a plus le stress de son ex-mari qui est reparti au W._____ et qu'elle a entrepris depuis deux ans une nouvelle relation affective, elle décrit un état psychique qui resterait négatif.

7.2 Évaluation de l'évolution s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., pronostic

Traitement

Le traitement est bien investi et correspond aux guidelines en vigueur.

En ce qui concerne le pronostic, celui-ci reste réservé, car il existe très probablement une forme d'invalidation.

Réadaptation

En ce qui concerne le potentiel de réadaptation, pour rappel cette expertisée ne bénéficie d'aucune formation professionnelle et la reprise de son activité antérieure dans la vente ou le nettoyage est désormais envisageable. Une réadaptation reste toutefois possible.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

On note un décalage entre le subjectif et l'objectif. Il existe certaines discordances entre la description d'une femme qui ne fait plus rien, qui est devenue complètement inactive, qui n'a aucun plaisir dans l'existence et qui, pourtant, en parallèle, s'occupe de son petit-fils, qui a retrouvé une nouvelle relation affective, qui a des relations bien meilleures, voire quasiment normalisées avec ses filles, etc. il ne semble donc pas y avoir une atteinte, telle qu'elle est décrite par l'expertisée. Le soussigné considère que, clairement, depuis la précédente expertise qu'il avait lui-même réalisée en 2017, l'état psychique de l'assurée s'est amélioré.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Globalement conservées.

Ressources personnelles

Dans l'ensemble l'expertisée se montre capable de fonctionner au quotidien, cela de manière indépendante.

En ce qui concerne les ressources : son aptitude à communiquer est conservée et elle dispose d'un réseau social.

Il n'y a pas d'atteinte touchant le fonctionnement cognitif mise en évidence, ni de fatigabilité mentale. Sa capacité à prendre des décisions et de jugement est intacte. L'expertisée à une motivation diminuée, elle peine à se mobiliser en lien avec la fatigue à une endurance réduite. Elle conserve un assez bon contrôle de ses affects et des pulsions. Elle est également capable de respecter un cadre et de s'organiser.

Ressources externes

L'expertisée dispose d'un réseau social.

8. REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT

8.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Combien d'heures de présence l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

8 heures.

- Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Non.

- A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100% ?

A 100%.

- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil d[u] temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?

Dans mon expertise de 2017, je m'étais prononcé pour une reprise de travail, à partir du mois de septembre 2017, une reprise de travail qui n'a pas eu lieu. Son médecin psychiatre traitant, le Dr C. F. _____ a continué à lui prescrire une incapacité de travail à 100%, en se basant sur un épisode dépressif qui selon lui restait sévère.

8.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

- Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ?

Toute activité correspondant à son niveau de formation est admissible. Il n'y a pas, stricto sensu, d'incapacité de travail.

- Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?

8 h.

- La performance de l'assuré serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Non.

- A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100% ?

100%.

- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?

Voir réponse 8.1.

8.3 Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

- D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?

Je pense que, contrairement à ce qui est décrit dans ses propres rapports, le traitement avec le Dr F._____ a eu un effet plus favorable que ce que ce psychiatre retient et que la dysphorie de R._____ est désormais en rémission. En se basant sur ce constat on peut donc dire que ce traitement a eu un effet positif mais également qu'il arrive probablement à ses limites. En effet la réinsertion de l'expertisée dépendra de sa motivation à sortir de son statut de malade.

- Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et les preuves à l'appui de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible. Y a-t-il des raisons médicales (risques) qui plaident contre la thérapie proposée ?

Plus que d'un traitement elle pourrait bénéficier d'une évaluation de son endurance au travail par l'Assurance Invalidité puis d'un coaching dans sa reprise d'activité.

8.4 Questions se rapportant au cas précis

Aucune ».

Par courrier du 22 octobre 2019, faisant suite à un avis SMR du 18 octobre 2019, l'OAI a posé au Dr Q._____ des questions

complémentaires ; l'expert psychiatre y a répondu le 7 novembre 2019 comme suit :

« 1. Pouvez-vous nous confirmer que la capacité de travail est de 100% dans toute activité depuis votre dernière expertise de 2017 ?

Oui la capacité de travail est de 100% dans toute activité tenant compte de son niveau de formation. Dans ma précédente expertise de 2017 j'avais d'ailleurs préconisé une reprise progressive qui par ailleurs n'a pas eu lieu (à 100% dès le 1.10.2017).

2. Si vous avez répondu par la négative à la question précédente merci de déterminer l'évolution de la capacité de travail depuis octobre 2016.

Question sans objet ».

Dans un avis médical du 19 novembre 2019, tenant lieu de rapport d'examen SMR, le Dr X._____ a conclu à une capacité de travail de 100% de toute activité depuis juillet 2017.

Par projet de décision du 25 novembre 2019, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de nier son droit à une rente d'invalidité.

L'assurée s'est opposée à ce projet le 7 janvier 2020 et a complété ses objections le 17 février 2020 par l'entremise de Me Pierre Ventura. Dans ce cadre, elle a notamment requis qu'une seconde expertise soit ordonnée – et confiée à un autre expert que le Dr Q._____ – afin de « répondre aux garanties d'impartialité ».

Par décision du 26 mars 2020, l'OAI a confirmé son projet de refus de rente du 25 novembre 2019, soulignant, d'une part, que le fait que de nommer le même expert pour procéder à une expertise complémentaire n'avait rien de choquant et était au demeurant usuel et, d'autre part, que les expertises du Centre H._____ étaient suffisantes pour pouvoir se déterminer.

B. Par acte du 18 mai 2020, R._____, représentée par Me Pierre Ventura, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'elle « est reconnue pleinement invalide et est ainsi mise au bénéfice de la rente d'invalidité correspondante », subsidiairement à sa réforme, en ce sens qu'elle « est reconnue invalide selon les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire neutre et ainsi mise au bénéfice de la rente d'invalidité correspondante » et, plus subsidiairement, au prononcé de mesures de réadaptation visant à permettre son reclassement professionnel et à la réforme de la décision attaqué, en ce sens qu'elle « est reconnue invalide et ainsi mise au bénéfice de la rente d'invalidité correspondante ». Elle requiert en outre la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et neutre, laquelle devra déterminer le taux d'invalidité. Elle allègue en premier lieu une violation de son droit d'être entendu, faute pour l'intimé d'avoir pris en considération le contenu des rapports établis par son psychiatre traitant. Sur le fond, la recourante conteste en substance la capacité de travail retenue par l'OAI, l'absence de mesures nécessaires à sa réinsertion professionnelle, ainsi que la valeur probante des expertises du Dr Q._____. Elle a produit à l'appui de son recours un lot de pièces sous bordereau, parmi lesquelles un rapport du Dr F._____ du 12 mars 2020, adressé au conseil de l'assurée, prenant position sur la dernière expertise du Dr Q._____.

Dans sa réponse du 13 août 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse, en se basant principalement sur l'avis médical SMR du 29 juillet 2020 établi par le Dr X._____.

Répliquant le 9 novembre 2020, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a produit à l'appui de son écriture un rapport du Dr F._____ du 8 octobre 2020, dont il ressort que l'intéressée présentait de nouveau un épisode dépressif sévère avec une tentative de suicide par ingestion volontaire de médicaments qui l'a amenée à être hospitalisée dans le Service des urgences du CHUV avec transfert à Cery.

Le 2 décembre 2020, le conseil de la recourante a transmis à la Cour de céans le rapport d'hospitalisation de l'Hôpital de Cery du 12 octobre 2020, posant le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (CIM-10 : F33.10), en raison d'une thymie abaissée, d'une réduction de l'intérêt et d'une asthénie, avec perte d'appétit et idéation suicidaire, et attestant d'une incapacité totale de travail du 22 au 25 septembre 2020.

En date du 21 décembre 2020, se basant sur un avis SMR du 14 décembre 2020, l'office intimé a estimé que le rapport précité n'apportait pas d'éléments médicaux permettant d'infirmier sa décision du 26 mars 2020.

La recourante s'est exprimée à son tour le 22 février 2021, par la voix de son conseil, faisant valoir que les céphalées chroniques, ainsi que les troubles du sommeil relevés par le Dr F. _____ n'ont pas été instruits par l'OAI. Elle joint un rapport du professionnel précité, daté du 10 février 2021, dont on extrait ce qui suit (sic) :

« En effet, je constate que le SMR n'a pas estimé que son hospitalisation psychiatrique en septembre justifiait un changement de sa prise de position du 26.03.2020. Je le regrette car j'estime que cette hospitalisation est une preuve de l'aggravation de l'état de santé psychique de la patiente.

Lors de la séance que nous avons eu cette semaine elle m'a informé avoir été victime d'un accident de voiture au début de l'année duquel elle ne gardait pas de souvenir précis. Hospitalisée au CHUV, il semble qu'une arythmie cardiaque a été détectée et un stent aurait été posé. J'attends le rapport et lettre de sortie du CHUV et je ne manquerais pas de vous l'adresser dès sa réception.

Je rappelle qu'au 10.02.20 elle avait déjà été vue au Service des Urgences - CHUV pour un traumatisme crânien avec perte de connaissance et/ou amnésie.

D'autre part, elle m'a apporté le dossier médical de son médecin généraliste, la Dre [...] ([...]. 1000 Lausanne [...]). A sa lecture j'ai constaté des antécédents médicaux tels que :

- Bypass et colécystectomie pour obésité morbide, 2011
- Syndrome du tunnel carpien opéré
- Gastrite érosive à Helicobacter pylori en 2017
- Entorse sévère de la cheville gauche
- Entorse cervicale en 2014

En particulier, j'ai été intéressé par les plaintes de céphalées de tension qui ont justifié des consultations chez le Dr T._____, neurologue, en 2014 et le Dr B._____, neurologue, qui l'a suivi entre 2014 et 2017. Les deux spécialistes ont détecté en plusieurs IRM cérébrales (09.04.2015, 10.05.2016, 07.04.2017) des multiples lésions de la substance blanche sous-corticale suggestives d'une maladie inflammatoire ou immunologique.

Il est possible que ces lésions cérébrales soient liées à des troubles circulatoires cérébraux et qu'ils pourraient expliquer et les céphalées et les épisodes de perte de connaissance avec d'importantes conséquences (chutes avec traumatismes, etc.).

Mais, à ma grande surprise, la patiente m'a encore communiqué que son médecin généraliste n'a jamais été contacté par l'AI pour présenter un rapport médical malgré la présence de toutes ces conditions qui sont à l'origine des limitations fonctionnelles qui peuvent affecter sa capacité de travail.

Je vous transmet donc des pièces justificatives avec cette lettre qui justifient de demander au SMR de revoir son évaluation de la capacité de travail de R._____».

Etaient joints au rapport du Dr F._____ les documents suivants :

- un rapport du 9 septembre 2014 du Dr T._____, spécialiste en neurologie, à la Dre [...], posant le diagnostic de céphalée de tension chronique, et précisant que les lésions de la substance blanche visibles à l'IRM étaient aspécifiques et proposant comme seul examen un bilan sanguin afin d'écarter une vasculite ;

- un rapport du 10 novembre 2014 du Dr B._____, spécialiste en neurologie, à la Dre [...], posant les diagnostics de céphalées d'origine musculaire avec irritation des deux nerfs grands occipitaux et de multiples lésions de la substance blanche sous-corticale suggestive d'une maladie inflammatoire ou immunologique et proposant une ponction lombaire et un bilan inflammatoire ;

- un rapport du 8 décembre 2014 du Dr B._____ à la Dre [...] au sujet du résultat de la ponction lombaire et du bilan sanguin, qui mettaient en évidence une hypovitaminose B12 ne s'inscrivant pas dans le tableau clinique actuel et n'expliquant pas les lésions découvertes sur les IRM cérébrales et préconisant à ce sujet une IRM cérébrale de contrôle ;

- un rapport d'IRM cérébrale du 9 avril 2015 concluant à un aspect stable des nombreuses lésions de la substance blanche péri-ventriculaire, sans progression significative, soulignant qu'un diagnostic de leuco-encéphalopathie vasculaire ou de sclérose en plaques restait en ligne de compte, mais qu'il n'y avait de prise de contraste permettant d'orienter vers un diagnostic d'atteinte inflammatoire ;

- un rapport d'IRM cérébrale du 10 mai 2016, superposable à l'examen précédent, avec un nombre et des dimensions globalement stables des multiples hypersignaux de la substance blanche supratentorielle correspondant à une leuco-encéphalopathie non spécifique, sans rehaussement pathologique, et ne permettant pas d'écarter une éventuelle sclérose en plaque ;

- un rapport d'IRM cérébrale du 7 avril 2017, concluant à un examen superposable au précédent ;

- un rapport du Dr B. _____ du 21 avril 2017, dont l'appréciation est la suivante :

« R. _____ est revue pour des céphalées d'origine cervicale qui sont actuellement quotidiennes.

Cette composante cervicale demeure inchangée. Le contexte thymique et la fatigue chronique ne fait qu'accentuer la problématique douloureuse. Je lui ai proposé un essai avec du Siralud le soir en schéma progressif avec l'espoir d'améliorer à la fois les contractures, les céphalées et peut-être la qualité du sommeil. Je vous laisse apprécier la meilleure approche de cette situation.

En l'absence de réelle évolution neurologique, il me paraît en partie inutile de répéter une IRM cérébrale, toutefois Madame exprime une inquiétude importante au sujet des anomalies découvertes lors du bilan de 2015. Par conséquent, j'accède à sa demande et organise une nouvelle imagerie de contrôle (rapport en annexe). Celle-ci se révèle inchangée par rapport à la précédente. J'ai donc convenu avec Madame qu'il ne sera pas nécessaire de la répéter avant au moins 2 ans en l'absence de nouveaux déficits » ;

- un rapport d'angioscanner du 10 février 2020 à la suite d'un traumatisme crânien.

L'intimé s'est déterminé sur ces éléments en date du 11 mars 2021, tout en maintenant sa position.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la prolongation extraordinaire des fêtes pascales (ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RS 173.110.4) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Il s'agit en définitive de déterminer si les atteintes, constitutives d'un nouveau cas d'assurance à l'origine de la seconde demande de prestations AI formulée par l'assurée, sont susceptibles de limiter sa capacité de travail et de gain (cf. s'agissant de la question de la survenance d'un nouveau cas d'assurance : ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et 5.2).

3. Il convient à ce stade d'examiner le grief formel soulevé par la recourante, laquelle se prévaut d'une violation de son droit d'être entendue.

a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chacun le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 139 I 189 consid. 3.2 et références citées).

b) Dans le présent cas, la recourante reproche à l'office intimé de ne pas avoir tenu compte du rapport de son psychiatre traitant du 12 mars 2020. Il ressort toutefois des éléments au dossier que le rapport en question a été adressé au conseil de l'assurée et non à l'intimé. Il n'apparaît pas non plus qu'il aurait été transmis, dans un second temps, à l'OAI avant la prise de décision du 26 mars 2020. Il ne saurait dès lors être reproché à l'OAI un manque de diligence à cet égard.

En outre, tel qu'invoqué, le grief de violation du droit d'être entendu n'a pas de portée propre par rapport à celui tiré de l'arbitraire dans l'appréciation des preuves (TF 9C_258/2019 du 25 juillet 2019 consid. 3.1 et les références citées). Il sera dès lors examiné conjointement avec les autres motifs matériels.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGa). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si 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]). 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 LPG), 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. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

7. **a)** L'assurée a déjà fait l'objet d'une décision de refus de rente du 21 mars 2011. L'OAI avait considéré que l'atteinte à la cheville dont elle souffrait lui permettait de conserver une pleine capacité de travail

dans une activité adaptée. Les atteintes objets de la présente procédure, dont il convient de déterminer si elles sont à l'origine d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, sont majoritairement d'origine psychique et donc différentes ; il en va de même des atteintes somatiques dont elle se prévaut, ces dernières prenant la forme de céphalées, sans aucun rapport avec l'entorse à la cheville gauche. Elles constituent ainsi un nouveau cas d'assurance entraînant un nouveau délai d'attente d'une année (TF 9C_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.3.3 et les références citées).

b) Aux termes de sa décision du 26 mars 2020, l'intimé a considéré que la recourante avait présenté une incapacité de travail et de gain entière entre les mois d'octobre 2016 et juillet 2017, date à partir de laquelle elle avait recouvré une pleine capacité de travail. Dès lors que dite incapacité avait duré moins d'une année, le droit à une rente d'invalidité devait lui être nié.

La recourante, pour sa part, s'est prévaluée d'une complète inaptitude à reprendre une quelconque activité lucrative à compter du mois de juillet 2017.

i) Sur le plan psychique, l'OAI s'est principalement basé sur les conclusions de l'expertise du Centre H._____ du 10 octobre 2019, ainsi que son complément par l'expert Q._____ du 7 novembre 2019, selon laquelle la recourante présentait un trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) n'occasionnant plus d'incapacité de travail au plan psychique à partir du mois de juillet 2017.

A cet égard, il sied de rappeler que, sur mandat de l'assureur perte de gain, une première expertise a été réalisée en juillet 2017 par le Dr Q._____. Au terme de ses investigations, l'expert avait retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique en réaction à des difficultés de couple et un contexte conflictuel avec ses filles. La capacité de travail était jugée nulle dans toute activité depuis le 29 octobre 2016. Dans la mesure où le psychiatre traitant, dans son rapport du 24 octobre 2018, faisait état d'une

amélioration de l'état de santé de sa patiente sur le plan psychique, tout en continuant de conclure à une incapacité totale de travail depuis le 29 octobre 2016, l'office intimé a, suivant l'avis du SMR du 28 novembre 2018, mis un œuvre un complément d'expertise auprès du Dr Q._____. Quand bien même la recourante ne soulève plus ce grief au stade du présent recours, il convient de souligner qu'il n'y a rien de choquant, ni d'impartial, à mandater une expertise complémentaire auprès du même expert, afin que celui-ci puisse examiner en toute objectivité l'évolution de l'état de santé d'un assuré.

Dans son expertise psychiatrique d'octobre 2019, le Dr Q._____ a émis une appréciation globale tenant compte de manière adéquate des critères établis par la jurisprudence. C'est ainsi que l'expert a décrit les éléments pertinents pour le diagnostic, notamment sous l'angle de l'intensité de l'épisode dépressif (rapport d'expertise du 10 octobre 2019, p. 8), et a conclu à un état dépressif récurrent désormais en rémission. Il a en outre relevé que la symptomatologie était insuffisante pour évoquer un trouble dépressif selon les critères de la CIM-10, voire même une dysthymie. Dans ce cadre, il a indiqué que l'ex-mari de l'assurée était rentré au W._____ et que la relation avec sa fille aînée s'était nettement améliorée, ce qui engendrait la disparition des facteurs de stress ancien. Le Dr Q._____ a par ailleurs tenu compte des traitements entrepris et a de surcroît noté que l'intéressée ne présentait pas d'autres psychopathologies, ni de trouble de la personnalité, relevant qu'il n'y avait plus les éléments nécessaires pour retenir une atteinte de l'humeur sur le plan objectif, dans la mesure où la thymie n'était pas installée de manière stable, ni ne dominait. Le Dr Q._____ a de surcroît souligné que, nonobstant les plaintes, le fonctionnement de l'assurée demeurait bon, soulignant qu'elle était plus qu'active qu'auparavant, avait pour projet de repartir au W._____, conservait des relations sociales, s'occupait avec plaisir de son petit-fils et était en train de reconstruire une vie affective, soit des éléments révélateurs de ressources préservées. Il a également mis en exergue les discordances devant être prises en compte dans l'appréciation globale, et notamment le fait que l'assurée considère son évolution comme négative, alors que le suivi psychiatrique a pu être

espacé. En d'autres termes, pour l'expert, la situation était dominée par une vision subjective négative, qui était pourtant contredite par les éléments objectifs au dossier, ce qui illustre une incohérence dans la symptomatologie. Au final, le Dr Q._____ a donc dressé le portrait d'une assurée conservant l'essentiel de ses ressources nonobstant ses plaintes. Ces éléments permettent par conséquent de se rallier à l'entière capacité de travail telle que retenue par le Dr Q._____.

Certes, le Dr F._____ a contesté les conclusions de l'expert Q._____ (cf. rapports des 12 mars 2020, 8 octobre 2020 et 10 février 2021), s'agissant notamment de l'intensité du trouble dépressif et de l'appréciation de la capacité de travail. Cela étant, rien dans les rapports du Dr F._____ ne vient infirmer l'analyse de l'expert psychiatre. En particulier, la Cour observe que le psychiatre traitant relève, dans son rapport du 12 mars 2020, une démotivation et une perte de l'élan vital, tout en indiquant que celle-ci était davantage signalée que constatée car « dans les faits la patiente était devenue plus active ». Ce praticien a en outre reconnu que le stress de la recourante lié à son mari et à ses filles s'était amoindri, mais qu'il demeurerait une source de tension relative aux problèmes administratifs, à l'instar des problèmes somatiques qui prennent une ampleur plus importante. A ce propos, aucun diagnostic de somatisation n'a été même évoqué par les médecins qui ont suivi la recourante, de sorte que la question d'une éventuelle incapacité de travail en lien avec cette problématique ne se pose pas. Relevant un abaissement chronique de l'humeur, le Dr F._____ estime que la recourante remplit les critères diagnostiques de dysthymie avec une souffrance et une incapacité considérable, soulignant qu'une reprise à 50% pourrait être envisageable depuis janvier 2020, en tenant compte de l'amélioration de l'évolution des symptômes dépressifs. Cela étant, force est de constater que le rapport du 12 mars 2020 - dont on rappellera qu'il n'a pas été soumis à l'OAI avant la reddition de la décision entreprise mais au conseil de la recourante - n'apporte aucun fait nouveau dont il n'aurait pas été tenu compte dans le cadre de l'expertise. Dans les grands lignes, l'évaluation du psychiatre traitant rejoint celle de l'expert Q._____, sous réserve du diagnostic retenu. A cet égard, la dysthymie retenue par le

psychiatre traitant ne saurait présenter un degré de gravité suffisant pour justifier une incapacité de travail. De plus, le médecin traitant se fonde avant tout sur les plaintes – par définition subjectives – de l'assurée, pour considérer que celle-ci demeure en incapacité totale de travailler, étant précisé que les conclusions du Dr F._____ n'ont pas changé depuis 2016 malgré une amélioration significative de l'état de santé de sa patiente. La Cour relèvera donc les incohérences des rapports du Dr F._____ qui constate une amélioration de la situation voire qui plaide pour une reprise, mais qui continue d'attester une incapacité de travail totale depuis le 29 octobre 2016.

Il y a en définitive lieu de constater que le psychiatre traitant procède à une appréciation différente d'un même état de fait et que ses rapports ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions bien étayées du Dr Q._____ qui reposent sur une connaissance approfondie du dossier, sur un examen clinique et qui tient compte de l'anamnèse et des plaintes de la recourante et qui doit, de ce fait, se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Il convient ainsi de suivre les conclusions du Dr Q._____ quant à la pleine capacité de travail de la recourante sur le plan psychique.

A cet égard, on relèvera que dans son complément d'expertise du 6 novembre 2019, l'expert a expressément mentionné que la capacité de travail de la recourante était entière dans toute activité depuis l'expertise de juillet 2017 et qu'au surplus, il avait précédemment préconisé une reprise progressive dès le 1^{er} octobre 2017 à 100 %. Cela étant, quand bien même une capacité de travail totale dans toute activité était retenue à compter du 1^{er} octobre 2017, et non dès juillet 2017, il n'en demeure pas moins que la condition posée par l'art. 28 al. 1 let. b LAI de présenter une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable pour bénéficier du droit à une rente d'invalidité ne saurait être remplie, dès lors que l'assurée n'a présenté

une incapacité de travail qu'à compter du 29 octobre 2016 (cf. rapport du Dr F._____ du 12 décembre 2016).

S'agissant de l'aggravation de l'état de santé psychique de la recourante, auquel fait référence le psychiatre traitant dans son rapport du 8 octobre 2020, ayant nécessité l'hospitalisation de l'intéressée à Cery, force est de constater qu'il s'agit d'un épisode postérieur à la décision entreprise, de sorte qu'il ne saurait en être tenu compte. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). Il appartient donc, le cas échéant, à l'assurée de déposer une nouvelle demande de prestations.

Il convient toutefois de relever que cet épisode dépressif justifierait une incapacité de travail pour la seule durée de l'hospitalisation, du 22 au 25 septembre 2020 (cf. rapport d'hospitalisation du 12 octobre 2020), ce qui n'est pas suffisant. Au demeurant, le diagnostic posé lors de ce séjour est celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, ce qui n'atteste pas d'un état de santé différent de celui décrit dans les rapports d'expertise ayant fondé les conclusions de la décision litigieuse.

ii) Sous l'angle somatique, la recourante invoque des céphalées chroniques, ainsi que des troubles du sommeil qui n'auraient pas été instruits par l'OAI. Il convient de relever que la seconde demande de prestations datant de 2017 ne mentionne qu'une atteinte psychique et un seul médecin traitant, le F._____. L'office intimé n'avait par conséquent aucune raison de compléter l'instruction sous l'angle somatique. En tout état de cause, les pièces médicales au dossier produites par la partie

recourante relatives aux atteintes somatiques, qui sont pour la plupart anciennes et antérieures à la deuxième demande de prestations, ne font état d'aucune évolution négative sur le plan somatique et n'attestent d'aucune incapacité de travail.

S'agissant de la chute survenue en février 2020, elle n'a eu aucune conséquence et les résultats des examens effectués sont rassurants. On relèvera encore que dans le rapport d'hospitalisation du CHUV du 12 octobre 2020 mentionne que la recourante est en bonne santé sur le plan somatique et n'a pas de plaintes au cours de son hospitalisation.

Il n'a ainsi pas été question d'éléments somatiques ayant un impact sur la capacité de travail avant le rendu de la décision litigieuse, le psychiatre traitant relevant même des « *problèmes somatiques mineurs* » dans son rapport du 24 octobre 2018. Il convient en outre de rappeler que si la recourante avait effectivement eu un problème à la cheville gauche par le passé, il avait fait l'objet de la précédente demande de prestations AI qui avait conclu à une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, activité que l'intéressée a pourtant reprise à 100 %.

Sur la base de ces éléments, on ne peut donc conclure à une diminution de l'exigibilité du fait de troubles somatiques.

8. Sur le plan médical, le dossier apparaît suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. On ne voit pas, à tout le moins, en quoi l'expertise médicale requise par la recourante (cf. mémoire de recours du 18 mai 2020) permettrait d'éclaircir davantage l'état fait. Sous cet angle, il y a donc lieu de renoncer à de plus amples investigations, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

9. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 mars 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- R. _____,
- 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 :