

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 mai 2019

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Monod et Mme Pelletier, assesseurs  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Procap,  
Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 et 53 al. 1 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.**        **a)** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, travaillait en qualité de coiffeuse indépendante depuis 2004 à 50% environ, lorsqu'elle 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) le 6 janvier 2011, invoquant des problèmes cardiaques et psychiques.

L'assurée avait en effet été hospitalisée du 1<sup>er</sup> au 8 avril 2010, pour un infarctus du myocarde STEMI (avec sus-décalage du segment ST à l'électrocardiogramme) inféro-postérieur droit sur occlusion de la coronaire droite. Les diagnostics secondaires d'hypercholestérolémie et de thrombophlébite sur le site du Venflon au dos de la main droite avaient été posés et un état anxio-dépressif, un éthyliste chronique ainsi qu'un tabagisme actif avaient été retenus comme comorbidités.

Par décision du 1<sup>er</sup> février 2011 de la Justice de Paix du district du Jura - Nord vaudois, l'assurée a été mise sous curatelle volontaire.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a mis en œuvre une enquête économique pour les indépendants au domicile de l'assurée, qui s'est déroulée le 24 avril 2012. Dans son rapport du 15 mai 2012, l'enquêteur a fixé un statut de personne active à 80 %. Une enquête économique sur le ménage a également été effectuée et a donné lieu à un rapport du 8 août 2012, dans lequel l'enquêteur a conclu à des empêchements de 5% liés aux emplettes et courses diverses dans la part ménagère fixée à 20%.

L'OAI a également ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport d'expertise du 25 septembre 2012, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'état anxieux d'intensité légère à moyenne (F41.11) avec tendances phobiques et d'accentuation de certains traits de la personnalité, en l'occurrence une

personnalité anxieuse-évitante (Z73.1). Il a retenu le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de dysthymie (F34.1). Ce médecin a en particulier mentionné que la plupart des facteurs psychiques n'avaient pas d'impact majeur sur la capacité de travail de l'assurée. Selon ce médecin, il y avait d'abord eu un trouble de l'adaptation avec une incapacité de travail de 80%, puis une évolution dégressive vers une incapacité de travail de 20% au moment de l'expertise. En raison d'éléments contextuels, l'expert a retenu en définitive une première phase de troubles de l'adaptation avec une incapacité de travail de 80%, une deuxième phase avec une incapacité de travail de 60% et ensuite une évolution vers une incapacité de 20% au jour de l'expertise. Ce médecin a également retenu au plan psychique et mental une légère lenteur, de l'anxiété sous différentes formes et, au plan social, une tendance à l'évitement. Enfin, l'existence de ressources chez l'assurée a été retenue.

Dans un avis du 23 janvier 2013, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin au sein du Service médical régional de l'AI (SMR), a retenu, en se fondant sur le rapport d'expertise du 25 septembre 2012 du Dr S.\_\_\_\_\_, une incapacité de travail de 100% de l'assurée jusqu'en octobre 2010, de 80% depuis lors jusqu'en mars 2012, de 60% d'avril 2012 au 24 septembre 2012 et de 20% dès le 25 septembre 2012. En définitive, l'assurée présentait une capacité de travail de 80% aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles évoquées par l'expert S.\_\_\_\_\_.

Une nouvelle expertise a été réalisée le 17 février 2014 par le Dr S.\_\_\_\_\_ dans le cadre du dossier d'assurance perte de gain de l'assurée auprès de la Z.\_\_\_\_\_SA. Ce médecin a retenu les diagnostics de dysthymie (F 34.1), d'état anxieux à intensité légère avec anxiété épisodique paroxystique (F41.1 et F41.0) et d'accentuation de certains traits de personnalité, avec en l'occurrence une personnalité anxieuse-évitante (Z73.1). L'expert a en revanche constaté l'absence de critères pour un état dépressif clinique ou décompensé, en expliquant ce qui suit :

« Il ressort ici avec clarté que nous ne nous trouvons pas dans un état dépressif cliniquement défini. On retrouve de ce fait tout à fait

la confirmation de notre diagnostic antérieur de dysthymie. Alternativement, on pourrait aussi parler d'un éventuel état dépressif compensé. Notons en parallèle aussi que l'expertisée elle-même n'avait pas la notion d'être déprimée ou dépressive.

Pour ce qui concerne l'anxiété, les descriptions des crises sont restées assez vagues, assez somatisées, diffuses et circonscrites. Elle a parlé d'une crise par jour, mais avait de la peine à être concrète. Nous avons vu qu'il n'y avait pas d'inhibitions en principe dans ses activités. Là aussi, nous nous trouvons de ce fait très proches aux appréciations de 2012. Comme son psychiatre traitant, nous avons utilisé le même diagnostic d'un état anxieux (F41.1). Il est ici indispensable de déterminer aussi son intensité :

Nous avons aussi constaté que l'assurée est restée assez passive et dans un déconditionnement social partiel. Bien qu'elle ait des propositions, des possibilités aussi, bien qu'elle sache qu'avec la confrontation régulière à certaines situations difficiles, l'anxiété diminue, elle n'a pas fait le choix d'une modification de son quotidien et de ses activités. Ceci lui appartient, mais ne peut pas être mis sur le compte d'une maladie. En analogie à ces réflexions, elle sait au plus tard depuis 2010 à quel point la consommation de cigarettes est nocive pour la santé et à quel point l'arrêt est dans son propre intérêt, mais elle préfère continuer.

Il s'agit certes d'une personnalité qui a un manque d'affirmation, qui est dans une certaine solitude, mais qui n'a pas de problématique de personnalité pathologique. Il s'agit d'une variante de normalité, d'un destin avec élément de vie adverse. On peut emphatiquement comprendre que sa situation actuelle et sur le marché du travail est difficile, mais tout ceci appartient aux facteurs extra-médicaux. On peut les résumer de la manière suivante :

- problèmes liés au marché du travail,
- facteurs financiers et sociaux,
- âge,
- plaintes relatives aux symptômes,
- appréciations subjectives. »

Au niveau des ressources de l'assurée, le Dr S.\_\_\_\_\_ a mentionné que celle-ci avait la capacité de conduire un véhicule et d'utiliser les transports publics, qu'elle ne présentait pas d'inhibition anxieuse de principe pour faire les commissions ou autres actes quotidiens, qu'elle avait des contacts sociaux pratiquement tous les jours ayant un petit réseau social et qu'elle avait repris une activité physique (nordic walking). Il a encore précisé que la situation était très proche de celle constatée en 2012 mais qu'il existait une légère amélioration par rapport à avant. Ainsi, en tenant compte de la légère fatigabilité émotionnelle et sans tenir compte des facteurs extra-médicaux, il est parvenu à la conclusion qu'il existait une diminution de rendement globale dans ses activités de 20% avec une capacité de travail médico-théorique entière. Enfin, le pronostic quant à la reprise d'une activité dépendait de la

motivation et du dépassement des facteurs extra-médicaux, la capacité de travail étant identique dans toute activité. Le traitement pris par l'assurée était le suivant : tranxilium 5 mg, 1cp/matin, Fluoxetine 20 mg, 1c/matin, Lisitril 5 mg, 1c/matin, Meto Zerok 50, 1c/matin, Simcora 20, 1c/matin, Aspirine Cardio, 1c/matin, Anxiolit, occasionnellement, et Tranxilium, occasionnellement en plus.

Par décision du 20 mars 2014, l'assurée a été mise au bénéfice de trois quart de rente du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 30 juin 2012, puis d'un quart de rente du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2012.

**b)** Le 25 novembre 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en faisant valoir un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen et syndrome somatique, une anxiété généralisée, une dépendance à l'alcool, précisant être actuellement abstinente, ainsi qu'une phobie sociale. La Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée, indiquait, dans un rapport du 16 septembre 2014 annexé à la demande, que le pronostic était très réservé en raison de la chronicité et de la rechute importante d'alors. Une incapacité de travail de 50% de janvier 2013 au 15 septembre 2014, puis de 100% depuis lors jusqu'en février 2015 et de 90% depuis lors a été attestée par le médecin précité.

Dans un formulaire de détermination du statut du 9 décembre 2014, l'assurée a précisé qu'elle exercerait une activité à 100% si elle n'était pas atteinte dans sa santé et qu'elle percevait une pension alimentaire de 800 fr. par mois, ce jusqu'au 31 décembre 2015.

Dans un rapport complémentaire du 17 mars 2015, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis son rapport du 16 septembre 2014. Elle précisait que la capacité de travail de celle-ci se situait entre 0% et 10% (variable selon l'état de santé) dans l'activité habituelle de coiffeuse et entre 30 et 40% dans une activité adaptée. L'assurée avait recommencé à travailler à 10% depuis mars 2015.

Le 18 août 2015, l'OAI, se fondant sur un avis médical du SMR du 24 juin 2015 qui lui-même s'appuyait sur le rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ du 17 février 2014, a adressé un projet de refus de rente et de reclassement à l'assurée, au motif qu'il n'y avait pas d'aggravation objective de l'état de santé de celle-ci depuis le 25 septembre 2012 et qu'elle conservait ainsi une capacité de travail de 80% tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par courrier du 8 septembre 2015, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité. Elle a complété son opposition le 25 novembre 2015, par l'intermédiaire de Procap, en faisant valoir notamment que le rapport d'expertise du 17 février 2014 ne se prononçait pas sur la période postérieure à cette date, que, partant, il y avait lieu de procéder à une instruction médicale complémentaire et que le statut de l'assurée devait être réévalué, en ce sens qu'une part active à 100% devait lui être reconnue.

En date du 3 juin 2016, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Elle décrivait une humeur labile, une anxiété quasi chronique, des évitements, des difficultés de mémoire et de concentration ainsi qu'une diminution du rendement et de la capacité d'organisation.

Dans un rapport du 23 juillet 2016, la Dresse X.\_\_\_\_\_ s'est référée à l'aggravation psychique signalée en 2014 qui présentait une péjoration de l'anxiété avec une incapacité à sortir du domicile le matin ainsi que des nausées et vomissements. Elle précisait que l'humeur était fortement instable avec une tristesse et une irritabilité et qu'il y avait un risque sérieux d'une rechute alcoolique.

Afin d'établir l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée depuis l'expertise psychiatrique réalisée en 2014, une nouvelle expertise psychiatrique a été mise en œuvre le 4 décembre 2017 auprès du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée s'étant opposée à la désignation du Dr S.\_\_\_\_\_ en qualité d'expert. Dans

son rapport du 15 décembre 2017, le Dr J. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif (F41.2) présent depuis 2008 et de trouble mixte de la personnalité (personnalité dépendante et anxieuse évitante) présent depuis le début de l'âge adulte (F61.0). Il a en outre exposé ce qui suit :

« Probablement que le Dr S. \_\_\_\_\_, au cours de ses deux rencontres avec l'assurée, toutefois à distance de 2 ans l'une de l'autre, a noté la présence simultanée de plusieurs symptômes qui renvoyaient au passé à différents diagnostics. Alors, il parle de dysthymie pour pouvoir classer les symptômes dépressifs, il parle de phobie de (sic) sociale ou de trouble anxieux généralisé pour pouvoir classer les symptômes anxieux, et encore il attribue la fatigue relatée par l'assurée et la lenteur dans les mouvements objectivée par lui-même à la pathologie cardiaque sous-jacente.

Mais à mon avis, tous ces symptômes que je viens d'énumérer, bien que présents, font tous parti (sic) du tableau clinique d'un seul diagnostic qui est celui dont l'expertisée souffre depuis 2008, notamment le début de la procédure de divorce avec son ex-mari : le **Trouble mixte anxieux et dépressif**. Et, encore ce diagnostic va se greffer sur une Personnalité de base dépendante et anxieuse évitante qui s'est décompensée à la même occasion et pour les mêmes raisons. Les deux diagnostics susnommés seraient donc strictement liés entre eux et ce qui empêcherait la résolution complète de l'épisode anxieux et dépressif serait - en premier lieu - un traitement médicamenteux visiblement inefficace mais aussi le trouble de personnalité prémorbide qui fonctionne actuellement avec le recours à des mécanismes de défense archaïques complètement dysfonctionnels.

[...]

Sur la base de l'ensemble des informations à disposition, je peux affirmer que l'état de santé de Madame Q. \_\_\_\_\_ s'est modifié de façon importante depuis 2008.

[...]

**On peut donc affirmer sans aucun doute qu'actuellement le syndrome clinique, qui a fait son apparition en 2008 sous forme d'un trouble de l'adaptation réaction mixte anxieux dépressif s'est désormais cristallisé et transformé en un trouble mixte d'anxiété et dépression.** Il s'agit d'une pathologie psychiatrique partiellement invalidante, surtout si, comme dans le cas de l'expertisée, elle est associée à une personnalité de base anxieuse et dépendante actuellement décompensée.»

L'expert a encore mentionné que du point de vue psychiatrique, l'assurée était actuellement apte à bénéficier de mesures de réadaptation et de réinsertion professionnelle à un taux initial de 50%, qui pourrait être

amélioré par la suite, une fois qu'un traitement psychotrope efficace serait mis en place de même qu'un suivi intensif à l'hôpital de jour. Il a ainsi conclu à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de coiffeuse, sans aucune diminution de rendement, dès lors que l'assurée ne présentait pas de limitation fonctionnelle sur le plan technique ou physique afin d'accomplir sa profession. L'expert a précisé à cet égard que si la capacité de travail de l'intéressée n'était pas supérieure à 50%, c'était parce que celle-ci était très vulnérable à son environnement, un état de stress pouvant rapidement apparaître en raison de son incapacité à reconnaître ses propres ressources et à les utiliser. L'expert a encore indiqué que l'assurée était partiellement autonome, en ce sens qu'elle s'occupait de faire son ménage mais qu'elle bénéficiait d'une aide à domicile et qu'elle était capable de faire les courses, de préparer les repas, de conduire et de se déplacer avec son véhicule, précisant que celle-ci était au bénéfice d'une curatelle de gestion depuis 2011, dans la mesure où son ex-époux gérait auparavant la comptabilité du ménage. Celle-ci exerçait par ailleurs son activité de coiffeuse à 10%. Au niveau des ressources, l'expert a mentionné que l'assurée ne présentait pas de troubles cognitifs, que celle-ci savait solliciter l'aide de son entourage en cas de besoin et qu'elle se montrait ouverte à toutes sortes de soins proposés. Enfin, le traitement pris par l'assurée consistait en du Tranxilium 5 mg, 2x par jour, du Fluoxetine 20 mg, 1x par jour, de l'Anxiolit 15 mg, en réserve, du Lisitril 5 mg, 1cp le matin, du Meto Zerok, 1 cp le matin, du Simcora 20 mg, 1 cp le matin, ainsi qu'en de l'Aspirine Cardio 100 mg, 1 cp le matin.

Dans un avis du 26 février 2018, le SMR a retenu que l'instruction médicale complémentaire avait montré une stabilité de la situation psychiatrique et somatique par rapport à janvier 2013 et que, par conséquent, il y avait lieu de retenir une capacité de travail de 80% dans toute activité. Il a également relevé que l'expert n'avait pas mentionné les limitations fonctionnelles qui lui faisaient retenir une capacité de travail de l'assurée de 50% et qu'il ne comprenait pas la raison d'une diminution de la capacité de travail de l'assurée, dès lors que la situation était restée inchangée.

Par courrier du 4 avril 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de Procap, s'est déterminée sur le rapport d'expertise du 15 décembre 2017. Elle a estimé qu'il n'y avait aucune raison objective de s'en écarter et qu'un complément d'informations pouvait être demandé à l'expert, s'agissant du degré d'invalidité depuis 2008, l'expert s'étant prononcé uniquement sur la capacité de travail de l'assurée au jour de l'expertise.

Dans un rapport complémentaire du 5 mai 2018, l'expert J.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'était pas en mesure de répondre à la question de l'appréciation de l'état de santé psychique et de la capacité de travail de l'assuré depuis 2008, dès lors qu'il ne connaissait pas l'expertisée avant la date de l'examen et qu'il s'était fondé sur les pièces médicales qui figuraient au dossier, renvoyant à cet égard à son rapport d'expertise du 15 décembre 2017.

Par avis du 22 mai 2018, le SMR a maintenu ses conclusions du 26 février 2018, en retenant une capacité de travail de l'assurée de 80% dans toute activité.

Par décision du 31 mai 2018, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à un reclassement et à une rente, au motif qu'aucune aggravation de l'état de santé de l'assurée n'avait pu être objectivée depuis le 25 septembre 2012. Un statut d'active à 100% a été retenu dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, de sorte que le degré d'invalidité s'élevait à 20% et n'ouvrait pas de droit à une rente. Dès lors que sa capacité de travail était de 80% dans toute activité, des mesures professionnelles ne se justifiaient pas.

**B.** Par acte du 5 juillet 2018, l'assurée a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'annulation de la décision attaquée et au versement d'une demi-rente d'invalidité postérieurement au 31 décembre 2012, respectivement au 25 novembre 2016 et, subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire puis nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle fait en substance valoir que le rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ du 15 décembre 2017 atteste bien une aggravation de son état de santé et que

dans l'hypothèse où une aggravation devait être niée par la Cour, il conviendrait de constater que les conditions d'une révision procédurale sont remplies. Elle soutient encore qu'une modification du statut (part active/part ménagère) constituerait en soi un motif de révision.

Par décision du 5 septembre 2018, la Juge instructrice de la Cour de céans a octroyé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 juillet 2018 sous la forme d'exonération d'avances et d'exonération des frais judiciaires, étant précisé que celle-ci était en outre dispensée du paiement de toute franchise mensuelle.

Par réponse du 2 octobre 2018, l'intimé, en se fondant en particulier sur l'avis SMR du 26 février 2018, propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, dès lors qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé de la recourante. Il relève par ailleurs que les conditions d'une révision procédurale ne sont pas remplies dans la mesure où le rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ ne mentionne aucun élément nouveau.

Par réplique du 25 octobre 2018, la recourante soutient que l'hypothèse d'une aggravation de son état de santé postérieurement à la dernière décision entrée en force doit être retenue. Elle produit à cet égard un rapport médical du 20 août 2018 de la Dresse X.\_\_\_\_\_, laquelle confirme une péjoration de l'état de santé psychique de la recourante depuis mars 2017, tout en rejoignant les observations du Dr J.\_\_\_\_\_ concernant l'évaluation de la capacité de travail, mais pas s'agissant de la médication.

L'intimé s'est déterminé le 15 novembre 2018, en se fondant sur un avis SMR du 6 novembre 2018 selon lequel l'aggravation, mentionnée par la Dresse X.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 août 2018, qui se serait manifestée depuis mars 2017 ne se retrouve pas dans le rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ datant de décembre 2017, si bien que le rapport de la psychiatre traitante de la recourante ne contient pas d'éléments susceptibles de modifier la capacité de travail.

## **E n d r o i t :**

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

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

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité en lien avec la nouvelle demande de prestations présentée le 25 novembre 2014, singulièrement sur le point de savoir s'il y a eu une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (art. 6 LPGA in fine).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. 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).

**c)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**4. a)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

En l'espèce, il s'agit donc de comparer les faits tels qu'ils prévalaient au moment de la dernière décision entrée en force, soit celle du 20 mars 2014, à l'issue de laquelle le droit à trois quarts de rente du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 30 juin 2012, puis d'un quart de rente du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2012, a été octroyé à la recourante et la situation existant lors de la décision du 31 mai 2018.

**b)** Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA).

Sont nouveaux, au sens de la disposition précitée, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b).

**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 qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**6.** En l'espèce, si l'on considère le rapport d'expertise du 17 février 2014 du Dr S.\_\_\_\_\_, lequel a été rendu au moment de la décision initiale d'octroi d'une rente en faveur de la recourante, on constate que ce médecin avait retenu les diagnostics de dysthymie, d'état anxieux à intensité légère avec anxiété épisodique paroxystique et d'accentuation de certains traits de personnalité (en l'occurrence, une personnalité anxieuse-évitante). L'expert avait en revanche constaté l'absence de critères pour un état dépressif clinique ou décompensé.

Dans la mesure où l'évolution de l'état psychique de la recourante n'avait pu être établie à la suite des rapports médicaux de la Dresse X.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 25 novembre 2014, 17 mars 2015, 3 juin 2016 et 23 juillet 2016), une nouvelle expertise psychiatrique a été mise en œuvre. Dans son rapport du 15 décembre 2017, l'expert J.\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics un trouble anxieux et dépressif présent depuis 2008 ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité (personnalité dépendante anxieuse évitante) présent depuis le début de l'âge adulte. Il

précise à cet égard que le Dr S.\_\_\_\_\_ avait noté la présence simultanée de plusieurs symptômes qui renvoyaient au passé à différents diagnostics (il parlait en effet de dysthymie pour pouvoir classer les symptômes dépressifs, de phobie sociale ou de trouble anxieux généralisé pour pouvoir classer les symptômes anxieux et attribuait la fatigue et le lenteur des mouvements à la pathologie cardiaque sous-jacente). Or ce médecin explique qu'à son avis, tous les symptômes précités font partie d'un tableau clinique d'un seul diagnostic présent chez la recourante depuis 2008, soit celui de trouble mixte anxieux et dépressif, qui se greffe sur une personnalité de base dépendante et anxieuse évitante.

Force est ainsi de constater que les diagnostics posés par les deux experts ne diffèrent pas fondamentalement.

C'est en revanche l'appréciation des effets des atteintes psychiques sur la capacité de travail de la recourante qui est différente, le premier expert retenant une incapacité de travail de 20% dans toute activité, confirmant ainsi l'évaluation effectuée dans son rapport d'expertise du 25 septembre 2012, précisant que la diminution de rendement était due à une légère fatigabilité émotionnelle de la recourante, et l'autre expert, concluant à une incapacité de travail de 50%, sans diminution de rendement, à compter du jour de l'expertise, soit dès le 15 décembre 2017. Dès lors que l'expert J.\_\_\_\_\_ avait évalué la capacité de travail de l'assurée uniquement au jour de l'expertise, l'intimé lui a demandé de préciser quelle était l'évolution de cette capacité de travail depuis 2008. Or l'expert J.\_\_\_\_\_ n'a pas été en mesure d'expliquer l'évolution de la capacité de travail entre 2008 et la date de l'expertise, respectivement l'augmentation de l'incapacité de travail de 20% à 50%, se limitant à indiquer qu'il devait pour ce faire se référer aux pièces médicales existantes au dossier. Dans un courrier du 4 avril 2018, la recourante admet elle-même que l'on ne peut parler *stricto sensu* d'une aggravation de son état de santé, en se référant précisément au rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_. Selon l'expert, si la capacité de travail est de 50%, c'est parce qu'un état de stress peut rapidement apparaître en raison de l'incapacité de la part de l'assurée à reconnaître ses propres

ressources et à les utiliser. Il ne retient cependant pas d'autres limitations fonctionnelles. Quant aux observations cliniques faites par l'expert J.\_\_\_\_\_, elles rejoignent celles du Dr S.\_\_\_\_\_. Le Dr J.\_\_\_\_\_ relève en particulier que la recourante est techniquement capable d'effectuer chaque tâche ménagère, dès lors qu'elle ne présente aucune limitation physique ou pathologique psychiatrique. L'expert J.\_\_\_\_\_ précise toutefois que la recourante bénéficie d'une aide au ménage depuis 2016, en raison d'un manque de motivation. Les seules autres tâches pour lesquelles elle a besoin d'aide sont les tâches administratives, ce qui a du reste toujours été le cas, raison pour laquelle une curatelle de gestion a été instaurée. L'expert J.\_\_\_\_\_ relève que la recourante dispose de ressources internes et externes. En effet, l'entourage de celle-ci est soutenant, elle a repris le travail à 10%, elle se montre très ouverte à toute sorte de soins et elle ne présente pas de troubles cognitifs. L'expert mentionne par ailleurs la présence de facteurs étrangers influençant les capacités fonctionnelles professionnelles de la recourante mais souligne qu'il n'y a pas de limitations au niveau de l'entretien de sa personne, de son entourage, des loisirs et des activités sociales. Le traitement suivi par la recourante n'a en outre pas changé. Selon l'expert, l'activité de coiffeuse exercée à titre indépendant est un métier adapté à la recourante dès lors qu'il permet de lui éviter au maximum un état de stress. En définitive, l'aggravation de l'état de santé de la recourante n'a pas été établie au degré de la vraisemblance prépondérante, l'expert J.\_\_\_\_\_ ayant procédé à une simple appréciation différente d'un même état de fait, sans être en mesure de justifier cette différence d'appréciation. Son rapport ne suffit ainsi pas à remettre en cause l'appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_, dont le rapport du 17 février 2014 remplit, au demeurant, tous les réquisits jurisprudentiels (cf. consid. 5b *supra*) pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Celui-ci contient en effet une anamnèse détaillée, tient compte du contexte médical et fait état des plaintes de la recourante. En outre, la situation médicale y est clairement définie et les conclusions y sont suffisamment motivées.

On relèvera encore que le rapport de la Dresse X.\_\_\_\_\_ du 20 août 2018 ne donne pas non plus matière à remettre en cause

l'S.\_\_\_\_\_. La Dresse précitée évoque une péjoration de l'état de santé psychique de la recourante depuis mars 2017, en précisant que cette péjoration est essentiellement due au trouble de la personnalité. Or ce trouble est connu à tout le moins depuis 2012 et l'expert J.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté une aggravation de ce trouble dans son rapport du 15 décembre 2017. Le rapport de la psychiatre traitante n'apporte ainsi pas d'élément nouveau.

Il n'existe donc pas, sur le plan psychique, de motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, ni au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a refusé à la recourante le droit à une rente ainsi qu'à un reclassement sur la base d'un taux d'invalidité de 20%.

**7.** La recourante soutient que la modification du statut (part active/part ménagère) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 constitue en soi un motif de révision.

En l'espèce, l'OAI avait retenu une part active de 80% et une part ménagère de 20% dans sa décision initiale d'octroi de rente du 20 mars 2014. La recourante a déposé une nouvelle demande de prestations le 25 novembre 2014. Un formulaire de détermination du statut a ainsi dû être rempli par l'intéressée. Celle-ci a indiqué qu'elle exercerait une activité à 100% si elle n'était pas atteinte dans sa santé et qu'elle percevait une pension alimentaire de 800 fr. par mois, ce jusqu'au 31 décembre 2015. Dans son projet de refus de rente du 18 août 2015, l'OAI s'est référé au rapport d'enquête ménagère du 8 août 2012 en considérant que le taux d'activité de la recourante en bonne santé était de 80%, le 20% restant étant consacré à la tenue du ménage. A la suite de ce projet de refus, la recourante a attiré l'attention de l'OAI sur le fait qu'elle ne percevrait plus de pension alimentaire dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, comme indiqué dans le formulaire de détermination du statut du 9 décembre 2014, et qu'il fallait ainsi tenir compte d'un statut d'active à 100% à compter de cette date. L'OAI a précisément tenu compte de cet élément dans sa décision de refus de rente du 31 mai 2018, en concluant à un taux

de capacité de travail de 80% et, partant, à une incapacité de travail de 20%. Il n'y a ainsi pas lieu d'y revenir au stade du recours.

**8.** Le dossier étant complet, permettant ainsi au tribunal de statuer en pleine connaissance de cause, d'autres mesures d'instructions, telles que requises à titre subsidiaire par le recourant, ne se révèlent pas nécessaires.

**9. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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 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 (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 n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant 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 31 mai 2018 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 laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

**IV.** 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 de justice mis à la charge de l'Etat.

**V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap, Service juridique (pour Q. \_\_\_\_\_),
- 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 :