

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 novembre 2019

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Pasche et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,  
avocate au sein d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1955, sans formation professionnelle, ayant effectué un premier séjour en Suisse de 1983 à 1997, est revenue dans ce pays en 2004 et y dispose d'une autorisation d'établissement. Mère d'un fils né en 1994, séparée de fait en 2008 puis officiellement en 2009, elle est devenue veuve en 2012. Sur le plan professionnel, l'assurée a travaillé dès le 17 mars 2006 pour l'entreprise C.\_\_\_\_\_ SA, dans le secteur de l'entretien. En date du 15 mars 2011, elle a été licenciée avec effet au 31 mai 2011, pour cause de réorganisation. L'intéressée ayant été mise en arrêt de travail à 100 % dès le 17 mars 2011, le délai de congé a conséquemment été reporté pour finalement échoir le 30 novembre 2011.

En date du 10 octobre 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), invoquant une maladie psychique. Elle a ultérieurement complété sa demande en indiquant que, bien portante, elle aurait travaillé dans le domaine du nettoyage à 100 % depuis mars 2006 (cf. formulaire 531<sup>bis</sup> du 3 novembre 2011).

Le 12 octobre 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) s'est vu communiquer le dossier de l'assureur perte de gain Y.\_\_\_\_\_. Il en est notamment ressorti que le cas avait initialement été annoncé à cet assureur pour des problèmes de dos. Y.\_\_\_\_\_ avait ensuite interpellé le médecin généraliste traitant de l'assurée, le Dr L.\_\_\_\_\_, lequel avait fait mention le 29 juin 2011 d'un diabète sucré de type II, d'une périarthrite scapulo-humérale avec rupture du tendon sub-scapulaire et d'une dépression, avec une entière incapacité de travail attestée depuis le 17 mars 2011. L'assureur perte de gain s'était également adressé au Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui avait posé le 9 septembre 2011 un diagnostic d'épisode dépressif sévère avec une entière incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011, précisant que l'intéressée avait déjà connu un épisode dépressif en 2008 sur séparation de couple.

Dans un rapport du 15 novembre 2011, le Dr P. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de « F33.2 » depuis 2008 et opération de l'épaule gauche. Il a précisé que l'assurée, qu'il suivait depuis le 20 mai 2011, présentait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité de nettoyeuse depuis cette même date, respectivement depuis mars 2011 selon le Dr L. \_\_\_\_\_. Il a fait mention de restrictions psychiques au niveau de la résistance et de l'adaptabilité, lesquelles se manifestaient par des pleurs, de la déconcentration, de l'absentéisme et un rendement très réduit. Enfin, le Dr P. \_\_\_\_\_ a considéré qu'une activité professionnelle était encore possible à 50 % en fonction de l'évolution.

Par rapport du 12 décembre 2011, le Dr L. \_\_\_\_\_ a notamment relevé que l'assurée avait été opérée à l'épaule gauche (ténotomie du long chef du biceps) le 30 septembre 2011.

Sur mandat d'Y. \_\_\_\_\_, l'assurée a fait l'objet d'une expertise auprès du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 27 février 2012 faisant suite à un examen du 24 février précédent, l'expert a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, en forte rémission (F33.2). L'expert a plus particulièrement indiqué que le Dr P. \_\_\_\_\_ avait observé des symptômes correspondant à un épisode dépressif sévère en mai 2011 mais que, lorsque lui-même avait examiné une première fois l'intéressée en octobre 2011, celle-ci se trouvait déjà en rémission partielle et que la rémission était actuellement prononcée au vu des symptômes résiduels, à savoir une tristesse chronique et des troubles du sommeil. Il a ajouté que l'incapacité de travail pour raison psychiatrique, de 50 % en octobre 2011 compte tenu du trouble dépressif en rémission partielle, était désormais nulle vu l'amélioration de l'état de l'expertisée et la modicité des troubles résiduels.

Toujours sur mandat d'Y. \_\_\_\_\_, l'assurée a fait l'objet d'une expertise réalisée par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Aux

termes de son rapport du 20 juillet 2012, ce dernier a notamment exposé ce qui suit :

« **Diagnostics**

Douleurs de l'épaule droite sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec forte suspicion d'une rupture transfixiante du tendon supra-épineux et bursite sous-acromio-deltoïdienne due à un conflit sous-acromial.

Status après chirurgie arthroscopique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche en septembre 2011 avec un bon résultat fonctionnel et antalgique.

Lombalgies chroniques associées à des troubles dégénératifs et des hernies discales avec une probable tendinobursite trochantérienne droite.

Obésité avec IMC de 34.2m<sup>2</sup>.

Gonalgies bilatérales avec suspicion d'une légère gonarthrose bilatérale.

**Conclusions et réponses aux questions posées**

[...]

**2. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans la profession actuelle ?**

La capacité de travail dans un emploi de nettoyeuse est actuellement de 0 %. Il est difficile de se prononcer quant à l'avenir, mais je doute qu'avec un traitement conservateur il y ait une amélioration de la situation au niveau de l'épaule droite. Il est possible qu'après une chirurgie, il subsiste une capacité de travail partielle dans ce type d'emploi. J'ai toutefois beaucoup de doutes quant à la possibilité de prendre un emploi dans ce domaine. En ce qui concerne les lombalgies et les douleurs du membre inférieur droit, il est possible que la capacité de travail s'améliore avec de la physiothérapie, une perte pondérale et une infiltration paratrochantérienne droite avec un corticoïde.

**3. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans un profession adaptée à l'handicap [...] ?**

Dans un emploi adapté (pas de station debout plusieurs heures par jour, pas de mouvements répétitifs de la colonne lombaire, pas de travail en porte-à-faux de la colonne lombaire, pas de ports de charges répétés de plus de 5 à 10 kg, pas de travaux prolongés avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale...), la capacité de travail peut être évaluée à 50 % avec d'importants risques de nouvelles périodes d'incapacité de travail à 100%. On peut envisager qu'avec une chirurgie de l'épaule droite, une perte pondérale significative, après une physiothérapie active pour la colonne lombaire, la capacité de travail dans un emploi adapté augmente à plus de 50 % pour éventuellement atteindre 100 %. Le pronostic me paraît toutefois assez sombre au vu du nombre d'atteintes. Je pense donc qu'il sera difficile d'atteindre une capacité de travail supérieure à 50 % dans un emploi adapté. Comme emploi adapté, on peut envisager un travail de bureau, un emploi de téléphoniste, un poste de surveillance sur écran vidéo par exemple.

[...] »

Le 27 septembre 2013, l'assurée a été opérée à l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ pour une lésion massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Par retour de courrier non daté (indexé le 14 mars 2014) faisant suite à un questionnaire de l'OAI du 17 février 2014, les médecins de cet établissement ont signalé une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, respectivement de 80 % dans une activité adaptée selon la prochaine consultation à trois mois.

Interpellé par l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué le 28 juillet 2014 que l'état de l'assurée s'était aggravé depuis janvier 2014, en lien avec le diagnostic incapacitant de « F33.2 ». Il a également mentionné une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 20 mai 2011, avec des limitations fonctionnelles dues aux difficultés psychiques (importante apathie, manque de l'élan vital, difficultés mnésiques au niveau de la mémoire, perte de confiance en elle-même, pleurs, dévalorisation, situations de blocage).

En date du 17 septembre 2014, le Dr H.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique à l'Hôpital S.\_\_\_\_\_, a informé l'OAI des suites de l'intervention de 2013, en ce sens que l'assurée avait encore des douleurs, une raideur et un déficit de force. Une pleine capacité de travail était retenue dans l'activité habituelle six à huit mois après l'opération, respectivement six mois après l'intervention s'agissant d'une activité adaptée. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a en outre précisé avoir attesté une incapacité de travail à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2014.

Dans un rapport du 28 octobre 2014, le Dr P.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée présentait depuis plusieurs années une affection mentale [recte : psychique] fortement invalidante et que son état se péjorait régulièrement malgré un suivi médicale permanent et un traitement médicamenteux *lege artis*. Selon le psychiatre, l'état actuel de la patiente n'était pas compatible avec l'exercice d'une quelconque activité professionnelle ou formation.

A teneur d'un rapport du 29 juillet 2015, le Dr P. \_\_\_\_\_ a fait état de plusieurs épisodes dépressifs récurrents sévères sans symptômes psychotiques (F33.2), séparés par de brèves périodes de rémission de quelques mois, en lien avec un conflit familial chronicisé toujours en cours. Il a précisé que, malgré une prise en charge psychiatrique intensive et un traitement antidépresseur récemment modifié, il y avait une persistance des symptômes dépressifs sévères avec des limitations fonctionnelles significatives (agoraphobie, isolement affectif et social total, troubles de la concentration très importants, ralentissement psychomoteur sévère, tristesse significative avec anhédonie et aboulie, difficultés à faire le ménage et score de 41 à l'échelle de dépression de Hamilton). Cette rechute s'inscrivait dans le contexte de l'épisode dépressif récurrent sévère caractérisé par des rechutes dépressives entrecoupées de rémissions partielles correspondant à des épisodes dépressifs légers - tel que diagnostiqué par l'expert T. \_\_\_\_\_. L'incapacité de travail était considérée comme totale, malgré un traitement adéquat.

Dans un rapport du 4 septembre 2015, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir examiné l'assurée à plusieurs reprises courant 2015. Il a retenu un diagnostic de « F33.2 » avec un mauvais pronostic et signalé des limitations fonctionnelles similaires à celles décrites par son confrère P. \_\_\_\_\_.

Par rapport du 18 septembre 2015, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir vu l'assurée ponctuellement depuis le 7 mai 2015, durant les absences du Dr P. \_\_\_\_\_. Il a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail d'épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), objectivé le 7 mai 2015, et signalé l'atteinte sans répercussion sur la capacité de travail de traits de personnalité non spécifiés (Z73.1), depuis 18 ans. Il a signalé des limitations sous forme de troubles de la concentration, de ralentissement psychomoteur et d'isolement social et a fait mention d'une entière incapacité de travail, sans activité adaptée actuellement.

Sur mandat de l'OAI, l'assurée a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire au Centre [...] (ci-après : le Centre C.\_\_\_\_\_) à [...], où elle a été examinée par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Aux termes de leur rapport d'expertise du 15 mars 2016, les spécialistes du Centre C.\_\_\_\_\_ ont retenu des diagnostics incapacitants sous forme de cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et de gonalgies bilatérales sur troubles dégénératifs. A titre de diagnostics sans impact sur la capacité de travail, ils ont signalé un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec manifestation somatique (F33.11), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) dans un contexte de fibromyalgie, une cholécystectomie sur lithiase en 1985, une cure de varices aux membres inférieurs en 2005 (au Portugal), une hypothyroïdie substituée depuis 2005, une hypercholestérolémie traitée depuis 2005 et un diabète de type II depuis 2008 traité par régime seul. Sur le plan de l'exigibilité, les experts ont estimé qu'au vu des interventions subies aux deux épaules et des troubles dégénératifs de la colonne cervicale et lombaire, l'activité de nettoyeuse n'était pas exigible. Ils ont en revanche considéré qu'hormis des incapacités transitoires liées aux interventions sur les épaules, la capacité de travail avait toujours été entière - en rendement et en temps - dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir pas de travail les bras levés en hauteur, pas de soulèvement ou de port de charges itératif de plus de 5 kg, pas de mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical et/ou dorso-lombaire en flexion/extension/inclinaison de la nuque et/ou du tronc, possibilité de changer de position et pas de travail en position agenouillée ni avec des engins émettant des vibrations.

Les experts du Centre C.\_\_\_\_\_ ont plus particulièrement indiqué que l'examen était rigoureusement normal au niveau de la médecine interne et qu'il était dans les limites de la norme sur le plan neurologique. Sous l'angle rhumatologique, les experts ont noté des

douleurs chroniques séquellaires aux interventions des épaules subies en 2011 (épaule gauche) et 2013 (épaule droite), des cervico-dorso-lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs, des gonalgies bilatérales à prédominance droite sur troubles dégénératifs fémoro-patellaires, ainsi que des talalgies droites peu gênantes probablement sur éperon calcanéen. Ils ont par ailleurs évoqué un diagnostic de fibromyalgie et relevé la présence de 2/5 signes de non-organicité selon Waddell. Sur le plan psychique, les experts ont relevé l'absence de trait de personnalité pathologique ou d'organisation pathologique de la personnalité, décrivant une expertisée autonome et indépendante. Ils ont observé que l'examen objectivait une humeur dépressive d'intensité faible, sans troubles cognitifs, et que le traitement psychiatrique/psychothérapeutique suivi de manière continue depuis 2011 n'était pas intensif, l'intéressée n'ayant jamais séjourné en hôpital psychiatrique ou été admise en centre de crise. Ils ont en outre indiqué que le taux plasmatique de Cymbalta (605 nmol/l) était supérieur à la fourchette thérapeutique (100-400 nmol/l). Relevant par ailleurs que l'assurée se décrivait comme douloureuse, fatiguée et triste, avec un certain sentiment de détresse non expliqué par les processus physiologiques ou par un trouble psychique dans un contexte de conflit émotionnel, les experts du Centre C.\_\_\_\_\_ ont conclu à un syndrome douloureux somatoforme persistant avec un tableau fibromyalgique. A cet égard, ils ont précisé que l'intéressée avait toutefois la capacité d'initier des actions et de les conduire à leur terme de façon cohérente et adaptée. Ils ont par ailleurs relevé que l'affection psychosomatique n'était pas associée à un autre trouble psychiatrique sévère, qu'il n'y avait pas d'organisation pathologique de la personnalité et que l'on ne trouvait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, ni de perte de l'intégration sociale ou d'échec des traitements ambulatoires ; l'assurée, qui avait pu migrer, n'avait de surcroît pas vécu de manques ou d'agressions et avait réussi à conserver et développer son rôle de mère dans un contexte de couple compliqué, tout en se montrant résiliente après son veuvage. Pour les experts, ces éléments démontraient la présence de ressources personnelles. Ils ont par ailleurs relevé l'absence

de facteurs d'exagération ou de divergences, et ont souligné la capacité de l'assurée à être fonctionnelle.

Aux termes d'un rapport d'examen du 4 avril 2016, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), se sont ralliés à l'appréciation des experts du Centre C.\_\_\_\_\_.

En date du 14 juin 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de reclassement et de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'intéressée présentait une capacité de travail considérablement restreinte depuis le 17 mars 2011, qu'elle n'était plus à même d'exercer son activité habituelle à l'issue du délai d'attente d'une année, au 17 mars 2012, mais qu'elle conservait en revanche une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Procédant à l'évaluation théorique de la capacité de gain, l'OAI a exposé que la comparaison des revenus sans et avec invalidité (de respectivement 46'900 fr. et 46'297 fr. 01) mettait en évidence une perte de gain 192 fr. 99, équivalant à un degré d'invalidité de 0,42 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. En outre, des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être puisque l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assurée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Par compte-rendu du 28 juin 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que l'état de santé psychique de l'assurée s'était aggravé.

Dans un rapport du 4 juillet 2016 adressé au SMR, le Dr P.\_\_\_\_\_ a souligné que contrairement à ce qui ressortait de l'expertise du Centre C.\_\_\_\_\_, l'assurée était aidée tous les jours dans son quotidien par ses proches et se trouvait dans un état d'incapacité psychique totale depuis le décès de son mari en 2012. A cela s'ajoutait qu'elle s'exprimait mal en français, que ses capacités cognitives étaient faibles et qu'elle pouvait affirmer que tout allait bien afin de ne pas accabler ses interlocuteurs. En effet, pour que l'assurée puisse

véritablement montrer l'ampleur de son désarroi, de sa tristesse et de son désespoir, il était nécessaire de lui donner un espace adapté car, dans le cas contraire, elle ferait « *bonne figure* ».

Par acte du 7 septembre 2016, l'assurée, sous la plume de son conseil, a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Pour l'essentiel, elle a contesté l'expertise du Centre C.\_\_\_\_\_ et fait valoir que les autres avis médicaux au dossier avaient été écartés à tort. Elle en a déduit qu'il y avait lieu de reprendre les investigations relatives à son état de santé. Elle a estimé qu'elle pouvait cependant prétendre à une rente entière d'invalidité dès le mois de mars 2012, rente qui s'avérerait temporaire ou non au terme des investigations demandées.

Dans un rapport du 6 octobre 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé que l'anamnèse retrouvait une thymie dépressive d'intensité moyenne à sévère depuis 1997 mais que, depuis le mois de mars 2011, il n'y avait plus eu d'intervalle libre. Il a ajouté que l'anamnèse et l'examen clinique révélaient des traits de personnalité pathologique, une organisation pathologique de la personnalité, ainsi que des troubles mixtes de la personnalité anxieuse et dépendante. L'analyse des activités quotidiennes et sociales objectivait en outre une dépendance quasi-totale de l'assurée par rapport à son entourage, de même qu'une humeur déprimée (intensité moyenne) avec des troubles cognitifs associés. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a souligné que le traitement psychiatrique était continu depuis 2011 et que, si l'assurée n'avait jamais été hospitalisée, elle était en revanche régulièrement admise dans le centre de crise du cabinet. Il a ajouté que le taux plasmatique de Cymbalta se situait très en-dessus de la fourchette thérapeutique car la prescription (120 mg/j) était élevée en raison du désespoir de la patiente de ne pas se voir guérir. Il a estimé que le tableau clinique était compatible avec un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) - diagnostic qui devait être considéré comme incapacitant, le rendement étant nul. Il a également évoqué un syndrome douloureux somatoforme persistant qu'il a qualifié d'incapacitant avec un rendement nul. A cet égard, le Dr P.\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence de ressources personnelles, attendu que le trouble

psychosomatique était associé à un trouble dépressif, que l'on se trouvait en présence d'une organisation pathologique de la personnalité, que le processus maladif s'étendait sur plusieurs années, avec perte d'intégration sociale et échec des traitements ambulatoires, et que le rôle de mère et le deuil de la patiente étaient grandement compliqués par l'affection dépressive, avec un veuvage de nature pathologique.

Par avis médical SMR du 1<sup>er</sup> novembre 2016, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ ont maintenu les conclusions émises dans le rapport d'examen du 4 avril 2016. Ils ont plus particulièrement souligné que le Dr P. \_\_\_\_\_ ne démontrait pas une modification de l'atteinte depuis l'expertise mais contredisait les faits énoncés par les experts, lesquels avaient notamment évalué les ressources de l'assurée en se fiant aux dires de cette dernière.

Par décision du 8 février 2017, l'OAI a confirmé son projet du 14 juin 2016. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a de surcroît réfuté les objections de l'assurée.

**B.** Agissant par l'entremise de son conseil, Z. \_\_\_\_\_ a recouru le 13 mars 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation [recte : réforme] et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012. En substance, la recourante a fait valoir que l'expertise du Centre C. \_\_\_\_\_ divergeait sans explication des autres avis médicaux recueillis et devait en conséquence être écartée. Notamment, les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ avaient évalué sa capacité de travail au niveau somatique sans égard aux analyses respectives de l'expert N. \_\_\_\_\_ et du Dr H. \_\_\_\_\_. A cela s'ajoutait que les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ n'avaient fait aucun cas de l'avis des autres psychiatres consultés, qu'ils avaient écarté le caractère invalidant du trouble dépressif, qu'ils avait retenu à tort que le traitement mis en place par le Dr P. \_\_\_\_\_ n'était pas adéquat et qu'ils avaient évacué en six lignes l'analyse du trouble fibromyalgique. Cela étant, la recourante a argué qu'il n'était pas pour autant indispensable d'effectuer une nouvelle expertise : en effet, le dossier comprenait de

nombreux rapports médicaux démontrant qu'elle était en totale incapacité de travail depuis le mois de mars 2011 – que ce soit pour des raisons somatiques ou psychiques – et qu'une rente entière devait donc lui être servie à compter du 1<sup>er</sup> mars 2012.

Par décision du 15 mars 2017, la juge instructeur alors en charge du dossier a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 mars 2017 et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 20 avril 2017.

Par réplique du 28 avril 2017, la recourante a maintenu ses précédents motifs et conclusions.

Le 31 juillet 2018, Me Bourqui a indiqué qu'elle laissait au Tribunal de céans le soin de fixer l'indemnité en sa faveur.

**C.** Par avis du 28 août 2018, la juge instructrice a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Le mandat d'expertise a été confié à la Dre A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné la recourante les 6, 15, 17 et 27 mai 2019. L'experte a en outre pris contact avec les médecins traitants de la recourante (généraliste et psychiatre). Faisant part de ses conclusions dans un rapport du 3 juin 2019, l'experte A.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

"Au terme de mon investigation, je confirme chez Mme Z.\_\_\_\_\_ les diagnostics retenus par l'expertise du Centre C.\_\_\_\_\_ et des divers psychiatres l'ayant examinée, soit un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Le trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs légers à sévères avec une rémission entre les épisodes. Parfois, le trouble peut évoluer vers une dépression persistante, comme cela semble être le cas chez

l'expertisée. En effet, on relève chez Mme Z. \_\_\_\_\_ des épisodes dépressifs signifiés par son médecin généraliste jusqu'en 2011, qui n'ont pas nécessité de traitements spécifiques ou d'arrêt de travail, et qui aux dires de l'expertisée étaient d'intensité suffisamment légère pour n'y prêter que peu d'importance. En mai 2011, par contre, elle a sombré dans une dépression décrite comme sévère par ses médecins et par elle-même, qui n'a plus présenté d'intervalles libres de tout symptôme depuis lors. Cette chronicisation de la dépression permet de la qualifier de persistante.

Comme deuxième diagnostic j'abonde dans l'idée des experts du Centre C. \_\_\_\_\_ que Mme Z. \_\_\_\_\_ présente un syndrome douloureux somatoforme persistant, qui consiste en une ou des douleurs intenses et persistantes, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, douleurs qui ne sont pas entièrement expliquées par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui surviennent dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux importants. En effet, bien qu'elle présente de multiples atteintes somatiques avérées, une part des douleurs de l'expertisée paraît répondre à son organisation psychique. Il n'y a pas de claire cohérence entre ses problèmes somatiques et les douleurs ressenties, et ses douleurs sont variables d'un jour à l'autre, ce qui peut difficilement s'expliquer par une cause organique. Par contre, elle décrit une corrélation entre ses douleurs et son état de mal-être dans le sens d'une péjoration réciproque.

Avant de détailler plus précisément les pathologies de l'expertisée, il est important de mieux appréhender sa personnalité et ses ressources. Mme Z. \_\_\_\_\_ est une femme issue d'un milieu rural avec des croyances religieuses ou magiques qui figent le monde sans l'expliquer, dont la maturation intellectuelle a été interrompue précocement en raison d'un manque de scolarité, et dont l'enfance a rapidement été marquée par une grande affliction en lien avec les accidents de son père, puis les inquiétudes quant aux moyens de subsistance de la famille. C'est dans ce contexte de grande précarité que l'intimée a développé les bases de sa personnalité future.

Le Dr P. \_\_\_\_\_ évoque chez sa patiente une certaine rigidité psychique que j'observe aussi en entretien d'expertise, dans la manière qu'elle a de parler d'elle-même, de sa vie, d'autrui. Cette rigidité est probablement le reflet des carences de mentalisation de l'expertisée. En effet, elle n'a pas pu, en tant qu'enfant, se développer dans un milieu rassurant et harmonieux, en lien avec la précarité de la situation socio-financière de ses parents. Son éducation scolaire et culturelle a été très rudimentaire, quittant l'école à 10 ans pour aller travailler. Elle n'a pas pu développer des capacités de pensée ou de réflexion plus intellectuelles ou émotionnelles. D'un abord fruste, elle semble ne pas avoir accès à une élaboration psychique approfondie ou à son monde émotionnel. Bien qu'aucun indice clinique ne permette de suspecter un retard mental chez l'expertisée, le développement très rudimentaire de ses capacités intellectuelles engendre des capacités adaptatives limitées dès qu'elle doit sortir des schémas de fonctionnement dont elle a l'habitude. Venir à mon cabinet à [...], par exemple, lui paraissait difficilement surmontable, alors qu'aller jusqu'à [...] deux fois par semaine ne lui pose à priori pas de problèmes.

Les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ mentionnaient dans leur évaluation de Mme Z. \_\_\_\_\_ l'absence d'organisation pathologique de la personnalité, cette dernière ayant, selon eux, une bonne perception de soi et des autres et ne présentant pas d'impulsivité. Or, le Dr P. \_\_\_\_\_ de son côté, stipule que sa patiente présente un trouble mixte de la personnalité anxieuse et dépendante. [...] A mon sens, la rigidité psychique présente chez Mme Z. \_\_\_\_\_ ne suffit pas à retenir un diagnostic caractérisé de trouble de la personnalité. Elle a en effet démontré certaines capacités adaptatives lui permettant notamment d'avoir émigré en Suisse et de s'y être intégrée ; d'avoir maintenu des places de travail à satisfaction de ses employeurs ; elle a eu les compétences relationnelles nécessaires pour développer une vie sociétale, et a pu maintenir sur la durée une vie de couple même insatisfaisante, tout en pouvant avoir les ressources pour s'éloigner de son mari quand cela était devenu intolérable, soit en retournant au Portugal en 1997, ou pour demander une séparation en 2009. Toutefois depuis 2005, avec l'apparition de ses douleurs en lien avec ses problèmes physiques de dos, puis d'épaule, et enfin de genou, Mme Z. \_\_\_\_\_ a progressivement perdu l'étayage sur le corps qui lui a permis, depuis l'âge de 10 ans, de gagner sa vie et celle de sa famille. Elle a ainsi perdu petit à petit les fondements de sa capacité adaptative, devenant ainsi beaucoup plus angoissée à devoir s'appuyer sur autrui. Comprenant mal le monde qui l'entoure et ayant perdu ce qui faisait sa force, elle a projet[é] de plus en plus son mal-être sur l'extérieur. L'environnement en devient hostile et potentiellement dangereux pour elle. De fait, si je ne retiens pas de trouble de la personnalité au sens strict, j'estime que depuis 2005 environ et de manière encore plus marquée dès 2011, des traits de personnalité pathologiques sont progressivement venus à l'avant-plan, soit une rigidité psychique, une perte des capacités adaptatives et des aspects paranoïaques (sentiments d'injustice marqués et peu pondérables) qu'elle n'a plus les ressources mentales de nuancer ou d'assouplir.

En effet, si Mme Z. \_\_\_\_\_ a pu fonctionner tout au long de sa vie dans un équilibre psychique relativement précaire mais suffisant, ses capacités adaptatives, déjà mises à mal par l'éloignement de son mari et la survenue de ses problèmes physiques, se sont vues débordées en 2011-2012 successivement par le sentiment d'injustice intolérable pour elle d'avoir été licenciée, puis par l'abandon réel de son mari, décédé de sa tumeur cérébrale. C'est à cette période où tout ce sur quoi elle a construit sa vie, soit le travail et sa famille nucléaire, a basculé. Cet effondrement a décompensé son fonctionnement et débordé ses capacités adaptatives. C'est dans ce contexte qu'est survenue une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne à sévère qui ne s'est jamais plus amendée, accompagnée d'une aggravation de ses douleurs physiques. L'aggravation de ses douleurs a pris alors les caractéristiques d'un trouble somatoforme dans la mesure où il y a une imbrication entre la profondeur de sa dépression et l'intensité des douleurs, douleurs qui ne sont pas uniquement explicables par un substrat anatomique.

Tous les médecins psychiatres qui ont évalué l'expertisée reconnaissent en tout cas depuis mai 2011 un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne à sévère en fonction des périodes. Le Dr T. \_\_\_\_\_ émettait déjà en 2012 l'idée que la symptomatologie

dépressive pourrait devenir chronique. Cette symptomatologie décrite par tous et confirmée par le fils de l'expertisée, se manifeste par une fatigue quotidienne et une fatigabilité, des troubles de la concentration, des troubles mnésiques, une tristesse, une anhédonie, une aboulie, des troubles du sommeil avec des réveils fréquents et des insomnies, des angoisses liées à l'avenir, un isolement social et par période, des idées suicidaires. A cela s'ajoute une colère profonde contre le sentiment d'injustice lié à son licenciement, contre les trahisons de son mari qui l'amènent à ruminer, et qui provoquent chez elle des interférences cognitives. En effet, chaque confrontation à sa situation par n'importe quel biais (propos d'amis, ce qu'elle voit à la télévision, etc) réactive la tristesse et la colère. Elle n'a pas de capacités de résilience par rapport à la perte de son travail et de son mari, elle ne parvient pas à lutter contre les conséquences psychiques de ses pertes, ce qui représente un facteur de maintien dans la chronicité de sa dépression.

Elle présente par ailleurs des angoisses en lien avec ses douleurs et les limitations physiques qu'elles entraînent, avec une peur profonde de se retrouver grabataire et complètement dépendante d'autrui.

Cette chronicisation de la dépression de l'expertisée s'est installée malgré une lourde prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse, mise en place dès le début de la symptomatologie, en mai 2011. Elle bénéficie d'un investissement majeur de son thérapeute et des psychologues qui travaillent avec lui, et plusieurs traitements psychotropes ont été tentés, avec peu de réponse. La compliance médicamenteuse est bonne, comme l'attestent les dosages plasmatiques faits en 2016 et Mme Z. \_\_\_\_\_ connaît ses médicaments, sait quels effets ils ont sur elle et veut les poursuivre, même s'ils n'apportent pas les effets espérés.

Au vu de ce qui précède, il paraît difficile de concevoir l'absence de retentissement fonctionnel des symptômes décrits par l'expertisée et reconnus par les experts et psychiatres. En effet, sa tristesse, sa fatigabilité et son épuisement quotidien, son irritabilité, la rigidification de sa personnalité avec perte de ses capacités adaptatives, ses troubles de la mémoire, de la concentration, les interférences cognitives, sont autant de facteurs qui ne peuvent qu'empêcher l'expertisée de répondre aux exigences d'un employeur, de travailler dans une équipe et de s'adapter à quelque imprévu que ce soit.

A toutes ses limitations psychiques s'ajoute le fait qu'en lien avec les limitations fonctionnelles de l'expertisée sur le plan rhumatologique, il aurait été nécessaire de la réinsérer dans une activité plus intellectuelle que manuelle, soit dans un travail de bureau (pour autant qu'elle ait pu rester assise toute la journée, ce qu'elle dément), ce qui aurait été sérieusement mis à mal par les faibles compétences intellectuelles de l'intéressée et son absence de souplesse adaptative.

Compte tenu de tous les symptômes dépressifs et douloureux, associés aux très faibles compétences intellectuelles et adaptatives de l'expertisée, son employabilité et sa capacité de travail doit être,

à mon sens, considérée comme nulle depuis mai 2011 en tout cas, dans quelque activité que ce soit.

[...]

## **6. Cohérence**

[...]

*Réponse : Le tableau clinique est cohérent, l'évolution vers une chronicité suspectée en 2012 s'est confirmée au fil des années et est cohérente avec la personnalité et les faibles ressources de l'expertisée. Il n'y a pas de discordances entre ses plaintes et son comportement, ses limitations sont observées par tous les intervenants, y compris son fils. L'expertisée est très engagée dans son traitement et compliant à sa médication, malgré les faibles résultats en terme d'amélioration de sa symptomatologie dépressive.*

## **7. Personnalité**

[...]

*Réponse : L'expertisée ne présente pas un trouble de la personnalité caractérisé, mais au vu de ses carences développementales, elle présente peu de ressources adaptatives et son fonctionnement de personnalité s'est nettement rigidifié entre 2011 et 2012, en lien avec son sentiment de profonde injustice lors de son licenciement, et avec la mort de son mari.*

*Son fonctionnement psychique s'est décompensé à cette époque en une dépression majeure et la rigidification de sa personnalité, ses traits de personnalité paranoïaques, associée à ses faibles capacités adaptatives, sont depuis lors une entrave à une évolution favorable et participent à la chronicisation de son état dépressif.*

## **8. Ressources**

[...]

*Réponse : L'expertisée a très peu de ressources résiduelles sur tous les plans. Psychiquement elle possède très peu de capacités de résilience, sa dépression persistante et son trouble somatoforme limitent grandement les ressources sur lesquelles elle pourrait s'appuyer. Sur le plan social, elle dépend de son fils pour la tenue du ménage, les courses, et sur le plan financier. Elle n'a pas d'autres ressources en Suisse.*

[...]"

Se déterminant le 24 juin 2019 sur le rapport d'expertise judiciaire, la recourante a indiqué ne pas avoir de remarques particulières à formuler, l'experte confirmant une incapacité de travail totale depuis le mois de mai 2011.

Prenant à son tour position le 26 juillet 2019, l'intimé s'est rallié aux conclusions de l'experte judiciaire. A cet égard, l'OAI s'est en

particulier référé à un avis médical SMR du 24 juin 2019, aux termes duquel la Dre V. \_\_\_\_\_ considérait l'expertise convaincante bien que relevant l'absence d'argumentaire plus détaillé concernant la divergence d'appréciation avec les experts du Centre C. \_\_\_\_\_.

Dans un rapport d'expertise complémentaire du 22 septembre 2019, l'experte A. \_\_\_\_\_, à la requête de la juge instructrice, a fourni les précisions suivantes :

- quant à la rémission évoquée par le Dr T. \_\_\_\_\_ :

"Dans le cas de l'expertisée, son trouble dépressif récurrent est présent depuis 1997, et s'est manifesté à cette époque, par une décompensation dépressive peu sévère, puis en mai 2011 par une résurgence dépressive majeure qui, au lieu de s'amender, s'est encore aggravée début 2012, suite à l'annonce de la maladie de son mari, pour devenir persistante depuis lors. Toutefois, comme le décrit l'intéressée, et conformément à ce qui est attendu de ce trouble, elle a toujours présenté des variations de son humeur, avec des jours où elle dit se sentir mieux, où elle a un peu plus d'entrain, voit ses voisins de palier, et d'autres jours où elle ne sort pas de chez elle, pleure et ne voit plus de sens à sa vie. Ainsi, des fluctuations légères de son état de santé peuvent être observées, sans toutefois que ces légères et momentanées améliorations impliquent qu'elle ait recouvré un état psychique compatible avec une activité professionnelle.

Par intervalle libre, ou rémission entre les épisodes, on doit entendre des périodes où la symptomatologie est totalement amendée sur un laps de temps suffisant pour permettre au sujet de se réinvestir dans sa vie socio-professionnelle, ce qui n'a jamais été le cas chez l'expertisée. Si on juge l'évolution de son trouble dépressif récurrent avec du recul sur plusieurs années, on n'observe aucune rémission entre 2011 et aujourd'hui. Cet état de fait est confirmé par l'anamnèse, les observations cliniques de son psychiatre, et les propos de l'intéressée elle-même, qui tous, concordent pour dire que si Mme Z. \_\_\_\_\_ a vécu des moments où elle allait mieux, ces améliorations très transitoires n'étaient pas de nature à lui permettre de se réinsérer dans une vie sociale et professionnelle.

Le Dr T. \_\_\_\_\_ a vu Mme Z. \_\_\_\_\_ à deux occasions, l'amenant à faire une description clinique ponctuelle de son état. Il a visiblement vu l'expertisée dans un moment précis où elle allait mieux, mais il ne l'a pas suivie sur une durée suffisante pour pouvoir observer les variations d'humeur d'un jour à l'autre, et ne pouvait avoir le recul nécessaire pour définir comment allait être son évolution. Il faut noter en outre que concernant le pronostic, le Dr T. \_\_\_\_\_ avait perçu le caractère potentiellement chronique de la pathologie de l'intéressée, puisque qu'il constatait que « le trouble dépressif récurrent semblait s'orienter vers une symptomatologie minimale

chronique à type de dysthymie », et que le pronostic était plutôt réservé. Dans ce sens, j'estime que la description clinique du Dr T. \_\_\_\_\_ n'est pas contradictoire avec mes conclusions."

- quant à la divergence d'opinion avec les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ s'agissant de personnalité de la recourante et de ses capacités cognitives :

"Tout d'abord, il faut prendre en compte que la description d'un trouble de la personnalité, ou de traits de personnalité pathologiques, peut être sujet à controverse et varier d'un examinateur à l'autre, en fonction notamment de ses propres valeurs sociales, de son ressenti et de ce qui peut se jouer dans la relation à ce moment-là, puisque les manifestations d'un trouble de la personnalité se vivent notamment dans le registre interpersonnel. On observe dans ce sens que dans le cas de Mme Z. \_\_\_\_\_, les avis des experts du Centre C. \_\_\_\_\_ et celui du psychiatre traitant sont fondamentalement opposés. En effet, les premiers ne retenaient même pas des traits de personnalité pathologiques, alors que son psychiatre traitant, qui la connaît depuis de nombreuses années, retenait quant à lui un diagnostic caractérisé de trouble mixte de la personnalité anxieuse et dépendante.

Pour ma part, j'estime que si l'expertisée n'a pas un trouble de la personnalité caractérisé, elle a néanmoins perdu sa souplesse adaptative et des ressources psychiques depuis 2005, environ et de manière plus marquée dès 2011, résultant aujourd'hui en des traits de personnalité pathologiques, soit une rigidité psychique, une perte de ses capacités adaptatives et des aspects paranoïaques (sentiments d'injustice marqués et peu pondérables) qu'elle n'a plus les ressources mentales de nuancer ou d'assouplir et qui se manifestent dans plusieurs dimensions de sa vie quotidienne.

Il m'est difficile de comprendre pourquoi les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ n'ont pas retenu de problématique en lien avec le fonctionnement de personnalité de l'expertisée. Je m'étonne notamment des qualificatifs « d'indépendante et autonome au quotidien » retenus par le Dr F. \_\_\_\_\_, concernant Mme Z. \_\_\_\_\_. En effet, elle a toujours nécessité l'étayage de son mari, acceptant durant des années qu'il vive une relation extra-conjugale, en attendant qu'il revienne vers elle, en s'occupant de sa santé et en s'assurant qu'il ne manque de rien financièrement, à son propre détriment. Par ailleurs, l'expertisée n'est pas autonome au quotidien, puisqu'elle nécessite l'aide permanente de son fils depuis des années, ce qui contribue aujourd'hui, chez ce dernier, à limiter son émancipation.

Concernant les capacités cognitives de l'expertisée, j'évoque en page 24 de mon rapport le fait qu'elle présente des capacités cognitives insuffisantes pour pouvoir bénéficier de mesures thérapeutiques ou de réadaptation professionnelle dans une activité même adaptée à ses problèmes somatiques. Par limitations de ses capacités cognitives, j'entends des capacités de concentration et mnésiques trop atteintes, des interférences cognitives, soit un

processus de pensées perturbé par l'incorporation d'une autre information. Par exemple chez l'expertisée, le fait que quand elle regarde une émission de télévision, un sujet en lien avec ses problèmes peut venir la perturber au point de l'empêcher de pouvoir à nouveau se concentrer sur son activité, ce qui est incompatible avec un travail dans lequel il faut avoir un minimum de rigueur et de cohérence. Ces limitations cognitives sont fonctionnelles et non le résultat de lésions cérébrales avérées ; elles sont à mettre en lien avec la fatigabilité, l'humeur irritable, la tristesse et le manque d'énergie qui caractérisent l'état dépressif et altèrent les processus de pensée. La plupart de ces processus cognitifs perturbés ont été cliniquement observables durant les entretiens, d'autres sont décrits par Mme Z. \_\_\_\_\_ de manière suffisamment précises pour être caractérisés ; un bilan neuropsychologique n'aurait pas apporté d'autre résultat qu'une confirmation de ces observations.  
[...]"

- quant au taux de Duloxétine (Cymbalta) révélé par les analyses de 2016 :

"La posologie recommandée pour le Cymbalta est de 60 mg/j, mais l'efficacité et la tolérance ont été démontrées pour des posologies comprises entre 60 et 120 mg/j (cf. Compendium suisse des médicaments). Il est reconnu que les concentrations plasmatiques de cette molécule ont montré une grande variabilité interindividuelle, et certains patients peuvent tirer profit d'une posologie plus haute. Par ailleurs, la duloxétine est une molécule le plus souvent bien tolérée. Les hautes doses de Cymbalta prescrites chez l'expertisée, ont été comprises comme la tentative d'enrayer un trouble dépressif persistant par le biais d'une molécule bien supportée par l'expertisée. De plus, le psychiatre traitant s'est assuré régulièrement de la tolérance de sa patiente à cette posologie. A mon sens, il était juste de tenter une posologie élevée d'une molécule bien tolérée, avant de tester d'autres molécules en raison de l'absence d'obtention du résultat attendu. Les essais d'amélioration symptomatologique avec d'autres molécules ont été tentés par la suite, sans toutefois obtenir de meilleure réponse thérapeutique. Le traitement a donc été bien conduit, et la compliance médicamenteuse de l'intéressée a été bonne, confirmée par les dosages plasmatiques des molécules, même si sa pathologie s'est révélée être résistante."

### **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.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, l'intéressée ne contestant en revanche pas le refus de reclassement signifié dans la décision attaquée.

**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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une

incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**b)** 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).

**c)** 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**4. a)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). On

ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165).

**b)** Selon la jurisprudence, il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418), et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409), la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281).

**aa)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

**bb)** Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1).

Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments

pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social - étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

**5.** Dans sa décision du 8 février 2017, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Centre C.\_\_\_\_\_ du 15 mars 2016 pour retenir que la recourante, si elle ne pouvait plus exercer son activité habituelle, disposait en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

La recourante, quant à elle, a contesté cette appréciation. Elle a en particulier réfuté les conclusions des experts du Centre C.\_\_\_\_\_ et s'est prévaluée de l'évaluation de ses médecins traitants.

**a)** Sur le plan somatique, les experts du Centre C.\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics incapacitants de cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et de gonalgies bilatérales sur troubles dégénératifs. Ils ont plus précisément indiqué que l'examen de médecine interne s'était avéré rigoureusement normal et que ni le diabète (bien compensé), ni l'hypothyroïdie ou l'hypercholestérolémie n'avaient d'impact sur la capacité de travail. De même, l'examen neurologique a été considéré comme étant dans les limites de la norme. Au niveau

rhumatologique, les experts ont noté des douleurs chroniques séquellaires aux interventions des épaules subies en 2011 (épaule gauche) et 2013 (épaule droite), des cervico-dorso-lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs, des gonalgies bilatérales à prédominance droite sur troubles dégénératifs fémoro-patellaires, ainsi que des talalgies droites peu gênantes probablement sur éperon calcanéen. Ils ont également évoqué une fibromyalgies et des signes de non-organicité (cf. consid. 5c infra). Pour les experts, au vu des interventions subies aux deux épaules et des troubles dégénératifs de la colonne cervicale et lombaire, l'activité de nettoyeuse n'était pas exigible. Les spécialistes du Centre C. \_\_\_\_\_ ont en revanche estimé que dans une activité adaptée - sans travail les bras levés en hauteur, en position agenouillée ou avec des engins émettant des vibrations, sans soulèvement ou port de charges itératif de plus de 5 kg, sans mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical et/ou dorso-lombaire en flexion/extension/inclinaison de la nuque et/ou du tronc, et avec possibilité de changer de position - l'exigibilité avait toujours été totale, les interventions aux épaules n'ayant entraîné que des incapacités de travail transitoires (rapport d'expertise du 15 mars 2016 p. 22, 26 et 28).

Cela étant, il y a lieu de préciser tout d'abord que si les experts n'ont certes pas expressément intégré à la liste de leurs diagnostics incapacitants les séquelles des interventions aux épaules de 2011 et 2013 (rapport d'expertise du 15 mars 2016 p. 26), ils en ont quoi qu'il en soit tenu compte dans leur évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, respectivement dans la description des limitations fonctionnelles (cf. ibid. p. 22 et 28). Sur ce point, il n'y a donc pas à revenir sur le rapport d'expertise.

Pour le reste, rien au dossier ne vient remettre en question les conclusions des experts du Centre C. \_\_\_\_\_.

S'agissant du Dr L. \_\_\_\_\_, il a attesté une entière incapacité de travail dès le 17 mars 2011. Dans ses rapports des 29 juin et 12 décembre 2011, ce médecin n'a toutefois fourni que de brèves indications

sur l'état de sa patiente, sans réellement motiver sa position quant à la capacité résiduelle de travail, et n'a évoqué aucun paramètre important dont les experts du Centre C.\_\_\_\_\_ auraient omis de tenir compte. L'avis du Dr L.\_\_\_\_\_ ne vient donc aucunement émailler les conclusions du rapport d'expertise du 15 mars 2016.

Il apparaît en outre que, dans son rapport d'expertise du 20 juillet 2012, l'expert N.\_\_\_\_\_ a posé des diagnostics essentiellement superposables à ceux retenus par ses confrères du Centre C.\_\_\_\_\_. Sur le plan de la capacité de travail, l'expert N.\_\_\_\_\_ a, comme les experts du Centre C.\_\_\_\_\_, conclu à l'inexigibilité de l'activité habituelle. S'il est vrai que, dans une activité adaptée, le premier expert a fixé l'exigibilité à 50 %, il a néanmoins précisé qu'un taux de 100 % serait envisageable moyennant une intervention chirurgicale à l'épaule droite, une perte pondérale et une prise en charge physiothérapeutique pour la colonne lombaire (rapport d'expertise du 20 juillet 2012 p. 13). Or, il faut rappeler que la recourante a bel et bien bénéficié d'un traitement chirurgical pour son épaule droite, en septembre 2013. Force est par ailleurs de constater que, selon le rapport d'expertise du Centre C.\_\_\_\_\_ (p. 12), elle est régulièrement suivie par un physiothérapeute. S'agissant finalement de la surcharge pondérale, on constate que l'indice de masse corporelle (IMC ou BMI [body mass index]) de l'assurée est passé de 34,2 kg/m<sup>2</sup> à l'époque de l'examen par l'expert N.\_\_\_\_\_ (80 kg pour 153 cm, cf. rapport d'expertise du 20 juillet 2012 p. 10 et 13) à 37 kg/m<sup>2</sup> lors de l'examen réalisé au Centre C.\_\_\_\_\_ (85 kg pour 151.5 cm, cf. rapport d'expertise du 15 mars 2016 p. 16), de sorte que l'évolution est allée à l'inverse de celle préconisée par l'expert N.\_\_\_\_\_. Pour autant, il y a lieu de souligner que la jurisprudence fédérale considère qu'en soi, l'obésité n'est pas constitutive d'invalidité mais que celle-ci doit toutefois être admise si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et que la capacité de gain est ainsi sensiblement réduite sans pouvoir être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C\_48/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.3 et 9C\_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.1; TFA I 583/82 du 17 octobre 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 359). Au cas

particulier, il appert qu'un tel lien n'a pas été fait par l'expert N.\_\_\_\_\_. Celui-ci s'est en effet contenté d'admettre que le surpoids jouait un rôle défavorable sur les douleurs lombaires de l'assurée, au même titre qu'un certain déconditionnement pour lequel il a préconisé de la physiothérapie (rapport d'expertise du 20 juillet 2012 p. 12 : « *en ce qui concerne les lombalgies, une perte pondérale associée à de la physiothérapie active seraient utiles* » et p. 14 : « *Je propose également de tout faire pour lui faire perdre du poids, ce qui aura très probablement un impact positif sur ses lombalgies. Une physiothérapie active [...] pourrait également être bénéfique pour les lombalgies.* »). En revanche, ce spécialiste n'a à aucun moment imputé des origines ou des conséquences clairement invalidantes au seul surpoids. Cela étant, il faut admettre que les experts du Centre C.\_\_\_\_\_ étaient fondés à passer outre les réticences du Dr N.\_\_\_\_\_ pour retenir au final une pleine exigibilité dans une activité adaptée. Sur ce plan, les critiques de la recourante sont donc infondées (mémoire de recours du 13 mars 2017 p. 8).

Pour ce qui est finalement des médecins de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_, où l'assurée a été opérée de l'épaule droite le 27 septembre 2013, ils ont tout d'abord évalué la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle, respectivement à 80 % dans une activité adaptée, selon la prochaine consultation à trois mois (rapport indexé le 14 mars 2014). Ils ont ensuite attesté une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, la première six à huit mois après l'intervention et la seconde six mois après l'intervention (rapport du 17 septembre 2014). Aucune motivation ne vient toutefois asseoir ces indications, notamment en ce qui concerne l'entière exigibilité de l'activité habituelle - du reste niée par les experts du Centre C.\_\_\_\_\_ comme par l'expert N.\_\_\_\_\_. Concernant l'exigibilité d'une activité adaptée, l'évaluation des médecins de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ rejoint en définitive celle des experts du Centre C.\_\_\_\_\_, en tant qu'elle traduit une incapacité transitoire suivie d'une récupération partielle (80 %) puis totale de la capacité de travail dans une activité adaptée, au plus tard six mois après l'opération. Au final, on ne voit là aucun indice justifiant de douter du rapport d'expertise du Centre C.\_\_\_\_\_ du 15 mars 2016.

Au regard de ce qui précède, force est de se rallier aux conclusions des experts du Centre C.\_\_\_\_\_ reconnaissant à l'assurée une entière capacité de travail dans une activité adaptée au niveau somatique.

**b)** Il est par ailleurs constant que des troubles psychiques et psychosomatiques ont été rapportés dans la présente affaire.

**aa)** Les avis médicaux recueillis sur la question en procédure administrative sont toutefois contradictoires.

Il apparaît en effet qu'après une première expertise en 2012 ayant conclu à une capacité de travail partielle en octobre 2011 et totale en février 2012 eu égard à un trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère) en forte rémission (cf. rapport d'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ du 27 février 2012), les experts du Centre C.\_\_\_\_\_ ont estimé en 2016 que la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec manifestation somatique, ainsi que d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, mais qu'il n'en résultait aucune diminution de la capacité de travail d'ordre psychique ou psychosomatique (rapport d'expertise du 15 mars 2016 p. 23 à 27).

Les psychiatres consultés par la recourante ont en revanche dressé un autre tableau. Ainsi, le Dr P.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a diagnostiqué dans un premier temps un épisode dépressif sévère, avec un épisode antérieur en 2008 sur séparation de couple (rapport du 9 septembre 2011). Dans un deuxième temps, il a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (« F33.2 » selon la Classification internationale des maladies [CIM-10]), une reprise de travail à 50 % ayant tout d'abord été jugée possible en fonction de l'évolution (cf. rapport du 15 novembre 2011), avant d'être considérée comme inexigible dans toute activité (cf. rapports des 28 juillet 2014, 28 octobre 2014 et 29 juillet 2015) ; parallèlement, le Dr P.\_\_\_\_\_ a rapporté des aggravations au fil de la procédure administrative (cf.

rapports des 28 juillet 2014, 28 octobre 2014 et 28 juin 2016). Dans un troisième temps, le psychiatre traitant a repris le diagnostic psychique posé par les experts du Centre C.\_\_\_\_\_ - à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) - mais en y conférant un caractère invalidant, à l'inverse des experts en question, et en évoquant également l'existence de traits et d'une organisation pathologiques de la personnalité, ainsi que des troubles mixtes de la personnalité (cf. rapport du 6 octobre 2016). Quant aux deux autres psychiatres ayant pris en charge l'assurée, l'un a repris l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_ sans se prononcer sur la capacité résiduelle de travail (cf. rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 4 septembre 2015), et l'autre a signalé un épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques et des traits de personnalité non spécifiés, avec une entière incapacité de travail (cf. rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 18 septembre 2015).

**bb)** C'est au regard de ces appréciations médicales divergentes qu'une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès de la Dre A.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 3 juin 2019, l'experte judiciaire a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), l'exigibilité dans une quelconque activité lucrative étant nulle depuis le mois de mai 2011 (cf. rapport d'expertise 3 juin 2019 p. 14 ss). Or, rien n'incite à s'écarter de l'appréciation de l'experte A.\_\_\_\_\_.

D'une part, les diagnostics retenus ont été posés sur la base d'un système de classification reconnu, la CIM-10 (cf. rapport d'expertise du 3 juin 2019 p. 14 s.). Ils correspondent, qui plus est, à ceux mentionnés par les experts du Centre C.\_\_\_\_\_. L'experte A.\_\_\_\_\_ s'est en revanche distancée de ses confrères quant à l'impact de ces atteintes sur la capacité résiduelle de travail de la recourante.

La Dre A.\_\_\_\_\_ a d'emblée mis l'accent sur les spécificités propres à la structure de la personnalité de l'assurée, caractérisée par des carences développementales menant à une rigidité et à des capacités adaptatives limitées. Sans correspondre à un trouble de la personnalité,

ces traits pathologiques (rigidité psychique, perte des capacités adaptatives, aspects paranoïaques) étaient venus à l'avant-plan surtout dès 2011, avec une perte des ressources mentales pour les nuancer ou les assouplir. Ainsi, si l'assurée avait initialement pu fonctionner dans un équilibre psychique relativement précaire mais suffisant, ses capacités adaptatives, déjà mises à mal par l'éloignement de son mari et l'apparition de problèmes physiques, avaient été débordées en 2011/2012 par le sentiment d'injustice lié à son licenciement et par le décès de son époux (cf. *ibid.* p. 15 à 17 et 21). S'agissant du degré de gravité fonctionnel des atteintes, l'experte a exposé que les troubles diagnostiqués se manifestaient par une fatigue quotidienne et une fatigabilité, des troubles de la concentration, des troubles mnésiques, une tristesse, une anhédonie, une aboulie, des troubles du sommeil avec des réveils fréquents et des insomnies, des angoisses liées à l'avenir, un isolement social et, par période, des idées suicidaires. S'y ajoutait une colère profonde contre le sentiment d'injustice lié à son licenciement et contre les trahisons de son mari, l'amenant à ruminer et provoquant des interférences cognitives. En outre, l'absence de capacité de résilience constituait un facteur de maintien dans la chronicité de la dépression (cf. *ibid.* p. 17 s.). L'experte a par ailleurs relevé que la dépression s'était chronicisée malgré une lourde prise en charge médicale et nonobstant une bonne compliance médicamenteuse (cf. *ibid.* p. 18). Sous l'angle de la réadaptation, la Dre A. \_\_\_\_\_ a observé que les limitations physiques rendaient nécessaires une réinsertion dans une activité plus intellectuelle que manuelle, alors même qu'une telle voie serait sérieusement compromise par les faibles compétences intellectuelles et l'absence de souplesse adaptative de l'intéressée (cf. *ibid.* p. 18 et 22). L'experte a de surcroît étudié l'interaction entre les différentes atteintes, soulignant notamment l'imbrication entre la profondeur de la dépression et l'intensité des douleurs (cf. *ibid.* p. 17), les deux pathologies s'aggravant mutuellement (cf. *ibid.* p. 22). Sous l'angle du contexte social, la Dre A. \_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée dépendait de son fils pour la tenue du ménage, les comptes et l'aspect financier et qu'elle n'avait pas d'autres ressources en Suisse (cf. *ibid.* p. 21). L'experte a par ailleurs estimé que le tableau clinique était cohérent, chez une assurée très engagée dans son traitement et

compliant à sa médication malgré les faibles résultats en termes d'amélioration de la symptomatologie dépressive (cf. *ibid.* p. 20). La Dre A.\_\_\_\_\_ a encore souligné que l'intéressée possédait très peu de capacités de résilience et que sa dépression persistante alliée à son trouble somatoforme limitaient grandement les ressources sur lesquelles elle pourrait s'appuyer (cf. *ibid.* p. 21). Cela étant, force est de constater que l'analyse des ressources résiduelles de l'assurée a été minutieusement réalisée par l'experte judiciaire, conformément aux exigences posées par la jurisprudence (cf. *consid.* 3c *supra*).

D'autre part, aucune pièce au dossier ne vient infirmer l'avis de cette spécialiste. Notamment, l'experte a détaillé le raisonnement l'ayant amenée à conclure à un trouble dépressif récurrent chronique sans intervalle libre depuis 2011/2012, alors même que l'expert T.\_\_\_\_\_ avait quant à lui conclu à une rémission tout d'abord partielle en octobre 2011 puis totale en février 2012 (cf. complément d'expertise du 22 septembre 2019 p. 1 s.). La Dre A.\_\_\_\_\_ a par ailleurs exposé les motifs l'incitant à retenir des traits de personnalité pathologiques et des difficultés cognitives préalablement niés par les experts du Centre C.\_\_\_\_\_ (cf. *ibid.* p. 2 s.). L'experte a en outre expliqué en quoi le taux de Duloxétine (Cymbalta) révélé par les analyses de 2016 permettait malgré tout de conclure à un traitement bien conduit et à une bonne compliance médicamenteuse (cf. *ibid.* p. 4). Son appréciation de l'exigibilité s'inscrit, de surcroît, dans la lignée de celle des autres psychiatres intervenus (Drs P.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_). Finalement, la Dre V.\_\_\_\_\_ du SMR - et, corollairement, l'OAI - s'est ralliée à l'appréciation de l'experte A.\_\_\_\_\_ (cf. avis médical SMR du 24 juin 2019), dont les conclusions ne sont pas davantage disputées par la recourante.

**cc)** L'évaluation de l'experte A.\_\_\_\_\_ apparaissant au final convaincante et dûment motivée, il y a donc lieu de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique du 3 juin 2019 et à son complément du 22 septembre 2019 (cf. *consid.* 3b *supra*).

**c)** Sur le vu de ce qui précède, il apparaît en définitive que quand bien même la recourante dispose, sous l'angle somatique, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (cf. consid. 5a supra), il reste en revanche que, sur le plan psychique, l'exigibilité est nulle dans toute activité depuis mai 2011 (cf. consid. 5b supra). Procédant à une évaluation globale de la capacité de travail (cf. TF 9C\_280/2012 du 23 novembre 2012 consid. 3.3), la Cour de céans retiendra donc que, depuis le mois de mai 2011, la recourante n'est plus en mesure de travailler dans quelque activité que ce soit.

**6.** Reste à se prononcer du point de vue du droit à la rente d'invalidité.

**a)** A titre liminaire, on relèvera que l'OAI a manifestement reconnu à la recourante un statut de 100 % active, qui n'est du reste pas contesté.

**b)** Cela étant, sur la base des conclusions de l'expertise judiciaire, il y a lieu de retenir que la recourante a présenté une incapacité de travail durable depuis le mois de mai 2011 – date marquant le début du délai d'attente d'une année au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. A l'issue de ce délai, soit au 1<sup>er</sup> mai 2012, l'exigibilité telle qu'arrêtée par l'experte A.\_\_\_\_\_ est nulle dans toute activité. Il s'ensuit un taux d'invalidité de 100 % qui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité à partir de cette même date.

**7.** **a)** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité est reconnu à la recourante à partir du 1<sup>er</sup> mai 2012.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens dont il convient d'arrêter le montant à 2'500 fr., à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; voir également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]) – cette somme couvrant au demeurant celle qui aurait été allouée au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 8 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Z.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2012.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à Z.\_\_\_\_\_.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Florence Bourqui (pour Z. \_\_\_\_\_),
- 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 :