

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 décembre 2019

---

Composition : M. NEU, président  
Mme Silva et M. Peter, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Claudio Venturelli,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 45 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 88a al. 2 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Ressortissante helvétique d'origine kosovare, X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, mariée, mère de trois enfants nés en 1991, 1992 et 2001, est établie en Suisse depuis 1995. Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme nettoyeuse et concierge pour le compte de différents employeurs avant d'œuvrer en tant que nettoyeuse indépendante dès 2006. Elle a présenté une incapacité de travail de 50% dès le 10 juin 2009.

Le 17 mai 2010, X.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, sans spécifier l'atteinte à la santé. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assurée.

Dans un rapport du 16 décembre 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a posé les diagnostics incapacitants de trouble schizo-affectif (type dépressif) et de personnalité anxieuse (évitante). Ayant précisé qu'il se chargeait du suivi psychiatrique de l'assurée depuis le 19 janvier 2010, il a retenu une incapacité de travail de 50% du 10 juin 2009 au 1<sup>er</sup> décembre 2010 puis de 80% dès cette date. A la demande de l'office AI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a fourni des indications complémentaires quant à la fréquence des consultations, à l'efficacité du traitement médicamenteux, au status psychiatrique ainsi qu'à la réalisation éventuelle d'investigations complémentaires (courrier du 23 février 2011).

S'exprimant sur les éléments médicaux au dossier, le Dr A.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé qu'un examen SMR ou un COMAI serait nécessaire pour préciser les diagnostics, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail (avis médical du 10 janvier 2012). Dans cette optique,

le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a demandé la réalisation d'une expertise psychiatrique (avis médical du 24 mai 2012) que l'office AI a confiée au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a délégué à la Dre B.\_\_\_\_\_, alors médecin assistante, le soin de procéder à l'expertise de X.\_\_\_\_\_.

Signé par le seul Dr L.\_\_\_\_\_, le rapport du 3 décembre 2012 excluait tout diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, les experts ont retenu un épisode dépressif majeur d'intensité légère à moyenne avec syndrome somatique existant depuis 2009 et une personnalité anxieuse (évitante). En l'absence de limitation sociale ou psychique, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle.

En réponse aux questions complémentaires de l'office AI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué, en date du 10 mai 2013, qu'il avait contacté le Dr M.\_\_\_\_\_, ancien psychiatre traitant, qui maintenait le diagnostic de personnalité anxieuse mais pas celui de trouble schizo-affectif de type dépressif, ce dernier précisant être embarrassé pour trouver un diagnostic dans les classifications en vigueur pouvant décrire l'état de l'assurée. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a déclaré qu'il maintenait ses conclusions quant à la capacité de travail.

Répondant aux questions de l'office AI, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a relevé, dans un courrier du 18 juin 2013, que X.\_\_\_\_\_ avait depuis peu présenté une aggravation de ses symptômes psychiatriques avec une sorte de délire mystique la conduisant à se réfugier dans la religion. Le 28 septembre 2013, il a indiqué que la capacité de travail était nulle dans la profession actuelle.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2013, la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic incapacitant de trouble schizo-affectif, type dépressif, qu'elle a confirmé en date du 13 mai 2014, précisant qu'il existait des troubles de la pensée,

un ralentissement psychomoteur, un émoussement affectif, un sentiment de culpabilité et des idées délirantes en lien avec sa religion. Elle a maintenu que la capacité de travail était de 20% dans l'activité habituelle depuis le 14 décembre 2012, date de la première consultation.

Compte tenu d'une incapacité de travail se prolongeant en raison d'une atteinte psychiatrique associée à une atteinte rhumatologique sans éléments objectifs cliniques et radiologiques fondant une incapacité de longue durée, la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a suggéré la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (comportant un volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne) afin de déterminer les conséquences des atteintes à la santé présentées sur l'exigibilité professionnelle (avis médical du 18 juillet 2014).

Mandaté par l'office AI, le Centre d'Expertise Z.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 29 décembre 2014 sous la signature des Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Excluant tout diagnostic incapacitant, les experts ont retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ceux de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) avec syndrome somatique depuis 2010, de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2008, de trouble anxieux sans précision depuis l'enfance/l'adolescence, de lombalgie commune depuis 2010/status hémorroïdaire avec indication opératoire posée mais refusée, d'hyperménorrhée avec implantation d'un stérilet, de tabagisme important, de surpoids à la limite de l'obésité et d'incontinence urinaire anamnestique légère. En l'absence de limitations physiques et psychiques, les experts ont considéré que l'activité habituelle était exigible à plein temps.

Le 16 février 2015, l'office AI a informé X.\_\_\_\_\_ qu'il entendait lui refuser le droit à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité au motif que, selon les conclusions des experts du

Centre d'Expertise Z.\_\_\_\_\_, elle ne présentait pas d'atteinte à la santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail en qualité de nettoyeuse ou dans toute autre activité.

Se prévalant d'un rapport de la Dre H.\_\_\_\_\_ du 6 mai 2015, X.\_\_\_\_\_ a fait valoir que son incapacité de travail était de 80% compte tenu du trouble schizo-affectif de type dépressif diagnostiqué. Elle a donc demandé à l'office AI de réexaminer la situation dans le sens de l'octroi d'une rente (courrier du 24 juin 2015).

Au vu de la modification de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, la Dre R.\_\_\_\_\_ a proposé de compléter l'instruction par un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR (avis médical du 15 février 2016).

Dans leur rapport du 17 juillet 2017, les Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont exclu tout diagnostic incapacitant. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics de cervico-scapulalgies chroniques non déficitaires, de lombalgies communes non déficitaires, de polyarthrose (colonne cervicale, mains, articulation métatarso-phalangienne du premier rayon des pieds) ainsi que de trouble anxieux, sans précision. En l'absence de limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques, les médecins prénommés ont estimé que la capacité de travail de X.\_\_\_\_\_ était de 100% dans l'activité habituelle de nettoyeuse.

Par décision du 21 juillet 2017, l'office AI a entériné son refus d'allouer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité, conformément à son projet du 16 février 2015. Une lettre datée du même jour prenait position sur les objections formulées par l'assurée.

**B.**           **a)** Par acte du 12 septembre 2017, X.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre cette décision, concluant sous suite de frais et dépens à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction. Contestant la capacité de travail retenue, elle a d'abord relevé que les diagnostics posés lors de l'expertise du Centre d'Expertise Z.\_\_\_\_\_ du 29 décembre 2014 n'avaient pas été retenus à l'occasion de l'examen clinique effectué au SMR (rapport du 17 juillet 2017) sans que l'office AI n'explique les motifs l'ayant conduit à retenir en fin de compte dans la décision attaquée l'expertise du Centre d'Expertise Z.\_\_\_\_\_ plutôt que l'examen clinique du SMR. En outre, l'assurée estimait qu'il était inacceptable que le Dr D.\_\_\_\_\_ ait procédé à l'examen clinique au SMR alors qu'il était intervenu dans le dossier en 2012, de sorte qu'il avait déjà connaissance du dossier avant qu'il ne soit chargé de procéder à son examen clinique. X.\_\_\_\_\_ a également reproché à l'office AI d'avoir directement exploité le rapport d'examen du SMR sans lui l'avoir au préalable communiqué pour déterminations. Pour ces motifs formels déjà, l'expertise du SMR ne pouvait être retenue. Sur le fond, l'examen clinique du SMR paraissait contradictoire. En effet, les Drs D.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont écarté l'existence d'une fibromyalgie, tout en mettant en évidence l'existence de 13 points de Smythe sur 18, ce qui semblait au contraire attester, d'après l'assurée, la réalité de cette affection. En résumé, en présence de trois expertises retenant toutes des diagnostics différents, il n'était pas possible de trancher la question de la capacité de travail. Or, les rapports de la Dre H.\_\_\_\_\_, fouillés et documentés, permettaient de retenir une incapacité de travail de 80%. Annonçant la production d'une prise de position de son psychiatre traitant sur l'examen du SMR, l'assurée a requis la possibilité de déposer un mémoire complémentaire. Elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire ainsi que l'audition de témoins.

**b)** Dans sa réponse du 6 novembre 2017, l'office AI a indiqué que le droit d'être entendu de l'assurée n'avait pas été violé dès lors qu'il avait indiqué dans la décision litigieuse et la correspondance explicative

du même jour les motifs sur lesquels il s'était appuyé pour statuer dans le sens querellé. Le fait que le Dr D.\_\_\_\_\_ se soit prononcé à titre de médecin de dossier en 2012 ne suffisait pas, selon l'office AI, à rendre inopportune son intervention. Les arguments avancés par l'assurée n'étant pas susceptibles de modifier sa position, l'office AI a conclu au rejet du recours.

**c)** A l'appui de sa réplique du 16 juillet 2018, X.\_\_\_\_\_ a produit un rapport d'expertise psychiatrique établi le 21 juin 2018 à sa demande par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Au terme de son analyse, celui-ci a estimé que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% dès le 10 juin 2009, puis de 80% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 avant d'être totale à compter de 2012, en raison d'un trouble dissociatif et d'un trouble dépressif récurrent, en rémission partielle. Forte de cette appréciation, l'assurée a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du mois de mai 2011, compte tenu de la date du dépôt de la demande de prestations. Elle a par ailleurs réclamé à l'office AI le remboursement de la note d'honoraires du Dr J.\_\_\_\_\_ à hauteur de 4'500 francs.

**d)** Dupliquant en date du 3 septembre 2018, l'office AI a renvoyé à l'avis du SMR du 20 août 2018 selon lequel il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'instruction effectuée. Pour le surplus, il a souligné que le Dr J.\_\_\_\_\_ s'écarterait de son mandat en relevant qu'il n'existait pas d'activité adaptée à la situation de l'assurée. Il semblait en outre que l'expert s'était davantage fondé sur les diagnostics posés à l'époque par le médecin traitant plutôt que sur ses propres observations. A cela s'ajoutait que la compliance médicamenteuse était mauvaise. Pour ces raisons, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

**e)** Dans ses déterminations du 11 octobre 2018, X.\_\_\_\_\_ a soutenu que l'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ était probante, de sorte qu'elle maintenait intégralement les conclusions de son recours, complétées en réplique.

**C.** Le 18 décembre 2018, le magistrat instructeur a confié à l'Unité d'expertises médicales de la Policlinique Médicale N.\_\_\_\_\_ le soin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne) de X.\_\_\_\_\_. Déposé le 25 juin 2019, le rapport de synthèse était signé par les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les conclusions de ce rapport ont fait l'objet d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 4 juin 2019 entre les deux médecins prénommés. Etaient joints à ce document le rapport d'expertise de médecine interne du 25 juin 2019 de la Dre V.\_\_\_\_\_, le rapport d'expertise psychiatrique du 17 mai 2019 du Dr Q.\_\_\_\_\_ et le rapport d'expertise rhumatologique du 29 avril 2019 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Sur la base de leur analyse, les experts ont posé les diagnostics suivants « ayant ou non une incidence sur la capacité de travail » :

- Trouble somatisation  
F45.0
- Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques  
associé à des attaques de panique  
F32.2, F41.0
- Traits de personnalité histrionique décompensés  
associés à une amnésie dissociative  
F44.0 Z73.1,
- Hypertension artérielle traitée  
I10
- Tabagisme chronique
- Surcharge pondérale
- Incontinence urinaire anamnestique légère sous forme  
d'urgence mictionnelle

Les experts ont considéré que, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assurée était de 50% de 2010 à juin 2018 avant d'être nulle à compter de juin 2018. Ils ont justifié leur appréciation en ces termes :

« Madame X. \_\_\_\_\_ présente au premier plan une affection psychiatrique sévère qui entraîne de nombreuses limitations fonctionnelles avec répercussion sur la capacité de travail depuis 2010. Sur ce point, il existe beaucoup d'avis divergents entre les médecins traitants et les différents experts qui ne permettent que très difficilement de se représenter l'évolution psychopathologique de l'assurée au fil de ces dernières années.

La symptomatologie dépressive n'a jamais été aussi marquée qu'à l'heure actuelle. On constate déjà une importante dégradation du status psychiatrique en 2018 où l'assurée s'enferme dans l'appauvrissement de son discours, un tableau de pseudo-démence avec des caractéristiques dissociatives s'est installé rendant difficile d'entrer en relation avec l'expertisée. Par rapport à l'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_, on note cependant que la symptomatologie dépressive qui était à l'époque en rémission partielle s'est accentuée depuis son expertise puisqu'à l'heure actuelle l'anxiété est sévère et s'est même manifestée à deux reprises par des attaques de panique au cours de l'entretien psychiatrique.

Au final, le trouble psychosomatique de l'assurée est présent depuis en tout cas 2010. Les symptômes dépressifs n'étaient pas aussi sévères qu'actuellement, ce qui ne permet pas non plus de dire qu'ils étaient sans impact. Jusqu'à l'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ en juin 2018, l'assurée semblait plus cohérente, sa personnalité et ses fonctions intellectuelles étaient moins perturbées qu'à l'heure actuelle. Ainsi, nous estimons que depuis le début du suivi psychiatrique de l'assurée soit 2010, il existe une capacité de travail moyenne de 50% jusqu'à l'évaluation du Dr J. \_\_\_\_\_ en juin 2018. Depuis lors, les troubles se sont accentués en particulier sous l'angle dépressif et se sont rajoutés au tableau dissociatif qui était déjà présent lors de l'expertise précédente. Nous retenons dès lors une incapacité de travail complète en tout cas depuis la date d'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ . »

A ses déterminations du 22 juillet 2019, l'office AI a joint l'avis du SMR du 10 juillet 2019 établi sous la signature de la Dre R. \_\_\_\_\_. D'après ce médecin, il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions des experts qu'elle a estimées argumentées, justes et probantes. L'office AI n'avait dès lors pas de motifs pertinents pour s'éloigner de ce point de vue.

S'exprimant par pli du 14 août 2019, X. \_\_\_\_\_ a indiqué se rallier aux conclusions des experts de la Polyclinique Médicale N. \_\_\_\_\_, selon lesquels elle présentait une incapacité de travail de 50% en toute activité à compter du début de l'année 2010 puis une incapacité de travail totale dès le mois de juin 2018. Elle a rappelé qu'elle requérait le

remboursement des frais de l'expertise privée du Dr J. \_\_\_\_\_ à hauteur de 4'500 francs.

### **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 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) 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 a pour objet le droit de la requérante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**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 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 al. 1 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 (première phrase).

**b)** En vertu de 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, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se base 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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).

**c)** 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 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**5. a)** Dans la décision du 21 juillet 2017 dont est recours, l'office AI a dénié le droit de l'assurée à toutes prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé susceptible de diminuer sa capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle ou dans toute autre activité. En d'autres termes, en l'absence d'incapacité de gain, aucune invalidité ne pouvait lui être reconnue.

**b)** La recourante estime pour sa part qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité se référant à cet égard à l'avis de la Dre H.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante, selon laquelle elle présenterait un trouble schizo-affectif de type dépressif justifiant une incapacité de travail de 80%. La contestation porte ainsi uniquement sur le plan psychiatrique (cf. aussi le rapport d'expertise de la Policlinique Médicale N.\_\_\_\_ du 25 juin 2019, p. 8, qui retient que les diagnostics somatiques n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail).

**6. a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

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

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

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre

de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**7. a)** Daté du 17 mai 2019, le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ possède une anamnèse riche (personnelle, psychosociale, médicale) et soignée. Il se fonde sur l'entretien réalisé le 7 mai 2019 avec l'expertisée avec le concours d'un interprète français/albanais. D'excellente facture, la motivation concernant les diagnostics retenus de même que les explications fournies quant à la divergence de position entre l'expert et les médecins ayant examiné la recourante font l'objet de considérations approfondies et minutieuses. Il en va de même s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de cette dernière.

**b)** Cependant, afin de conférer pleine valeur probante à l'expertise judiciaire du 17 mai 2019, il reste à déterminer si l'expert a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail de la recourante à la lumière des indicateurs déterminants en l'espèce.

**aa)** En premier lieu, les diagnostics ont été rendus *de lege artis* par l'expert, en référence à la codification internationale, soit la classification internationale des maladies, 10<sup>ème</sup> révision (CIM-10). Sous l'intitulé « Motivation et discussion des diagnostics », l'expert explique de manière fouillée en quoi son analyse diffère de celle de ses confrères et les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu d'autres pathologies.

**bb)** En ce qui concerne le volet du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, le Dr Q.\_\_\_\_\_ examine les éléments pertinents l'ayant conduit à poser les diagnostics de trouble somatisation (F45.0), d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, associé à des attaques de panique (F32.2, F41.0) et de traits de personnalité histrionique décompensés associés à une amnésie dissociative (Z73.1, F44.0) :

« La présente expertise psychiatrique est complexe, dans le sens que de nombreuses évaluations psychiatriques antérieures figurent dans le dossier, avec des divergences significatives au sujet des diagnostics et de l'évaluation de la capacité de travail. La discussion au sujet des diagnostics qui suit fait partie intégrante de l'évaluation médicale et médico-assurancielle. En outre, au vu du status psychiatrique actuellement constaté, qui rend l'assurée difficile à évaluer au vu de l'appauvrissement de son discours (éléments constatés à juste titre par le Dr J.\_\_\_\_\_ dans son expertise), la présente expertise psychiatrique doit reprendre passablement d'éléments qui figurent dans le dossier.

La première question à se poser est si l'assurée souffre ou non d'un trouble psychosomatique.

A ce sujet, la Dre H.\_\_\_\_\_ relevait déjà dans son rapport du 08.12.2016 que « son discours est circonstancié et pauvre sans pouvoir sortir des plaintes somatiques ». Elle ajoute plus loin : « et les éléments nouveaux comme les douleurs dans la poitrine ont amené la patiente à consulter au moins une fois de plus aux urgences de médecine ». On observe donc déjà dans ce rapport médical les caractéristiques habituelles des sujets somatisants, qui ne parviennent pas à élaborer des plaintes dans le registre psychique et qui utilisent leur corps comme moyen de médiation pour exprimer leur mal-être à leur entourage. Ces éléments étaient déjà relevés à juste titre dans le complément d'expertise psychiatrique du 10.05.2013, qui relevait en p.2 « elle soulève une problématique familiale et sociale de base, les symptômes présentés étant pour l'assurée une manière d'exprimer sa souffrance ». De son côté, l'expertise psychiatrique Centre d'Expertise Z.\_\_\_\_\_ du 29.12.2014 relève également en p.6 que « elle a consulté ce dernier en raison de douleurs ubiquitaires », mais également d'autres symptômes exprimés sur un mode somatique, à savoir (p.7-8) « précordialgies atypiques (...) nausées avant les repas ; sensation de bouche sèche pour laquelle elle boit beaucoup (...) constipation chronique avec abondance de gaz (...) toux constante (...) des maux de tête ». L'examen SMR relève de son côté en p.8 « l'assurée a l'impression que la nourriture se bloque parfois dans l'oesophage si elle ne boit pas assez d'eau. Elle est constipée (...) lorsque l'assurée est anxieuse, elle doit souvent uriner (...) elle a souvent des douleurs à l'arrière de la tête. Elle a des vertiges (...) lorsqu'elle marche, elle a l'impression de ne pas marcher avec ses jambes ». De son côté, le Dr J.\_\_\_\_\_, dans son expertise du 21.06.2018, retient surtout des plaintes psychiques, tout en relevant également en p.5 « elle a des vertiges » et en p.6 « elle a des douleurs physiques à la tête, partout dans le corps, il n'y a pas un endroit qui ne lui fasse pas mal ».

On constate donc que depuis de nombreuses années, Madame X.\_\_\_\_\_ exprime sa souffrance en utilisant le canal préférentiel de son corps. Le critère CIM-10 de la somatisation est présent dès le moment où les plaintes sont multiples et variables (en fonction des experts, certaines plaintes physiques sont plus ou moins exprimées). On retrouve ensuite clairement le critère b) de la somatisation, qui décrit un refus persistant d'accepter les conclusions et les propos rassurants des médecins, confirmant l'absence de toute cause somatique organique pouvant rendre compte des symptômes. A ce sujet, le discours actuel de l'assurée est clair : lorsqu'on lui demande si elle estime être atteinte d'une maladie grave que les médecins

n'aurait pas diagnostiquée, elle répond sans hésitation par l'affirmative. Malgré ses difficultés majeures d'expression, l'assuré explique « qu'elle a peut-être un cancer, que les médecins ne lui disent pas ». Elle confirme qu'elle ne se sent pas rassurée au sujet de son état de santé. Le critère c) de la somatisation est également rempli : les symptômes s'accompagnent d'une perturbation du comportement et conduisent à une altération du fonctionnement social et familial. On constate à ce sujet la régression du comportement, très fréquente chez le sujet qui souffre d'une affection psychosomatique. Cette régression ne peut être entièrement expliquée par « les comportements de grande démonstrativité » ou encore le fait que l'assurée se serait « inscrite dans un comportement régressif, en particulier vis-à-vis de son entourage » (examen bidisciplinaire SMR, p.15). Il semble que le SMR accorde trop de poids dans son analyse à des aspects socio-culturels, certainement présents, qui amènent l'assurée à manifester une partie de sa souffrance sur un mode histrionique, comme il sera discuté plus bas. Cette démonstrativité, inhérente à des caractéristiques pathologiques de personnalité intriquées à des modes d'expression des plaintes englobant des facteurs socio-culturels, ne doit pas limiter l'analyse des autres diagnostics. Dans l'expertise Centre d'Expertise Z. \_\_\_\_\_ du 29.12.2014, une position plus nuancée est adoptée par rapport à la dramatisation émotionnelle. L'expert indique « le problème est celui de la quantification de l'intensité de cette atteinte [note du Dr Q. \_\_\_\_\_ : l'expert se réfère à la quantification de l'état dépressif, réd.]. En effet, il existe une présentation dramatisée, voire hystérisée, des plaintes subjectives ». L'expert prend ensuite en compte les éléments ressortant de son observation directe, et effectue une pondération de son estimation.

On peut toutefois relever que cette position reste discutable, dans le sens que la question centrale reste de savoir si cette dramatisation des plaintes découle d'un mécanisme conscient, ce qui devrait dans ce cas être considéré sous l'angle de la majoration, alors que des mécanismes inconscients relèvent de la psychopathologie (d'autant plus que l'expert Centre d'Expertise Z. \_\_\_\_\_ relevait l'hypothèse d'une composante « hystérisée », par nature inconsciente). L'évolution du cas dans le sens d'une perplexité grandissante depuis 2017, avec des mécanismes de dissociation psychique retenus par le Dr J. \_\_\_\_\_ en 2018, également observés à l'heure actuelle comme il sera discuté plus bas, valide plus la piste de mécanismes psychiques de dissociation (en concordance avec la dramatisation émotionnelle que l'on observe chez le sujet histrionique) que celle de mécanismes purement conscients de création de symptômes, que ce soit pour endosser un rôle de malade (trouble factice) ou, à l'extrême, pour obtenir de pures bénéfices asséculo-logiques (simulation).

Les troubles psychosomatiques sont habituellement accompagnés de difficultés émotionnelles et psychosociales, qui sont « court-circuitées » dans l'expression des plaintes physiques. Sur ce plan, le dossier relève clairement de tels facteurs. Le rapport psychiatrique du Dr M. \_\_\_\_\_ du 16.12.2010 relève le dysfonctionnement familial de l'assurée (cf. éléments en p.2 de ce rapport). Ce fonctionnement particulier a également été directement observé lors de notre expertise, sous la forme du comportement peu adéquat de son mari.

On peut raisonnablement émettre l'hypothèse de troubles relationnels (en particulier conjugaux) persistants, qui amènent l'assurée à se verrouiller dans son corps, qui signe son incapacité à faire face à de tels conflits.

Dans ce sens, la position adoptée par les experts qui écartent une pathologie psychosomatique doit être reconsidérée. L'expertise de 2012 est très limitée en ce qui concerne la discussion de la pathologie psychosomatique. Les experts se focalisent sur la dépression, tout en reconnaissant (en p.5) que « à signaler que l'échelle de dépression de Hamilton pour la dépression est fortement imprégnée par la présence de symptômes somatiques ». Les experts considèrent donc qu'une partie des plaintes exprimées par l'assurée sur le plan somatique n'entre pas dans le cadre d'une dépression, sans quoi il n'y aurait pas eu de raison de soustraire des points à cette échelle. Il n'y a toutefois pas de réelle discussion sur la classification diagnostique de cette symptomatologie exprimée sur le plan somatique.

De son côté, l'examen bidisciplinaire SMR de 2017 se focalise sur les douleurs. L'argumentation consistant à dire, en ce qui concerne ces dernières, que « l'intensité des douleurs n'est pas telle qu'elle génère un réel sentiment de détresse » pose question au vu de l'état psychique actuellement constaté : l'assurée se dit au contraire envahie par ses douleurs, qui prennent une place considérable dans son économie psychique, tout comme le sont les autres plaintes exprimées sur le plan physique. L'expert SMR relève que « les douleurs alléguées n'ont pas paru constituer en permanence la préoccupation essentielle de l'assurée, celle-ci ayant évoqué pêle-mêle des limitations physiques et psychiques ». Cette intrication de plaintes physiques et psychiques est compatible avec le tableau clinique de la somatisation. Dans ce contexte, si les critères stricts du syndrome douloureux somatoforme persistant pouvaient ne pas être remplis selon la CIM-10, cette expertise n'explique pas les raisons pour lesquelles l'assurée ne pourrait pas souffrir d'une autre affection psychosomatique, dont le trouble somatisation.

Les mêmes limites de raisonnement me paraissent s'appliquer à l'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_. Mon confrère relève en p.13 les différents conflits émotionnels de l'expertisée (mari invalide, soucis économiques, travail à plein temps à côté de la tenue du ménage). Il reconnaît ensuite en p.13 que « s'il existe bien une atteinte dégénérative, celle-ci n'explique pas toute la symptomatologie douloureuse que Madame X.\_\_\_\_\_ semble avoir exprimé lors de l'expertise au Centre d'Expertise Z.\_\_\_\_\_, selon le rhumatologue qui l'a expertisée ». L'expert reconnaît ensuite « elle continue à se plaindre de douleurs partout dans le corps (p.13) », tout en réfutant ensuite un syndrome douloureux somatoforme, vu qu'à son avis « cette douleur n'est pas le premier symptôme, ni celui dont elle se plaint avec insistance (p.13) ». A l'issue de son expertise, c'est avant tout un trouble dissociatif concernant la mémoire qui est retenu, associé à une dépression, ce qui fait qu'une partie de la symptomatologie de l'assurée exprimée sur le plan somatique ne trouve pas de diagnostic. Un trouble somatisation aurait pu être retenu, sans pour autant exclure les autres diagnostics posés par le Dr J.\_\_\_\_\_.

Le trouble somatisation m'apparaît d'autant plus pertinent qu'il n'exclut pas la présence d'une atteinte dépressive en comorbidité. La classification de la CIM-10 est restrictive en ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme persistant, vu qu'elle indique que « la plainte *essentielle* concerne une douleur intense et persistante » et « qu'une douleur considérée comme psychogène, mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie ne doit pas être classée ici ». De façon caricaturale, la CIM-10 imposerait donc de « choisir » entre douleur et dépression. Les critères du trouble somatisation sont par contre plus souples en ce qui concerne la coexistence d'un trouble dépressif et de plaintes somatisées. La CIM-10 indique d'une part que « la somatisation s'accompagne habituellement de symptômes dépressifs et anxieux, d'intensité variable ; il n'est pas nécessaire de spécifier la présence de ces symptômes, *sauf s'ils sont suffisamment sévères et persistants pour justifier un diagnostic indépendant* ». La CIM-10 autorise donc à faire coexister dépression et plaintes découlant de processus de somatisation.

De façon logique, les éléments qui précèdent amènent à discuter de la composante dépressive, retenue quasi unanimement par les psychiatres traitants et les experts, à l'exception de l'examen bidisciplinaire du SMR. La première expertise de 2012 retient un trouble d'intensité moyenne avec syndrome somatique, avec fatigabilité, diminution de la concentration et de l'attention, diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude pessimiste face à l'avenir et une perturbation du sommeil. Une échelle psychométrique figure dans cette expertise (Hamilton avec score de 24 points), situant la symptomatologie dans le degré moyen. Comme relevé plus haut, on comprend difficilement les raisons pour lesquelles cette échelle a été pondérée par ce que les experts appellent une « imprégnation » par les symptômes somatiques. On peut toutefois partir du principe que la dépression n'était pas sévère lors de cette évaluation.

L'expertise Centre d'Expertise Z. \_\_\_\_\_ de 2014 n'utilise pas d'évaluation psychométrique. L'expert psychiatre relève en p.17 la symptomatologie qui « ferait naturellement évoquer une intensité sévère ». L'expert pondère cependant son appréciation en déclarant « pourtant les constats objectifs ne montrent pas une thymie dépressive constamment présente. L'humeur fluctue, l'expertisée est à même de sourire (voire même de passer des pleurs au sourire assez vite), les troubles cognitifs ne sont pas retrouvés, il n'y a pas de ralentissement, il n'est pas vraiment clair si l'idéation suicidaire est présente et encore moins s'il y a des projets précis ». Ces éléments de pondération me paraissent plus pertinents que ceux qui se baseraient sur la seule « démonstrativité » de l'assurée, cette dernière constituant l'une des facettes de sa psychopathologie. Le fait que l'expert retienne un trouble dépressif récurrent doit par contre être questionné, vu que l'argumentation de l'expert n'est pas claire à ce sujet. Il est indiqué en p.8 « l'expertisée précise que, globalement, sa symptomatologie n'a pas varié, cela quasiment depuis le début de la prise en soins spécialisés, qui date donc de 2010 ». En p.17, l'expert indique ensuite « une atteinte thymique qui a un décours chronique, puisqu'elle est relevée depuis 2010, reste présente de manière continue apparemment sans rémission

significative, cela malgré les différents traitements tentés ». L'expert va donc plus dans le sens d'un épisode dépressif unique qu'un trouble dépressif récurrent, qui nécessiterait des épisodes clairement délimités dans le temps, entrecoupés de phases de rémission symptomatique.

L'examen bidisciplinaire SMR de 2017 reprend cette argumentation en p.14, excluant de façon compréhensible le trouble dépressif récurrent. On s'étonne par contre des éléments cliniques qui figurent en p.10, à savoir une assurée dont « le contact et la collaboration à l'examen sont bons (...) elle est détendue, parfois souriante et il lui arrive même de plaisanter au cours de l'examen (...) il n'existe aucun ralentissement psychomoteur. L'examen n'objective pas de trouble de l'attention. Il existe néanmoins, par moments, quelques troubles de la concentration et de la mémoire (...) il n'existe pas de sentiment de détresse, tout au plus quelques pleurs durant l'examen. Il n'existe aucun émoussement affectif, bien au contraire, l'assurée est collaborante, adaptée à la situation, les affects sont bien présents, la qualité de contact est réelle ». En suivant cette description, on a presque l'impression de ne pas avoir investigué la même assurée, tant le status psychiatrique actuellement constaté est différent.

Toujours sur le plan dépressif, le Dr J. \_\_\_\_\_ relevait en p.7 « elle ne donne pas l'impression d'être triste, paraît plutôt neutre sur le plan émotionnel, comme détachée, non concernée ». Mon confrère relève toutefois, comme c'est le cas à l'heure actuelle, la pauvreté du discours de l'assurée, qui perturbe la prise d'anamnèse. Mon confrère relève en p.12 « *la perte d'élan vital, le ralentissement, la perte de l'envie et du plaisir aux choses habituellement agréables, un repli social quasi complet, un désintérêt à tout, des troubles du sommeil et de l'appétit, des problèmes de concentration et de mémoire* », symptomatologie dépressive qui paraît à nouveau bien établie, comme constaté à l'heure actuelle.

En ce qui concerne les éléments dépressifs constatés à l'heure actuelle, le status a significativement changé par rapport à ce qui est décrit dans les expertises précédentes. L'assurée n'est plus ouverte ou souriante : elle est en pleurs durant la majorité de l'entretien psychiatrique. Son front est plissé, sa mimique majoritairement triste (je n'ai pas constaté d'alternance fréquente de sourires et de pleurs). Ses propos sont très pauvres, on ne constate à aucun moment des plaisanteries. L'assurée exprime de façon invariable son sentiment d'inutilité, de dévalorisation, son impression de ne plus vivre (et de ne plus vouloir vivre). Son niveau de collaboration reste bon, ce qui n'empêche qu'à plusieurs reprises l'assurée verbalise que son mal-être ne lui permet que difficilement de soutenir l'entretien. Si le ralentissement psychomoteur n'est pas au premier plan, on doit tenir compte de symptômes anxieux actuellement sévères. L'assurée a manifesté en cours d'entretien deux épisodes d'hyperventilation qui ont nécessité d'interrompre la discussion et de réaliser des exercices respiratoires pour qu'elle puisse sortir de son état de panique. Si l'on devait rétorquer ici que l'assurée était « à nouveau en train de manifester ses caractéristiques démonstratives », on minimiserait une symptomatologie anxieuse sévère. On ne pose en général pas ce genre de jugement chez un sujet qui souffre d'une attaque de

panique (par nature « démonstrative »). Dans ce sens, les particularités de personnalité de l'assurée et son origine socioculturelle ne devraient pas exclure de prendre en compte sa symptomatologie.

Sur le plan des critères de dépression de la CIM-10, on observe à l'heure actuelle dans les critères majeurs la tristesse, à la fois exprimée et constatée lors de l'entretien (pleurs très fréquents, avec perplexité). La présence de cette perplexité et de cette anxiété de type panique doit être reliée à l'état de détresse que l'on rencontre dans les symptomatologies dépressives sévères. L'assurée manifeste la diminution de l'intérêt et du plaisir, la réduction de l'énergie, avec augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité (on peut se référer ici aux éléments hétéro-anamnestiques intéressants investigués dans l'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_). Dans les critères mineurs, la diminution de la concentration et de l'attention est observée (cf. épreuves cognitives au status AMDP). L'expertisée affiche une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, avec des idées de dévalorisation et de culpabilité (se sent incapable de s'occuper de ses proches et se dit « une mauvaise personne, dont personne ne peut profiter »). L'assurée exprime un désinvestissement de la réalité associé à une perte d'espoir en l'avenir, avec des idées noires chroniques, sans projet suicidaire concret. Une échelle de dépression MADRS, avec un score de 37/60, se situe actuellement dans la zone de la dépression sévère.

Comme indiqué plus haut dans la discussion, il me semble difficile de valider le fait qu'il faille pondérer les échelles psychométriques de dépression en raison de la « démonstrativité » de l'assurée. Des facteurs socioculturels sont certes présents, amenant l'assurée à exprimer sa détresse avec emphase. Ceci n'exclut toutefois pas qu'elle souffre d'un trouble psychiatrique significatif, dont une partie de l'expression est modulée par ces facteurs socioculturels, en plus de caractéristiques histrioniques de personnalité dont il sera question plus bas. Même si l'on pondérait l'échelle psychométrique de plusieurs points, il ne faut pas perdre de vue que le seuil de la dépression sévère reste encore fixé à 30 sur l'échelle utilisée.

Un critère d'accentuation de la gravité des symptômes dépressifs par rapport à ce qui est décrit dans les expertises précédentes est constitué par la présence de cette anxiété manifeste et mal contenue. Cette anxiété s'est exprimée sous la forme d'attaques de panique durant l'entretien psychiatrique, en particulier lorsque l'assurée a été sollicitée lors des épreuves cognitives du status. Ces épreuves ont dépassé ses faibles capacités d'adaptation et d'élaboration. Dès le moment où un effort mental soutenu a été demandé à l'assurée, l'état de perplexité s'est accentué et a débouché sur cette symptomatologie, ce qui est représentatif de ses faibles ressources. Une personnalité anxieuse est évoquée dans le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ de 2010. L'expertise psychiatrique de 2012 reconduit ce diagnostic. L'expertise Centre d'Expertise Z. \_\_\_\_\_ de 2014 relève en p.15 « crises anxieuses également signalées, avec une fréquence qu'elle évalue à plusieurs par semaine », symptomatologie qui constituait probablement déjà des attaques de panique. L'examen SMR de 2017 relève en p.14 « l'examen psychiatrique de ce jour met en évidence un trouble anxieux, sans précision. En effet, il existe des ruminations anxieuses (néanmoins

dépourvues de caractère insomniant). Par contre, l'examen n'objective pas d'anxiété généralisée, en l'absence d'atteinte craintive et de tension motrice continue. Il n'y a pas non plus de signes en faveur de l'existence de crises d'anxiété aiguë ». Ce dernier point mérite d'être reconsidéré vu que, d'une part, l'expertise de 2014 relevait déjà que ce type d'anxiété se manifestait par crises et que, d'autre part, des attaques de panique ont été observées lors de la présente expertise.

La caractérisation exacte entre un trouble dépressif récurrent et un épisode dépressif unique reste difficile à définir à l'issue de la présente expertise. En effet, seul le rapport bidisciplinaire de 2017 ne retient aucune dépression cliniquement significative, alors que de façon unanime, les thérapeutes de l'assurée et les autres experts ont à chaque fois validé cette pathologie. Je n'ai donc pas suffisamment d'argument pour indiquer que l'assurée se trouvait formellement en phase de rémission (à savoir sur une période suffisamment longue) lors de cet examen, bien qu'il soit très probable que sa symptomatologie psychiatrique ait été moins décompensée qu'à l'heure actuelle. Dans ce sens, il m'apparaît plus adéquat de retenir, au final, un épisode dépressif unique, qui a fluctué en intensité au cours du temps, et dont l'expression a pu être masquée à certaines périodes par la prédominance des plaintes liées à la somatisation.

La description précise d'un trouble anxieux reste délicate dans cette situation. Vu l'importance des éléments thymiques actuellement constatés, je suis d'avis d'inclure ces attaques de panique comme l'une des manifestations dépressives de l'assurée, en plus du reflet de ses faibles ressources de personnalité. Des attaques de paniques associées à la dépression peuvent être considérées comme un facteur de mauvais pronostic et de résistance au traitement.

La question d'une éventuelle pathologie psychotique a déjà fait l'objet de nombreuses prises de position. Tous les experts ont unanimement écarté une pathologie du spectre de la schizophrénie. Sur la base des éléments cliniques actuellement constatés, je me rallie à l'avis des experts précédents. L'assurée est certes perplexe, mais la perplexité est souvent constatée dans les états dépressifs. La Dre H. \_\_\_\_\_ relevait dans son rapport du 06.05.2015 « les symptômes négatifs, l'émoussement affectif, la perte de volonté, le retrait social, la présence d'idées délirantes de persécution et des idées délirantes avec un délire mystique ». L'émoussement affectif peut également être observé dans les états dépressifs, tout comme la perte de volonté et le retrait social. En ce qui concerne les éléments délirants, s'ils ont pu être présents par le passé, ils ne sont pas apparents à l'heure actuelle. L'assurée ne se sent pas victime d'un complot ou de la malveillance de tiers. Interrogée sur la présence d'un délire mystique, l'assurée exprime qu'elle s'est fortement impliquée dans la religion, afin de trouver une solution à son mal-être. Elle ne considère pas qu'elle dispose de pouvoirs mystiques, ou que d'autres personnes en fassent preuve, tout en déclarant de façon assez floue certaines idées concernant « la magie », ce qui n'est pas suffisant, considéré de façon isolée, pour retenir un trouble psychotique. Dans le même sens, on ne retrouve pas des troubles de base comme la croyance dans le devinement ou le vol de la pensée, ni d'hallucination. Sur cette base, il n'y a donc pas

suffisamment d'argument pour retenir un trouble schizo-affectif et, sur ce point, je me rallie à l'avis des experts précédents.

L'évaluation de la personnalité et des éléments dissociatifs, retenus plus récemment par le Dr J. \_\_\_\_\_, sont des éléments intéressants à considérer dans le tableau clinique global manifesté par cette assurée. On peut observer que l'assurée répond la plupart du temps par des formules stéréotypées aux questions (elle réitère à de nombreuses reprises « qu'elle ne sait pas » ou « qu'elle n'en a aucun souvenir »). Cette amnésie globale s'écarte des altérations cognitives que l'on rencontre dans les dépressions « pures ». On se trouve actuellement face à un tableau clinique de « pseudo-démence » qui soulève à juste titre la participation de facteurs dissociatifs, englobant la mémoire. Cette hypothèse est renforcée par le fait que l'assurée a pu manifester des pseudo-hallucinations par le passé, problématique également décrite dans les troubles dissociatifs. Dans sa manière de se présenter, la personnalité exhibe certes une démonstrativité. Cette démonstrativité ne peut être rattachée de façon exclusive à une attitude consciente. La CIM-10 décrit, chez le sujet qui manifeste une personnalité histrionique, la dramatisation, le théâtralisme et l'hyperexpressivité émotionnelle qui sont superposables à cette notion de « démonstrativité ». Pour autant, on considère qu'il s'agit de caractéristiques pathologiques, et non de mécanismes conscients. Il paraît par conséquent peu pertinent de ne baser l'appréciation d'expertise (et les « pondérations ») que sur ces caractéristiques émotionnelles et comportementales. On doit au contraire considérer que cette présentation dramatisée est justement le reflet des faibles ressources de l'expertisée, qui se montre incapable de mettre en lien ses symptômes physiques et cognitifs avec les difficultés psychiques, familiales et relationnelles, relevées de façon pertinente par plusieurs cliniciens. La fuite dans les mécanismes de dissociation psychique, discutée par mon confrère J. \_\_\_\_\_, s'avère pertinente, d'autant plus que les troubles psychosomatiques et les troubles dissociatifs partagent des caractéristiques communes. Ils ont en commun la faible capacité d'élaboration et de gestion des conflits psychiques. Dans ce sens, il n'est pas étonnant de voir coexister des symptômes dissociatifs et des symptômes de somatisation.

Sur la base d'un seul entretien d'expertise, il est délicat de délimiter la frontière entre trouble de la personnalité histrionique et traits de personnalité pathologiques. Si l'on part du principe que l'assurée n'a pas manifesté ces caractéristiques histrioniques durant une majeure partie de sa vie et, d'autre part, que tous les critères spécifiques de la personnalité histrionique ne sont pas remplis, il paraît plus judicieux d'en rester à la description de traits de personnalité, même si ces derniers sont marqués et décompensés. Ils constituent le « socle » sur lequel sont ensuite venus se développer les troubles dissociatifs de la mémoire, et les différentes somatisations. »

**cc)** L'expert a également décrit les traitements thérapeutiques auxquels s'est soumise la recourante sur le plan psychiatrique :

« Comme mentionné plus haut, la nature des troubles psychiques, avec cette association d'anxiété, de dissociation et de somatisation

assombrit le pronostic de traitement de l'état dépressif, qui est également observé à l'heure actuelle. Sur le plan médicothéorique, on constate toutefois que l'assurée ne bénéficie que de 30 mg de Mirtazapine, ce qui n'est pas adapté à la sévérité des troubles actuellement constatés. Les perspectives d'amélioration pourraient comprendre une augmentation de cette posologie et l'association avec un autre antidépresseur (par ex. la duloxétine). L'intrication des composantes psychopathologiques et les faibles ressources de personnalité assombrissent toutefois le pronostic. »

**dd)** De même, l'expert a dressé en ces termes un tableau de la structure de la personnalité de la recourante, notamment au regard de ses ressources, exposant également son avis sur le soutien ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social :

« Ces éléments ont déjà été discutés dans les points précédents. On doit tenir compte d'une personnalité peu capable de faire face aux conflits émotionnels. Bien qu'elle dispose de capacités intellectuelles dans les normes, au vu du parcours scolaire décrit dans son dossier, l'assurée souffre d'une importante défaillance de son appareil psychique, qui ne lui permet pas d'exploiter ses ressources intellectuelles. A plusieurs reprises, la question d'un trouble psychotique s'est posée, sans que l'on puisse valider cette hypothèse de façon certaine. Il n'en demeure pas moins que l'assurée est actuellement enfermée dans une perplexité anxieuse, avec une composante de dissociation psychique et des éléments dépressifs qui distordent sa capacité à tenir compte de la réalité de façon adéquate : l'assurée est déconnectée, elle a désinvesti la réalité au point où elle ne se montre plus en mesure de donner une image cohérente d'elle-même et de ses proches. Le sens des réalités s'en trouve diminué. Les capacités d'intentionnalité sont sévèrement abaissées : l'expertisée est apathique, enfermée dans ses idées d'incapacité, elle ne prend plus d'initiative, elle vit sous l'angle de la dépendance de ses proches. De plus, les capacités à gérer le stress et les émotions sont très faibles : sollicitée sur le plan émotionnel et cognitif dans le cadre du présent entretien psychiatrique, l'assurée a d'autant plus décompensé ses troubles, en affichant des attaques de panique qui signent ses faibles capacités de gestion émotionnelle. Les fonctions complexes du Moi sont donc très perturbées et déficientes, alors qu'elles étaient probablement mieux compensées par le passé. »

**ee)** S'agissant de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a indiqué ce qui suit :

« En ce qui concerne la cohérence, il faut être prudent avec l'utilisation de l'étiquette de « démonstrativité ». Comme discuté plus haut dans l'expertise, il n'y a pas d'évidence pour un comportement conscient chez l'assurée, qui serait à envisager sous l'angle de la majoration (qui implique ce caractère conscient). Sa démarche, ses soupirs, ses grimaces, sa lenteur, son incapacité à

livrer une anamnèse cohérente pourraient être considérés à tort comme de l'exagération. Il s'agit avant tout d'une attitude dysfonctionnelle, qui signe l'incapacité de l'assurée à verbaliser sa souffrance sur un mode plus différencié. Les pleurs de l'assurée, ses bouffées d'anxiété lors de l'entretien sont en outre apparus authentiques (les deux attaques de panique ont répondu à une technique de contrôle respiratoire, ce qui n'aurait pas été le cas d'un sujet qui aurait voulu simuler une telle anxiété). Par ailleurs, le dosage plasmatique que nous avons réalisé au sujet de la Mirtazapine affiche un taux dans les valeurs attendues, dans le sens d'une compliance au traitement a priori correcte. De fait, je considère que les troubles sont authentiques et qu'ils expliquent la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie. »

**ff)** En ce qui concerne finalement l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, le Dr Q. \_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes :

« En ce qui concerne l'appréciation des limitations fonctionnelles et des ressources, on peut parcourir le canevas du Mini-CIF-APP [note du Dr Q. \_\_\_\_\_ : instrument d'évaluation des aptitudes psychiques, réd.] de la façon suivante :

Même si l'assurée ne peut être considérée comme souffrant avec certitude d'un trouble psychotique, son état dissociatif et de perplexité anxieuse ne lui permet plus de tenir compte de façon adaptée et cohérente de sa situation personnelle. Le manque de structuration psychique empêche l'assurée de s'adapter à des règles et des consignes.

Le tableau de pseudo-démence dissociative et dépressive ne permet plus à l'assurée de planifier et de structurer les tâches.

La flexibilité et les capacités d'adaptation sont inexistantes : l'assurée n'est pas en mesure d'adapter son comportement à un changement de cadre, qui est vécu comme une contrainte insurmontable, qui décompense d'autant plus ses angoisses (comme elle l'a manifesté dans le cadre de l'entretien psychiatrique). Face à toute demande et changement professionnel, l'assurée resterait perplexe, incapable d'intégrer les informations de façon cohérente.

Même si l'assurée disposait initialement d'un potentiel intellectuel dans la norme au vu de son parcours scolaire, elle ne dispose pas d'une formation et de compétences spécifiques.

La capacité de jugement et de prise de décision est fortement perturbée : l'assurée se montre incapable de donner une image cohérente d'elle-même et de ses proches. L'inhibition liée [à la] dépression et à la dissociation psychique figent les processus de pensée.

L'endurance est sévèrement abaissée. L'assurée est fatigable, apathique et incapable de répondre aux exigences d'autrui.

Les capacités d'affirmation sont sévèrement abaissées : l'expertisée est enkystée dans des idées de dévalorisation, de perte d'espoir et de culpabilité. Elle estime être une mauvaise mère, une mauvaise épouse, et n'estime plus pouvoir apporter quoi que ce soit de positif à son entourage.

Le sens du contact envers des tiers est altéré : l'assurée est plaintive, enfermée dans ses symptômes physiques et psychiques. Face aux sollicitations de tiers, comme démontré dans le cadre de la présente expertise, elle se déstructure d'autant plus et active son anxiété. Cet état de perplexité ne serait pas toléré par un quelconque cadre de travail.

La capacité d'intégration dans des groupes ou des activités associatives est fortement abaissée, l'évolution allant avec les années dans le sens d'une grave régression au sein de sa famille, sans activité élargie.

Les relations proches doivent être considérées avec réserve : si la famille de l'assurée constitue son seul soutien, on doit également tenir compte d'une dynamique familiale et conjugale perturbée depuis des années, facteurs susceptibles de verrouiller l'assurée dans ses troubles psychiatriques.

Les activités spontanées sont fortement abaissées : l'assurée est apathique, elle ne répond qu'au « minimum vital » dans le cadre de sa famille. Les éléments figurant dans l'hétéro-anamnèse de l'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ décrivent cette évolution.

L'hygiène et les soins corporels ne paraissent par contre pas abaissés.

Les capacités de déplacement ne sont pas abaissées par des facteurs psychiques.

En suivant cette analyse, on constate que les limitations fonctionnelles l'emportent sur des ressources quasi inexistantes. »

**c)** Sur le vu de ce qui précède, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par le Dr Q. \_\_\_\_\_ sur la capacité de travail de la recourante emportent la conviction et sont dépourvues de contradictions. Elles se fondent sur une grille d'indicateurs pertinents en accord avec la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en la matière.

**d)** On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la Policlinique Médicale N. \_\_\_\_\_, laquelle examine de manière complète l'ensemble des plaintes - somatiques et psychiques - de la recourante. D'excellente facture, elle rend compte d'une anamnèse complète, de la complexité du cas, discute

les avis divergents et opère consciencieusement une synthèse après consilium. Elle revêt donc une entière valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de se rallier aux conclusions consensuelles rendues, dûment motivées et parfaitement claires. Les parties en conviennent du reste, sans réserve.

**e)** Partant, il convient de retenir que la recourante a présenté, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, une incapacité de travail de 50% de 2010 à juin 2018 puis de 100% à compter de juin 2018 (expertise du Dr J.\_\_\_\_\_). Dans la mesure où les taux d'incapacité de travail se confondent ici avec le taux d'invalidité, ces résultats ouvrent le droit à une demi-rente d'invalidité puis à une rente entière.

**f)** Cela étant, on observera que si cette péjoration intervient certes en cours de procédure, soit postérieurement à la décision litigieuse fixant en principe l'objet du litige (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1), il y a cependant lieu d'étendre celui-ci à la résolution complète du litige, comme les parties en conviennent, par économie de procédure, s'agissant d'un élément de fait non contesté et étroitement lié à la solution du cas (ATF 130 V 501 consid. 1.2 ; cf. TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2).

**8. a)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Selon la jurisprudence, le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20% étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TFA I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in : VSI 1998 p. 126).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**b)** Dans leur rapport de synthèse du 25 juin 2019 (p. 7), les experts ont retenu que, depuis le début du suivi psychiatrique, soit le 19 janvier 2010, il existait une capacité de travail moyenne de 50% jusqu'à l'évaluation du Dr J.\_\_\_\_\_ en juin 2018. Par conséquent, le délai d'attente d'une année a commencé à courir à partir du 19 janvier 2010 pour arriver à échéance le 18 janvier 2011 (art. 28 al. 1 let. b LAI), de sorte que le droit à une demi-rente d'invalidité doit être reconnu à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011. L'incapacité de travail étant entière à compter du rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ daté du 21 juin 2018, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2018 (art. 88a al. 2 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

**9.** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 août 2018 puis à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2018.

**10.** Enfin, la recourante requiert la prise en charge par l'office AI de la note d'honoraires du Dr J.\_\_\_\_\_.

**a)** Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

**b)** Cette disposition s'applique, d'une part, aux mesures prises spontanément par l'assuré, quelle que soit la phase de la procédure dans laquelle il se trouve (expertise privée) et, d'autre part, aux mesures ordonnées par l'autorité de recours pour pallier la carence de l'assureur social (expertise judiciaire). Dans cette deuxième hypothèse, le Tribunal fédéral a précisé que les frais d'une expertise (mono-, bi- ou pluridisciplinaire) mise en œuvre par l'autorité de recours ne pouvaient être mis à la charge de l'assureur social que si ce dernier avait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées, que l'expertise judiciaire devait pallier. Il doit ainsi exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Selon le texte de l'art. 45 al. 1 LPGA, sont à la charge de l'assureur social les mesures indispensables à l'appréciation du cas. En principe, il n'est pas nécessaire qu'elles apportent des éléments nouveaux, infirment ou confirment les informations déjà obtenues, mais uniquement qu'elles soient utilisables par l'assureur social pour statuer sur le cas (cf. Commentaire romand de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 13 et 14 ad art. 45 et les références citées ; cf. aussi n. 27 ss. ad art. 61 à propos de l'expertise judiciaire).

**c)** En l'occurrence, il est établi que le cas de la recourante s'est avéré complexe, ceci dès l'ouverture de l'instruction, le SMR, par le Dr A.\_\_\_\_\_, ayant d'emblée considéré qu'il convenait d'avoir recours à l'avis d'experts (cf. avis médical du 10 janvier 2012). Plusieurs expertises ont été successivement mises en œuvre par l'intimé (Drs L.\_\_\_\_\_/ B.\_\_\_\_\_, Centre d'Expertise Z.\_\_\_\_\_, SMR [Drs D.\_\_\_\_\_/ P.\_\_\_\_\_] ), sans s'accorder réellement sur des diagnostics clairs ni discuter les avis divergents des médecins traitants. Dans ce contexte, on ne voit pas que la décision litigieuse ait été fondée sur des éléments objectifs convergents, ceci en présence d'une évolution des symptômes psychiques et d'une intrication complexe des composantes psychopathologiques. Il convenait dès lors de poursuivre l'instruction en faisant appel à un expert chevronné afin qu'il puisse à tout le moins tenter de dissiper un excès de confusion. Dans ce contexte, c'est ce que fit l'assurée en requérant du Dr J.\_\_\_\_\_ qu'il fasse la synthèse des avis divergents et les discute de manière

objective. Son expertise est à cet égard de très bonne facture, ayant apporté au cas de l'assurée un éclairage des plus judicieux.

Ainsi, la production de l'expertise privée, en apportant un nouveau point de vue, mais néanmoins critiquée par l'intimé, s'est révélée utile à la solution du litige puisqu'elle a conduit à la mise en œuvre, par la Cour de céans, de l'expertise judiciaire auprès de la Policlinique Médicale N.\_\_\_\_\_, laquelle, de nature à départager les avis divergents, s'est avérée probante et propre à mettre fin au litige.

Il se justifie par conséquent d'admettre la conclusion de la recourante tendant à la prise en charge de la note d'honoraires facturée par l'expert J.\_\_\_\_\_, dont le montant, dans la norme, n'est du reste pas critiquable.

Pour les mêmes motifs, il se justifie également de mettre les frais de l'expertise judiciaire par 12'000 fr. à la charge de l'intimé.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, il convient de mettre à la charge de l'office AI un montant de 16'500 fr. correspondant, d'une part, à la note d'honoraires du Dr J.\_\_\_\_\_ par 4'500 fr. et, d'autre part, aux frais de l'expertise judiciaire réalisée par la Policlinique Médicale N.\_\_\_\_\_ par 12'000 francs.

**11. a)** 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'office AI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**b)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois

du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 21 juillet 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que X. \_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité du

1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 août 2018 puis à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2018.

- 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. Les frais de l'expertise privée du Dr J. \_\_\_\_\_ par 4'500 fr. (quatre mille cinq cents francs) et les frais de l'expertise judiciaire réalisée par la Policlinique Médicale N. \_\_\_\_\_ par 12'000 fr. (douze mille francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Claudio Venturelli, avocat (pour X. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier: