

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 décembre 2020

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Bidiville et Küng, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Olivier Carré,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

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

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

**A.** Originaire du Kosovo, entrée en Suisse en 1998, G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, est mariée et mère de trois enfants nés entre 1999 et 2004. De mars 2003 à mai 2007, elle a travaillé au taux de 15 % en tant qu'aide-éducatrice dans un jardin d'enfants (sous contrat jusqu'au 30 juin 2008). Parallèlement, elle a œuvré comme femme de ménage à 8 % de juillet 2005 à juin 2007 pour le compte d'une compagnie d'assurances (sous contrat jusqu'au 31 mai 2009).

Le 6 mai 2007, G. \_\_\_\_\_ a été victime d'un accident de la voie publique au cours duquel le véhicule conduit par son époux a été heurté par une automobile circulant en sens inverse. Présentant des douleurs à la tête ainsi qu'à la nuque, elle a été transférée à l'Hôpital J. \_\_\_\_\_ où elle a subi de nombreux examens à l'issue desquels les médecins ont diagnostiqué de multiples contusions mais aucune fracture.

Souffrant de douleurs à l'hémicorps droit ainsi que de troubles du sommeil et de l'humeur avec difficultés à assumer les tâches de la vie quotidienne, G. \_\_\_\_\_ a déposé, en date du 22 décembre 2008, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Sur formulaire 531bis, G. \_\_\_\_\_ a indiqué, le 7 janvier 2009, qu'en bonne santé, elle travaillerait à 50 % et augmenterait son temps de travail à 100 % avec l'entrée à l'école enfantine de son plus jeune fils en août 2009.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'office AI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assurée.

Dans un rapport du 12 janvier 2009, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de syndrome cervical post-traumatique et de syndrome de stress post-traumatique, existant tous deux depuis le 6 mai 2007. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu des céphalées mixtes. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale depuis le 6 mai 2007 dans l'activité d'aide en garderie. Aucune reprise d'activité professionnelle n'était envisagée. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a joint à son rapport divers documents médicaux, dont un compte-rendu de consultation du 1<sup>er</sup> septembre 2008 dans lequel le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a évoqué un possible traumatisme ligamentaire de la colonne cervicale. Quant au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il a fait état d'une évolution inquiétante, notant l'apparition de douleurs à la jambe et au pied droits. Il a par ailleurs relevé une accentuation des symptômes de dépersonnalisation (courrier du 13 novembre 2008 au Dr P.\_\_\_\_\_). Dans un courrier du 20 février 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ relevait une évolution défavorable dans un terrain prémorbide sévère marqué par un état dépressif important. Arrivée en Suisse en 1998, elle avait développé un état de stress post-traumatique atypique construit sur des images télévisées de violence qui restaient présentes sous forme d'intrusions ou de cauchemars.

Le 26 janvier 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_ a complété un rapport médical sur formule ad hoc à l'intention de l'office AI. Il y posait les diagnostics incapacitants de troubles somatoformes douloureux sévères (F 45.4), de syndrome de stress post-traumatique (F 43.1) existant tous deux depuis le 6 mai 2007 et de troubles dépressifs sévères sans symptômes psychotiques (F 32.2) depuis 1998. Il a fait état de douleurs persistantes et invalidantes touchant la tête, la nuque et le bras droit avec une extension progressive sur tout l'hémicorps droit ; il a en outre noté l'apparition d'une boiterie depuis novembre 2008. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a également relevé une tristesse, une anhédonie, et des ruminations permanentes au sujet de la santé. Estimant que le pronostic était sévère, il a retenu que la capacité

de travail dans la profession d'aide-éducatrice à temps partiel était nulle depuis le 6 mai 2007.

Le 16 juin 2009, G. \_\_\_\_\_ a transmis à l'office AI le rapport d'expertise pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique, psychiatrique et neurochirurgicale) du 2 juin 2009 réalisée par le Bureau R. \_\_\_\_\_ à la demande de l'assurance responsabilité civile du conducteur du véhicule ayant embouti l'automobile dans lequel se trouvait l'assurée lors de l'accident du 6 mai 2007. Au plan somatique, les experts ont exclu toute incapacité de travail comme éducatrice ou ménagère. En revanche, sur la base des diagnostics psychiatriques retenus (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique ; état de stress post-traumatique ; syndrome douloureux somatoforme persistant ; trouble dissociatif mixte), l'expert psychiatre a jugé que, dans une activité professionnelle régulière exigeant performance et rendement, l'assurée présentait une incapacité de travail de 75 %, dont les deux tiers étaient imputables aux suites de l'accident. Dans une activité de ménagère où la pression sur le rendement et la performance était un peu moins élevée, l'incapacité de travail était de l'ordre de 50 %, dont les deux tiers étaient imputables aux conséquences de l'accident.

Le complément d'expertise psychiatrique suggéré le 22 février 2010 par le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), n'ayant pu se faire au Bureau R. \_\_\_\_\_ et compte tenu de la complexité de la situation médicale relatée dans l'avis précité, le SMR a recommandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire « pour préciser si l'assurée présente une atteinte à la santé à caractère incapacitant, les éventuelles limitations fonctionnelles qui en découlent, la capacité de travail exigible, ainsi que l'évolution de l'incapacité de travail depuis mai 2007 » (avis médical du 12 juillet 2012).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté la Clinique B. \_\_\_\_\_ pour procéder à l'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologique, psychiatrique, neurologique et neurochirurgicale) de

G.\_\_\_\_\_. Les experts ont conclu leur rapport de synthèse du 7 janvier 2013 en ces termes :

« Au terme de l'entretien de synthèse, les experts retiennent donc une atteinte significative à la santé. Celle-ci est exclusivement psychique et se caractérise par un trouble de personnalité histrionique décompensée sur un mode dysthymique à la faveur d'un accident de la route le 6 mai 2007.

Ce trouble est responsable d'une incapacité de travail totale à partir de la date de l'accident.

Puisque cette incapacité résulte d'une atteinte psychique, on doit admettre qu'elle est indépendante du type d'activité envisagé. Ipso facto, il n'y a pas de mesure professionnelle susceptible d'améliorer la participation professionnelle.

Si l'incapacité est fixée pour une longue durée, on ne saurait la considérer comme définitive, en dépit d'un pronostic à l'évidence réservé. On peut espérer du traitement psychotrope et de la mise en place d'un traitement anxiolytique une amélioration de l'état de santé et, à terme, la restauration de certaines ressources dans la perspective d'une activité rémunérée. Nous proposons donc que la situation soit réévaluée à un an. La révision pourrait alors être confiée exclusivement à un psychiatre. »

En date du 27 août 2013, l'office AI a fait procéder à une enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du 5 septembre 2013, l'enquêtrice a retenu un statut de 23 % active et de 77 % ménagère de mai 2007 à août 2007, de 50 % ménagère et 50 % active de septembre 2007 à juin 2010 et de 100 % active dès le mois de juillet 2010, soit au terme de sa formation en qualité d'éducatrice au jardin d'enfants.

Dans un avis médical du 9 décembre 2014, la Dre X.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est exprimée en ces termes :

« (...)

En date du 17.06.2014, deux nouvelles expertises sont versées au dossier, réalisées à la requête de la Cour civile du Tribunal cantonal [du canton de] Vaud dans le cadre d'un litige opposant l'assurée et l'assureur RC de l'autre conducteur impliqué dans l'accident. Il s'agit d'un rapport d'expertise neurologique du 10.12.2013 réalisé par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, ainsi que d'un rapport d'expertise psychiatrique du 06.01.2014 réalisé par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

(...)

Sur le plan de la CT [capacité de travail, réd.], s'il admet une CT réduite d'au moins 75 % par le syndrome douloureux chronique dont souffre actuellement l'assurée, le Dr V.\_\_\_\_\_ reconnaît toutefois qu'aucune cause organique neurologique ne permet d'expliquer une IT [incapacité de travail, réd.], tant dans les tâches ménagères de l'assurée, que dans les soins apportés à ses enfants, que dans une quelconque activité professionnelle.

(...)

Le Dr S.\_\_\_\_\_ estime, sur le plan psychiatrique, l'IT de 30 % pour le monde ordinaire du travail. « Cette IT est une moyenne, sachant une évolution en dents-de-scie. Elle remonte à de nombreuses années. Elle pourrait précéder la venue de l'intéressée en Suisse. » Le Dr S.\_\_\_\_\_ n'admet pas une IT totale, car il décrit clairement que l'assurée passe par des phases de rémission au moins partielle de sa pathologie dépressive. Elle reste selon lui suffisamment autonome pour déambuler en ville et se rendre seule chez ses médecins. Dans l'activité de ménagère, le Dr S.\_\_\_\_\_ retient une IT de 15 %. Il précise qu'il ne prend pas en compte, dans l'appréciation de l'exigibilité, le comportement anormal de malade qu'implique le trouble somatisation. Dès lors, il estime raisonnablement exigible que l'assurée exerce une activité lucrative telles que celles qu'elle a exercé précédemment (vendeuse en épicerie et aide-éducatrice) à un taux de 70 % et ses activités ménagères à un taux de 85 %, hormis une période d'IT de 80 % dans toute activité entre le 06.05.2007 (date de l'accident) et le 05.05.2008 et de 40 % dans son activité ménagère pour la même période. Le Dr S.\_\_\_\_\_ admet que le pronostic à long terme est difficile à établir, tout en estimant que la situation « n'est pas totalement irréversible, sachant qu'on est face à des troubles psychogènes et non pas cérébro-organiques. »

(...)

En résumé, l'expertise neurologique réalisée par le Dr V.\_\_\_\_\_ n'apporte pas de nouvel élément sur le plan neurologique et neuropsychologique ; elle confirme l'absence d'atteinte neurologique à caractère incapacitant, comme l'ont déjà établi les différents spécialistes et experts qui ont examiné l'assurée depuis 2007. On doit donc raisonnablement s'écarter de l'appréciation de l'IT d'au moins 75 % qu'il retient en raison uniquement du syndrome douloureux chronique.

(...)

L'expertise psychiatrique réalisée par le Dr S.\_\_\_\_\_ apporte un nouvel éclairage sur l'état psychique de l'assurée compte tenu de ses antécédents psychiatriques et des diagnostics retenus par l'expert. Néanmoins, avant de prendre position sur cette dernière expertise et en particulier sur l'exigibilité retenue, je me demande si la gravité du trouble somatisation retenu et classifié parmi les troubles somatoformes dans la CIM-10, ne devrait pas être appréciée selon les critères de la jurisprudence en matière de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans substrat organique. L'expert pourrait être réinterrogé dans ce sens (...). »

Par projet de décision du 16 juin 2015, l'office AI a informé G. \_\_\_\_\_ qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Sur la base des renseignements médicaux recueillis, il a retenu que l'évolution favorable de son état de santé ne justifiait plus qu'une incapacité de travail de 30 % dès mai 2008 en toute activité. Compte tenu de la pondération du statut active et ménagère tel que ressortant du rapport d'enquête ménagère du 5 septembre 2013, l'office AI a retenu un taux d'invalidité de 34,65 % de mai 2007 à août 2007, de 53,75 % dès septembre 2007 et de 10,35 % dès mai 2008. A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit en mai 2008, l'invalidité globale de l'assurée s'élevait à 10,35 %, ce qui excluait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Le 13 août 2015, G. \_\_\_\_\_, représentée par son précédent conseil, a présenté des objections à ce projet. Elle a plus particulièrement sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique répondant aux nouvelles exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'évaluation de l'invalidité en cas de troubles psychiques et assimilés.

Chargé par l'office AI de procéder à l'expertise psychiatrique de G. \_\_\_\_\_, le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport en date du 1<sup>er</sup> décembre 2016. Il y posait les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble de la personnalité histrionique (F 60.4) existant depuis l'enfance, de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission partielle (F 33.4) existant depuis 1998 au plus tard et de somatisation (F 45.4), existant depuis 2007. A l'instar du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et compte tenu de la labilité émotionnelle due à la personnalité histrionique de l'assurée, l'expert a retenu une incapacité de travail de 80 % pour une période de douze mois postérieurement à l'accident, soit du 6 mai 2007 au 5 mai 2008. Par la suite, l'anamnèse de l'assurée a montré une reconstruction de ses ressources d'adaptation lui permettant, par exemple, de passer à nouveau des vacances dans son pays d'origine en été 2008. Sans signe d'une nouvelle décompensation,

elle a affronté d'autres situations potentiellement stressantes, comme un examen de naturalisation réussi en 2013. Depuis lors, la personnalité histrionique de l'intéressée a maintenu une somatisation et des symptômes dépressifs résiduels justifiant une incapacité de travail de 30 % dans son activité habituelle, par exemple en qualité de vendeuse en épicerie, employée de nettoyage ou aide-éducatrice. L'expert a expliqué que cette incapacité de travail tenait compte d'une diminution de la résistance au stress et d'une fatigabilité accrue. En l'absence de contact interpersonnel soutenu, notamment en l'absence d'intégration dans une équipe de travail, l'activité comme vendeuse en épicerie ou employée de nettoyage paraissait préférable à celle d'aide-éducatrice et constituait une activité adaptée. En revanche, si l'activité d'aide-éducatrice se déroulait dans un cadre soutenant qui acceptait les particularités de fonctionnement de l'assurée, notamment dans une petite structure avec des tâches vécues comme valorisantes, ce travail pouvait également correspondre à une activité adaptée.

Le 22 décembre 2016, la Dre X. \_\_\_\_\_ a déclaré se rallier aux conclusions de l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_.

Le 14 août 2017, l'office AI a rendu une décision formelle entérinant le refus d'octroyer une rente d'invalidité à l'assurée, conformément à son projet de décision du 16 juin 2015. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées le 13 août 2015.

**B.** Par acte du 19 septembre 2017, G. \_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 14 août 2017 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit allouée, subsidiairement à l'octroi d'autres prestations qu'elle se réservait de préciser ultérieurement, respectivement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelles décisions dans le sens des considérants. En substance, elle a critiqué l'instruction médicale effectuée par l'administration en soulignant les divergences d'appréciation

existant entre les différents médecins l'ayant examinée tant sous l'angle somatique que du point de vue psychique. Dans ces conditions, l'assurée estimait que l'office AI aurait dû diligenter une expertise pluridisciplinaire afin de procéder à une évaluation globale des répercussions de ses atteintes sur sa capacité de travail et de gain. L'administration n'ayant pas procédé de cette façon, il incombait dès lors à la Cour de céans de mettre en œuvre une telle mesure d'instruction.

Par décision du 22 septembre 2017, G.\_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 15 septembre 2017 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, l'intéressée étant toutefois astreinte au paiement d'une franchise mensuelle de 100 fr. dès et y compris le 1<sup>er</sup> novembre 2017. Un avocat d'office en la personne de Me Olivier Carré a en outre été désigné.

Dans sa réponse du 24 octobre 2017, l'office AI a relevé que, sur le plan neurologique, l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_ pouvait avoir été influencée par des problèmes psychiatriques, lesquels ne relevaient pas de son champ de compétences. Quant à l'aspect psychique, il a souligné que le Dr W.\_\_\_\_\_ rejoignait l'analyse du Dr S.\_\_\_\_\_. A cet égard, l'office AI a fait observer que ce dernier n'avait pas fait état d'éléments sur le versant psychiatrique qui influençaient le travail de l'assurée, l'ensemble de son état de santé psychique ayant fait l'objet d'un examen minutieux. Au surplus, il a souligné la discordance entre l'ampleur des plaintes et des limitations alléguées et la réalité des faits constatée. L'intéressée disposait par ailleurs de ressources personnelles. Dans ces circonstances, l'office AI a estimé que la réalisation d'un complément d'instruction sur le plan médical ne se justifiait pas. Il a en conséquence conclu au rejet du recours.

A l'appui de sa réplique du 26 février 2018, G.\_\_\_\_\_ a produit un lot de pièces médicales dont elle entendait déduire l'existence d'une invalidité évidente et ancienne, justifiant la mise en œuvre d'une expertise. A titre de mesure d'instruction, elle a sollicité la tenue d'une audience avec audition de quelques témoins.

Dupliquant en date du 7 mai 2018, l'office AI s'est référé à l'avis médical du 23 avril 2018 établi sous la plume de la Dre X.\_\_\_\_\_ dont il ressortait que les rapports médicaux produits n'apportaient aucun élément médical nouveau rattaché à la période prévalant jusqu'à la décision litigieuse, qui n'aurait pas été pris en compte dans le cadre de l'instruction et qui serait susceptible de modifier son point de vue quant à la capacité de travail. Pour le reste, l'office AI a déclaré confirmer la teneur de ses lignes du 24 octobre 2017.

En annexe à ses déterminations du 10 septembre 2018, G.\_\_\_\_\_ a produit diverses pièces médicales émanant notamment du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin traitant, et de la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante (rapport du 5 septembre 2018), lesquels faisaient état d'une aggravation de son état de santé tant sur le plan somatique que psychique. Elle a réitéré sa réquisition tendant à la tenue d'une audience.

Par pli du 1<sup>er</sup> octobre 2018, l'office AI a indiqué que les documents produits ne contenaient aucun argument de nature à remettre en cause sa position, si bien qu'il confirmait ses conclusions tendant au rejet du recours.

**C.** Le 6 mars 2019, le magistrat instructeur a confié à l'Hôpital D.\_\_\_\_\_ le soin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique, médecine interne et orthopédique [chirurgie du dos]) de G.\_\_\_\_\_. Déposé le 13 janvier 2020, le rapport était signé par les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, T.\_\_\_\_\_ et le Prof. A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Sur la base de leur analyse, les experts ont posé les diagnostics suivants :

« **Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :**

- Autres troubles somatoformes (F 45.8) dès 2007

- Neurasthénie (F 48.0) dès 2007
- Ostéochondrose inflammatoire lombaire multi-étagée avec bursite inter-épineuse L4-L5 et L5-S1 « Baastrup disease » mise en évidence en janvier 2018 (sans lien avec l'accident de 2007)

### **Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail :**

- Stress post-traumatique (F 43.1) dès 2007
- Dysthymie (F 34.1) dès 2013
- Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) dès 2002
- Traits de personnalité histrionique (Z 73.1) dès 1998
- Syndrome du coup du lapin ou « Whiplash-associated disorder » grade III selon le « Quebec Task Force » le 06.05.2007 (date de l'accident) »

Les experts ont motivé leur appréciation de la capacité de travail en ces termes :

#### **« Capacité de travail (CT) dans l'activité exercée jusqu'ici**

**L'expertise de médecine interne** ne retient pas de limitations fonctionnelles. La CT de l'assurée est donc de **100 %** dans tout type d'activité et ce **depuis mai 2007**.

**L'expertise orthopédique** retient une CT de **100 %** pour l'activité d'aide éducatrice dans un jardin d'enfants jusqu'à janvier 2018 et de **50 %** à partir du **19.01.2018** (date du diagnostic retenu sur l'IRM).

**L'expertise psychiatrique** retient une CT de **50 %** pour l'activité d'aide éducatrice dans un jardin d'enfants pour la **période 2009-2019**. En revanche, pour la période allant de 2007 à 2009, l'expert psychiatre estime la CT à un taux moyen de 25 %.

Sur la base des éléments précédents, le consensus pluridisciplinaire retient une **CT de 50 %** dans **l'activité jusque-là exercée**, et ce **depuis 2009, pour une durée actuellement non évaluable** (CT de 25 % dans une activité adaptée entre 2007 et 2009).

#### **Capacité de travail (CT) dans une activité adaptée**

**L'expertise de médecine interne** ne retient pas de limitations fonctionnelles. La CT de l'assurée est donc de **100 %** dans tout type d'activité et ce **depuis mai 2007**.

**L'expertise orthopédique** retient une CT de **100 %** dans une activité adaptée depuis **2007**. Une activité adaptée est une activité qui évite le port de charges supérieures à 3 kg et loin de l'axe du corps, ainsi que tout mouvement de flexion/extension du tronc.

**L'expertise psychiatrique** retient une CT de 50 % dans une activité adaptée depuis **2009**. Cette CT est estimée à 25 % pour la période allant de 2007 à 2009. Il est à noter que l'activité d'aide éducatrice dans un jardin d'enfants correspond aux aptitudes de l'expertisée du point de vue psychiatrique et peut, de ce fait, être considérée comme adaptée.

Sur la base des éléments précédents, le consensus pluridisciplinaire retient une **CT de 50 %** dans **une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée**, et ce **à partir de 2009** (CT de 25 % dans une activité adaptée entre 2007 et 2009).

**Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)**

L'expertise de médecine interne retient une CT de 100 % dans l'activité exercée jusque-là ainsi que dans une activité adaptée.

L'expertise orthopédique retient une CT de 50 % dans l'activité exercée jusque-là et de 100 % dans une activité adaptée.

L'expertise de psychiatrie retient une CT de 50 % dans l'activité exercée jusqu'ici ainsi que dans une activité adaptée.

A l'issue de cette expertise pluridisciplinaire, le consensus des experts retient une capacité de travail de 50 % dans l'activité exercée jusque-là et de 50 % dans une activité professionnelle adaptée. Il n'y a pas d'incapacités de travail partielles susceptibles de s'additionner et nous jugeons que l'assurée possède encore les ressources nécessaires pour exercer une activité dont les caractéristiques sont adaptées à ses limitations fonctionnelles, et qui respecte le taux d'activité que nous avons indiqué. »

A ses déterminations du 16 mars 2020, l'office AI a joint un avis médical du SMR établi en date du 25 février 2020 sous la plume de la Dre X.\_\_\_\_\_. S'agissant du volet de médecine interne, elle a constaté qu'aucun diagnostic ni aucune limitation fonctionnelle n'avait été retenue. Sur le plan orthopédique, elle a relevé que le diagnostic d'ostéochondrose inflammatoire lombaire multi-étagée avec bursite inter-épineuse L4-L5 et L5-S1 « Bastrup disease » était postérieure à la décision contestée. Sous l'angle psychiatrique, elle a critiqué l'absence de description précise des limitations fonctionnelles au regard des diagnostics retenus. Elle s'est ensuite interrogée sur l'appréciation de la capacité de travail faite par le

Prof. A. \_\_\_\_\_ ainsi que l'évolution de celle-ci. L'office AI estimait dès lors qu'il convenait de procéder à un complément d'instruction en interpellant les experts sur les questions soulevées par le SMR.

S'exprimant par pli du 9 juillet 2020, G. \_\_\_\_\_ a pris acte de ce que les experts lui reconnaissaient une incapacité de travail de 50 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Si elle a déclaré renoncer à une réinterpellation des experts telle que formulée par le SMR, elle a en revanche sollicité la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique supplémentaire conformément à la suggestion exprimée par le Dr L. \_\_\_\_\_ (courrier du 18 juillet 2019). Sous l'angle économique, elle a fait valoir que les revenus escomptés une fois achevé le complément de formation projeté emportaient une perte de gain supérieure au taux d'incapacité de travail de 50 % attesté médicalement, laissant augurer que son invalidité pourrait atteindre 60 voire 70 %. Elle a surplus renouvelé sa réquisition tendant à la tenue d'une audience d'instruction.

Par courrier du 28 juillet 2020, l'office AI a répété qu'il estimait nécessaire que les médecins ayant examiné l'assurée se prononcent sur les questions soulevées par le SMR dans son avis du 25 février 2020. S'agissant du revenu sans invalidité, il a fait observer que la demande de renseignements sur la formation d'éducatrice de la petite enfance envisagée par l'intéressée n'était pas suffisante pour admettre que les épreuves en question auraient été couronnées de succès et que, par conséquent, le salaire qu'aurait perçu une éducatrice de la petite enfance devrait être pris en compte à titre de revenu sans atteinte à la santé. A cet égard, l'office AI a rappelé que le revenu sans invalidité tenant compte des perspectives de gain était établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

Le 5 août 2020, le magistrat instructeur a informé G. \_\_\_\_\_ qu'en l'état du dossier constitué, il ne voyait pas de raison de poursuivre ou de compléter l'instruction, celle-ci pouvant être considérée comme close.

Dans une lettre du 10 août 2020, G. \_\_\_\_\_ a pris acte de la clôture de l'instruction et renoncé à la tenue d'une audience. A ce pli était jointe la liste des opérations effectuées par Me Carré pour la période comprise entre le 19 septembre 2017 et le 10 août 2020.

### **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 a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation. La répartition des champs d'activité (actif et ménager) n'est pas contestée.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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'écarte 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.** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**6.** Dans la décision du 14 août 2017 dont est recours, l'office AI a dénié le droit de la recourante à une rente 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.

La recourante a contesté la manière de voir de l'office AI en faisant valoir que le dossier n'avait pas fait l'objet d'une instruction suffisante sur le plan médical.

Le magistrat instructeur a ainsi diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_.

Le 10 août 2020, la recourante a convenu de la clôture de l'instruction, renonçant par là-même à tout complément d'investigation sur le plan rhumatologique. En revanche, l'office intimé a émis diverses critiques à propos du volet psychiatrique de l'expertise.

La contestation porte dès lors uniquement sur le plan psychiatrique.

**7. a)** Après avoir exposé les éléments cliniques fondant les diagnostics retenus et leur évolution avant et après 2007, le Prof. A. \_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit sous l'intitulé « Evaluation médicale et médico-assurantielle (cohérence et plausibilité, ressources et difficultés, capacités de travail) » :

« Se référant à la dimension assurantielle, il convient d'étudier la répercussion du trouble somatoforme et de la neurasthénie sur la capacité de travail à la lumière des règles jurisprudentielles appliquées depuis 2015.

Trois éléments doivent être précisés au préalable.

En premier lieu, les deux entités forment un ensemble et seront abordés *in toto*. La neurasthénie influence usuellement le rendement en milieu usuel sans effet majeur au niveau de la capacité horaire. Dans le cas présent, il s'agit d'un facteur aggravant, la principale source d'invalidité étant le trouble somatoforme.

En deuxième lieu, comme analysé *in extenso* précédemment, de nombreux éléments montrent une incohérence entre l'ampleur des plaintes et le vécu subjectif de détresse, d'une part, et la préservation d'îlots de fonctionnement approprié notamment dans l'interaction sociale pour cette femme. L'analyse diagnostique qui précède nous permettra de relativiser ainsi, sans nier, l'impact du trouble somatoforme et de la neurasthénie sur la capacité de travail de l'expertisée.

En troisième lieu, la distinction entre milieu usuel et adapté fait peu de sens dans le cas d'espèce d'un point de vue strictement psychiatrique. Le travail d'aide éducatrice au jardin d'enfants était investi et reste adapté pour l'expertisée. Il n'y a donc aucune place pour imaginer qu'une réadaptation professionnelle améliorera la capacité de travail sur un plan psychiatrique.

Au niveau de la gravité de l'atteinte sur les répercussions fonctionnelles, les témoignages recueillis font état d'un changement majeur avec une détérioration sévère des capacités fonctionnelles de l'expertisée dans la plupart des aspects de sa vie. Ainsi la gestion du quotidien à domicile, les rapports de couple, l'hygiène personnelle, l'investissement dans des activités sportives, ainsi que l'échange verbal et affectif avec ses enfants sont lourdement affectés par le trouble somatoforme en association avec la neurasthénie.

Les traitements entrepris ont tous échoué malgré la participation de l'expertisée qui s'est montrée compliant aux propositions faites. L'amélioration du stress post-traumatique et la régression des affects dépressifs ont été certainement des gains mais le reste de

ses symptômes est resté stable malgré le suivi psychiatrique de type psychiatrie psychothérapie intégrée.

Sur le plan de sa personnalité, les traits histrioniques sont un facteur influençant l'expression de sa souffrance (dramatisation, tendance à la majoration) mais sans un réel effet sur l'évolution du trouble somatoforme et de la neurasthénie. Contrairement à ce qui a été suggéré dans les expertises S.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, il n'y a aucune étude fiable soutenant une association entre ce profil de personnalité (plus qu'un autre) et l'expression du trouble somatoforme (ou des somatisations retenues par les deux experts). En revanche, l'âge (avec la chronicité des symptômes), la présence de pathologies psychiatriques associées (sans distinction), la durée des hospitalisations pour le syndrome douloureux et le vécu subjectif d'invalidité pour les aspects occupationnels sont les facteurs déterminants de la baisse de la qualité de vie chez des personnes avec « pain-dominated somatoform disorder », le terme anglais qui correspond au mieux à l'état clinique de cette femme (voir *Nickel et al., Determinants of quality of life in patients with somatoform disorders with pain as main symptom - the case for differentiating subgroups, Z Psychosom Med Psychother. 2010 ; 56 : 3-22*).

Dans le cas qui nous occupe, trois des quatre critères sont présents (à l'exception d'une durée élevée d'hospitalisations) soulignant la gravité de l'atteinte fonctionnelle de l'expertisée.

La présence d'un entourage soutenant est un facteur positif à considérer. Le mari et les deux enfants majeurs sont présents et préoccupés par le bien-être de l'expertisée. Toutefois, leur vision est pessimiste, proche de la résignation et empreinte de tristesse. Sans exception, ils décrivent un fardeau significatif qu'ils assument dans le cadre de leur loyauté à l'égard de la mère. Soulignons ici que cette présence familiale est plutôt inhabituelle auprès des patientes histrioniques (qui sont vécues comme égoïstes et peu gratifiantes) ce qui plaide également contre un trouble de la personnalité tel que proposé aux expertises précédentes.

En contrepartie de ce qui précède, l'analyse de la vie privée de cette femme évoque qu'elle peut se montrer différente en fonction des interlocuteurs, notamment dans un contexte social. Ainsi, les vacances au Kosovo se font chaque année, elle se rend au bord de la mer en Albanie, est capable d'interagir hors domicile de manière plus ouverte. Le témoignage de sa fille qui insiste sur la volonté de sa mère « de faire bonne figure en public » correspond aux traits de personnalité détectés mais aussi à son comportement lors des entretiens d'expertise. Démonstrative dans l'expression de sa douleur, elle était très sensible à l'intérêt que l'on lui portait ce qui améliorait de manière passagère l'expression de ses plaintes. Une observation similaire avait été faite par le Dr W.\_\_\_\_\_ lors de son expertise de 2016.

*Dulcis in fundo*, le bilan neuropsychologique effectué montre clairement des éléments de surcharge qui doivent être pris en considération lors de la fixation de sa capacité de travail.

Sur la base de ce qui précède, nous considérons que l'expertisée présente à la base une incapacité de travail de 80 % en lien avec le trouble somatoforme et la neurasthénie. Un 20 % de capacité résiduelle doit être accepté eu égard à ses ressources restantes mobilisables en situation d'exposition sociale. La majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques nous permet de considérer que 30 % de son incapacité correspond à une surcharge en lien avec le sentiment d'injustice qu'elle éprouve.

**Ainsi, et de manière conclusive, nous estimons que d'un point de vue strictement psychiatrique la capacité de travail restante de cette femme est de 50 % dans un milieu usuel ou adapté (à ses éventuelles limitations physiques). »**

**b)** On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire réalisée à l'Hôpital D.\_\_\_\_\_, laquelle examine de manière exhaustive l'ensemble des plaintes - somatiques et psychiques - de la recourante. En effet, elle est le fruit de la mise en œuvre d'examens cliniques complets et d'une étude particulièrement fouillée du cas d'espèce. L'argumentation s'avère cohérente et débouche sur des conclusions dûment motivées. Ces dernières sont le résultat d'une discussion consensuelle entre tous les médecins impliqués dans une approche à juste titre globale du cas de la recourante. Les rapports divergents des autres médecins ou experts ont été discutés et intégrés dans les conclusions présentées.

Lors de son expertise, le Prof. A.\_\_\_\_\_ s'est livré à une anamnèse et à des examens cliniques très complets (trois entretiens avec l'assurée, un bilan neuropsychologique, sept entretiens avec des membres de la famille, une amie et la psychiatre traitante K.\_\_\_\_\_). Il a en outre discuté à satisfaction les avis incertains ou divergents émanant de ses confrères, de même qu'il a exposé ses motivations à l'appui des diagnostics retenus et l'impact de ces derniers sur la capacité de travail de l'assurée au fil du temps. Par ailleurs, cette expertise remplit les exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'évaluation de l'invalidité en cas de troubles psychiques et assimilés (cf. considérant 5 ci-dessus). En effet, l'expert psychiatre a indiqué que la ressource principale de l'intéressée était son entourage familial, notamment son époux et ses trois enfants qui lui apportaient beaucoup de soutien. S'agissant du contrôle de la cohérence, il a relevé une incohérence entre l'ampleur des

plaintes et le vécu subjectif de détresse, d'une part, et la préservation d'îlots de fonctionnement approprié notamment dans l'interaction sociale d'autre part. L'expert a encore indiqué que le suivi psychiatrique devait se poursuivre afin de donner un espace d'expression et de soutien à l'assurée, tout en écartant une éventuelle amélioration de la capacité de travail retenue.

**c)** Cela étant, dans son avis médical du 25 février 2020 rédigé à l'intention de l'intimé, la Dre X. \_\_\_\_\_ a remis en cause les diagnostics retenus par l'expert. Elle a par ailleurs critiqué l'absence de description précise des limitations fonctionnelles au regard des diagnostics retenus et s'est interrogée sur l'appréciation de la capacité de travail faite par le Prof. A. \_\_\_\_\_ ainsi que l'évolution de celle-ci.

**aa)** Dans le cadre de son analyse, le Prof. A. \_\_\_\_\_ a identifié quatre groupes de symptômes sur la base des déclarations de l'assurée. Le premier groupe concernait les paresthésies de la partie droite avec sensation de perte de force et douleurs à la tête (sous forme de migraines en casque) et à tout l'hémicorps droit. Selon l'expert, la description faite par l'assurée correspondait à un diagnostic d'autres troubles somatoformes (F 45.8) précisant à cet égard que d'autres symptômes rapportés dans l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ étaient devenus rares voire totalement absents (ballonnements occasionnels et épigastalgies, vertiges, acouphènes). Le deuxième groupe de symptômes incluait les insomnies avec cauchemars concernant des accidents de voiture (sans répétition *stricto sensu* de la scène), sensation d'odeur de fumée au réveil, vision du mur qui s'approchait contre elle, hypersensibilité au bruit avec des réactions de sursaut à l'état d'éveil. A l'instar du Dr S. \_\_\_\_\_, le Prof. A. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe en l'absence d'attitude méfiante, repli sur soi et refus de contact avec autrui. D'après l'expert, cette dimension post-traumatique sous forme de séquelles durables (F 43.1) était à ce jour de faible intensité et restait non invalidante. Le troisième groupe de symptômes incluait des manifestations plus diffuses : fatigabilité accrue, troubles de la concentration, sentiment d'épuisement,

vertiges, instabilité à la marche, « pression à l'intérieur de la tête ». L'expert a estimé que cette symptomatologie correspondait au diagnostic de neurasthénie (F 48.0), une entité regroupant l'expression somatique des plaintes psychologiques avec une hyperréactivité au stress, accompagnée par des manifestations dépressives ou anxieuses franches. Ce diagnostic n'impliquait pas une diminution du nombre d'heures de travail exigibles mais devait être pris en considération au niveau du rendement attendu en milieu usuel. Le quatrième groupe de symptômes concernait le registre dépressif avec humeur basse, anhédonie, aboulie, crises d'angoisse, idées noires avec idéation suicidaire fugace et sentiment de dévalorisation. L'expert a relevé que les symptômes étaient fluctuants, peu constants et étaient associés à une vision pessimiste et désabusée de l'existence. Il n'a pas retrouvé d'élaboration délirante de culpabilité ou d'indignité. Les distorsions cognitives de la lignée dépressive étaient absentes. A l'instar des experts précédents, il a constaté que l'ampleur de ces symptômes avait nettement diminué, de sorte que seul un diagnostic de dysthymie (F 34.1) pouvait être retenu, lequel ne s'avérait toutefois pas invalidant. Le Prof. A. \_\_\_\_\_ a encore expliqué pour quelles raisons le diagnostic de traits de personnalité histrionique (Z 73.1) et celui de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) ne revêtaient pas un caractère invalidant.

Contrairement à la Dre X. \_\_\_\_\_, l'expert n'a pas jugé problématique, en sa qualité de spécialiste, la coexistence des deux diagnostics incapacitants retenus dans la mesure où ils se fondaient aussi bien sur les déclarations de l'assurée que sur ses propres constatations. S'agissant de la description des limitations fonctionnelles, elles se déduisent de la symptomatologie mise en évidence pour chacune des atteintes à la santé invalidantes diagnostiquées. Ainsi, en relation avec le diagnostic d'autres troubles somatoformes, le Prof. A. \_\_\_\_\_ a constaté des paresthésies de la partie droite avec sensation de perte de force et douleurs à la tête (sous forme de migraines en casque) et à tout l'hémicorps droit. La neurasthénie induisait quant à elle une fatigabilité accrue, des troubles de la concentration, un sentiment d'épuisement, des vertiges et une instabilité à la marche. L'expert a encore souligné que les

répercussions fonctionnelles des atteintes invalidantes formaient un ensemble et qu'elles devaient être abordées *in toto*. Dans ce contexte, il a précisé que, dans les faits, le type de travail avait peu d'impact sur la réaction de l'expertisée, le syndrome douloureux somatoforme et la neurasthénie ayant un caractère invalidant dans toutes les activités qu'elle pouvait entreprendre et qui nécessitaient une mobilisation physique et psychique. En ce qui concernait enfin l'évolution de la capacité de travail, le Prof. A. \_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle s'était améliorée dès 2009 par une évolution positive de la lignée dépressive (trouble devenu dysthymique) et post-traumatique (incidences devenues séquellaires), tout en démontrant un potentiel évolutif très limité, avec chronicisation des symptômes somatoformes et de la neurasthénie. C'est du reste l'avis des psychiatres traitants F. \_\_\_\_\_ (cf. courriers des 20 février et 13 novembre 2008 ainsi que rapport du 26 janvier 2009) et K. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 5 septembre 2018).

**bb)** Dans ce contexte, on peut se demander si le SMR, soit la Dre X. \_\_\_\_\_, qui n'est au demeurant pas psychiatre, a prêté une attention suffisante aux spécificités du volet psychiatrique de l'expertise réalisée par le Prof. A. \_\_\_\_\_. L'avis médical de la Dre X. \_\_\_\_\_ du 25 février 2020 ne constitue qu'un avis différent sur une problématique pourtant dûment analysée par un spécialiste reconnu, dont les conclusions sont exemptes de toute contradiction. Il ne permet pas d'admettre une capacité de travail totale en toute activité et le fait qu'elle ait exprimé ses réserves quant à l'expertise effectuée par le Prof. A. \_\_\_\_\_ ne suffit pas, en soi, à remettre en cause le caractère incapacitant des pathologies retenues. Elle n'a par ailleurs fait état d'aucun élément objectif qui n'ait été dûment pris en considération et examiné par l'expert. Insuffisamment étayé quant aux motifs l'ayant conduite à s'opposer aux diagnostics retenus par l'expert, le rapport de la médecin prénommée ne permet dès lors pas de s'écarter de l'appréciation du Prof. A. \_\_\_\_\_. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de réinterroger les experts comme requis par l'intimé dans ses déterminations du 16 mars 2020.

**d)** Ainsi, il convient de retenir que la recourante présente une capacité de travail résiduelle globale dans toute activité réputée adaptée et dans tout champ d'activité (actif comme ménager), de 25 % de 2007 à 2009, puis de 50 % dès 2009.

**8.** Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée. La capacité de travail de la recourante se confondant avec sa capacité de gain, elle a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2009, soit après l'expiration – en mai 2008 – du délai d'attente d'une année déterminant pour l'ouverture du droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b LAI) et à l'échéance de la période de six mois à compter de la date à laquelle la recourante a fait tardivement valoir son droit aux prestations, soit le 22 décembre 2008 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**9. 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 ; le montant des frais est fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de l'arrêter à 2'500 francs. Il sied par ailleurs de relever que Me Carré a déjà été indemnisé pour la période du 15 septembre au 31 décembre 2017 (décision de taxation intermédiaire du 9 mars 2018), pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 21 septembre 2018 (décision de taxation

intermédiaire du 3 octobre 2018) et pour la période du 22 septembre 2018 au 30 septembre 2019 (décision de taxation intermédiaire du 7 octobre 2019). A cela s'ajoute qu'en date du 15 mai 2020, le magistrat instructeur a ordonné le versement d'une avance d'un montant de 1'000 fr. au titre de la pandémie de covid-19 à faire valoir sur l'indemnité d'office à intervenir. Dans la mesure où l'indemnité de dépens allouée couvre la rémunération du conseil d'office (cf. courrier de Me Carré du 10 août 2020), il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée pour la période du 2 octobre 2019 au 10 août 2020 (art. 118 et 122 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA.VD ; cf. aussi art. 4 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 14 août 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que G.\_\_\_\_\_ est mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2009.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés 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 à G.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents 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 Olivier Carré, avocat (pour G.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :