

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juillet 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Brélaz Brailard, juge, et Silva, assesseure
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate, à Lausanne

et

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

Art. 43 et 44 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1962, originaire [...], est entrée en Suisse en 1987 et a acquis la nationalité suisse en 2013. Mariée, elle est mère de trois enfants désormais adultes. Sans formation professionnelle, elle a exercé diverses activités, dont celle de nettoyeuse à hauteur de quatre heures par semaine auprès de la société C._____SA à compter du 1^{er} octobre 2011.

B. Victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) le 6 novembre 2014, l'assurée a été en incapacité totale de travail depuis lors et prise en charge dès le lendemain au sein du Centre hospitalier C._____, où elle a séjourné jusqu'au 2 décembre 2014.

A l'issue de cette hospitalisation, le Service de neurologie du Centre hospitalier C._____ a communiqué son rapport daté du 8 décembre 2014, où sont mentionnés les diagnostics suivants :

Diagnostic principal :

AVC sylvien gauche avec troubles phasiques et hémisyndrome sensitif brachio-crural droit, d'origine probablement cardio-embolique.

Diagnostic(s) secondaire(s) / comorbidité(s) active(s) :

Suspicion forte de fibrillation auriculaire (FA) intermittente.

Sténose mitrale modérée.

Hypercholestérolémie.

Suspensions de syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

Hypertension artérielle.

Tabagisme actif.

Obésité.

Hémorragie digestive haute sur ulcère pré-pylorique Forest II avec télangiectasie du fundus, traité par photocoagulation au laser argon.

Les spécialistes du Centre hospitalier C._____ ont précisé qu'un suivi cardiologique serait mis en place, de même qu'une polysomnographie. Un examen neuropsychologique s'était avéré dans les normes. Ils conseillaient de procéder à « une reprise professionnelle progressive » en présence d'un « status neurologique quasi normal ». L'incapacité totale de travail était maintenue jusqu'au 15 décembre 2014.

Était annexé le rapport d'examen neuropsychologique rédigé le 13 novembre 2014 par le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier C._____, lequel a fait état des conclusions suivantes :

« [...] Cet examen met en évidence des performances dans les normes pour toutes les épreuves administrées : la fluence verbale catégorielle et littérale, la dénomination d'images (BARD), d'objets et de parties du corps, la compréhension orale d'ordres complexes, la répétition de mots, logatomes et de phrases, la lecture d'un texte simple, l'écriture automatique et sous dictée, le calcul oral et écrit, les praxies gestuelles (mimes d'actions) et constructives (figures du CERAD), les gnosies visuelles (reconnaissance de figures enchevêtrées et de célébrités), les doubles stimulations a/v/t, la mémoire à court terme verbale (WAIS-IV, EMDC=5 [Pc26]), la mémoire antérograde verbale (10 mots A : 5,9,8-6) et non-verbale (5 visages RBMT A, 4/5), ainsi que les habiletés exécutives (programmation grapho-motrice [frises de Luria], BREF à 15/15). D'un point de vue strictement neuropsychologique, le retour à domicile est possible. La reprise professionnelle devrait se faire à distance en raison d'une éventuelle fatigue résiduelle. [...] »

C. L'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par dépôt du formulaire ad hoc le 25 février 2015.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a sollicité le dossier constitué par l'assurance-maladie en cas de perte de gain, Y._____SA, et un rapport du médecin généraliste traitant, le Dr A._____. Ce dernier a complété ce document le 11 avril 2015 et mentionné, en sus des diagnostics retenus au Centre hospitalier C._____, des « lombosciatalgies droites persistantes » et un « état anxio-dépressif ». La capacité de travail de sa patiente était selon lui limitée à 50 % depuis mai 2015 dans une activité légère, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance des positions assise et debout.

Le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, consulté au sein du Centre médical F._____, a également fourni un rapport médical le 23 juillet 2015. Il a retenu un « syndrome lombovertébral chronique sur discopathies inflammatoire en L5/S1 » sans avoir prononcé d'arrêt de travail, mais a préconisé des séances de physiothérapie.

Le 25 août 2015, le Dr A. _____ a fait part d'une évolution défavorable eu égard aux lombosciatalgies qui entraînaient une limitation des mouvements, et indiqué que sa patiente était en incapacité totale de travail. Il a fourni un rapport rédigé le 9 avril 2015 par le Dr H. _____, spécialiste en cardiologie. Ce dernier relatait un « enregistrement Holter rassurant » sans aucun accès de fibrillation auriculaire, ni flutter. Il maintenait un traitement anticoagulant compte tenu d'une « dilatation significative de l'oreillette gauche » et d'une « cardiopathie potentiellement emboligène ».

Sur questions de l'OAI, le Dr A. _____ a confirmé le 20 juin 2016 que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était défavorable et que son incapacité totale de travail se poursuivait.

Quant au Service de neurologie du Centre hospitalier C. _____, il a indiqué ne pas disposer d'informations actualisées sur l'état de l'assurée par pli parvenu à l'OAI le 7 novembre 2016 et s'est référé à sa dernière consultation du 12 mai 2015. Le rapport corrélatif, établi le 14 juillet 2015, faisait état de « suspicion d'un syndrome dépressif avec somatisations », compte tenu de vertiges et de céphalées sans « argument franc pour une origine neurologique ou oto-rhino-laryngologique ».

Sont parvenus à l'OAI le 24 décembre 2016 des rapports des 6 octobre 2015 et 19 mai 2016 de la Dresse R. _____, cheffe de clinique au sein du Centre W. _____ du Centre hospitalier C. _____. Cette spécialiste a relaté sa prise en charge avec succès d'un « trouble respiratoire au cours du sommeil de type obstructif de degré modéré avec composante positionnelle (sur le dos) » par le port d'un appareil CPAP (réd. : appareil de traitement à pression positive continue).

Sur recommandation du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, dont le mandat a été confié le 21 juillet 2017 à la Clinique

J._____. L'assurée y a été examinée du 4 au 7 septembre 2017 par les Desses O._____, spécialiste en médecine interne générale, et K._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, ainsi que les Drs M._____, spécialiste en neurologie, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui ont communiqué leur rapport à l'OAI le 26 septembre 2017. Les experts ont retenu les diagnostics suivants :

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

Lombalgies chroniques (I454.5) avec discopathies étagées prédominant en L5-S1 avec hypersignal de type Modic I (M51.9).

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

Hémisyndrome sensitif droit séquellaire sur status après AVC sylvien gauche probablement cardio-embolique, le 07.11.2014 (I69.3).

Sténose mitrale modérée découverte à l'occasion de l'AVC (I34.2).

Hypercholestérolémie (E78.0).

Hypertension artérielle (I10).

Syndrome d'apnées obstructives du sommeil diagnostiqué en 2015; appareillé (G47.3).

Obésité grade II (E66.9).

Tabagisme actif sevré en 2014.

Status post hémorragie digestive haute sur ulcère prépylorique Forest II avec téléangiectasies du fundus traitées par anticoagulation au laser Argon, en novembre 2014.

Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2).

Autre trouble somatoforme (F45.8).

Hallux rigidus à droite (M20.2).

Troubles statiques des pieds (M21.4).

Sur le plan de la médecine interne, les experts n'ont relevé aucune anomalie de ce registre, exception faite d'une obésité, demeurant sans impact fonctionnel significatif en termes de capacité de travail. Du point de vue neurologique, ils ont retenu un « discret trouble sensitif de l'hémicorps droit séquellaire », les plaintes de l'assurée (vertiges et douleur pariétale gauche) ne pouvant toutefois être expliquées de ce fait. Ils ont dès lors conclu à l'absence de limitation fonctionnelle neurologique susceptible de justifier une incapacité de travail. Le volet rhumatologique a par ailleurs permis d'objectiver des « discopathies lombaires étagées principalement en L5-S1 », responsables de restrictions fonctionnelles, à savoir une diminution de rendement de 30 % dans une activité de femme de ménage et concierge de façon aménagée sans port de charges, l'exclusion du port de charges répété de plus de 5 kg, du travail en porte-

à-faux du dos, la nécessité de pouvoir alterner les positions toutes les heures et d'éviter l'exposition prolongée à de fortes secousses ou vibrations. Dans une activité respectant ces restrictions, l'assurée était dotée d'une capacité de travail entière (cf. rapport d'expertise du 26 septembre 2017, p. 12 et 13).

L'examen psychiatrique effectué à la Clinique J._____ a par ailleurs permis d'exclure toute psychopathologie incapacitante et l'absence de toutes restrictions fonctionnelles, les symptômes allégués par l'assurée n'atteignant pas le seuil d'une maladie psychiatrique (cf. rapport d'expertise précité, p. 13).

S'agissant des données objectives consignées par les experts, ils ont notamment rapporté les observations suivantes dans le cadre de leur consilium :

« Assurée de 55 ans dont l'âge physiologique correspond à son âge chronologique, ponctuelle, vêtue simplement. L'hygiène corporelle est satisfaisante. La maîtrise du français verbal est satisfaisante. La marche pieds nus est hésitante. Pour la marche sur les pointes et sur les talons elle a besoin d'être assurée par l'expert. L'habillage, le déshabillage se font avec une discrète épargne du dos. On note quelques difficultés liées à l'épaisseur du tablier abdominal. Le comportement douloureux est manifesté par des soupirs, des grimaces sans que l'assurée ne s'oppose à l'examen clinique. Elle demeure collaborante tout au long de l'approche clinique sans de nettes auto-limitations. [...] »

Quant à l'expert psychiatre, il a précisé le status psychiatrique de l'assurée en ces termes dans son rapport d'examen du 7 septembre 2017 :

« L'assurée est arrivée en train [...], accompagnée de son mari puis seule dans un taxi depuis la gare [...] jusqu'à la Clinique J._____. Elle est logée à 400 mètres de la Clinique et fait les trajets à pied, l'assurée soulignant qu'elle aime bien cette petite promenade. L'assurée est ponctuelle, collaborante. Assurée présentant une obésité importante.

Humeur par périodes triste, parfois pleure quand on parle de son travail qui lui manque émotionnellement : « je suis coupée en deux avec cette maladie qui fait que je ne peux plus travailler ». Entretemps périodiquement au cours de l'entretien, l'assurée est souriante et arrive même à rire, spontanément, toujours dans des situations tout à fait appropriées. Il n'y a donc pas d'humeur dépressive qui soit présente de façon continue indépendamment de

la situation et du contexte. Absence de ralentissement psychomoteur. Absence de ralentissement de la pensée. Objectivement, absence de trouble de la concentration ou de la mémoire. Elan vital conservé. Absence de fatigabilité mentale pathologique : le rendement mental ainsi que la concentration et l'attention ne diminuent pas au cours de l'examen psychiatrique qui a duré 60 minutes. Absence de troubles formels de la pensée. La pensée est bien structurée, arrive toujours au bout. L'intelligence estimée est tout à fait normale.

Le contenu de la pensée partiellement est fixé sur le fait d'être malade, d'avoir perdu son travail et pour cette raison d'avoir un vide dans sa vie.

L'assurée n'a jamais montré un comportement douloureux, elle n'a pas transmis de souffrance douloureuse ni par sa posture, ni par sa démarche, ni par sa mimique ni même spontanément verbalement et elle est arrivée à soulever du sol sa bourse qui était tombée, avec souplesse. L'attention n'est pas en première ligne orientée vers les douleurs dont elle se plaint sur demande qui seraient « un peu partout dans le corps, dans les os, dans les muscles ».

Sa pensée est plutôt orientée partiellement vers le fait d'être malade et partiellement vers les soucis quotidiens et la vie pratique. Elle n'a pas perdu l'intérêt pour le monde qui l'entoure. Concernant sa maladie, ce ne sont pas les plaintes floues et imprécises de douleurs « partout » qui dominant, mais les plaintes concernant la jambe gauche avec des sentiments de faiblesse et le sentiment d'être bloquée au niveau de la hanche et de la cheville droites (néanmoins sans que mes collègues somaticiens aient pu les objectiver).

Sur le plan des symptômes de la lignée anxieuse, présence d'une peur permanente de subir de nouveau un AVC, peur qui néanmoins ne domine pas le vécu de l'assurée pendant la plupart du temps. Elle arrive souvent à en faire abstraction tant pendant qu'en dehors de l'examen. »

Sollicité pour avis, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts de la Clinique J. _____ le 7 novembre 2017 et retenu que l'assurée était dotée d'une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles depuis le 16 décembre 2014.

Fondé sur ces éléments, l'OAI a déterminé que l'assurée subissait un préjudice économique nul et a établi un projet de décision le 16 avril 2018, l'informant de ses intentions de nier son droit à une rente d'invalidité. Par communication du même jour, une mesure d'aide au placement lui était en revanche octroyée.

Assistée de son assurance de protection juridique, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné par pli du 25 avril 2018, complété ultérieurement par un rapport du Dr A. _____ du 12 mai 2018,

lequel estimait que sa patiente ne pouvait plus exercer d'activité professionnelle compte tenu de ses atteintes à la santé physique et d'une « altération psychique secondaire ».

L'assurée, désormais représentée par Me Flore Primault, a étayé ses griefs par pli du 20 juin 2018. Elle a en premier lieu remis en question les conclusions des experts de la Clinique J._____, soulignant que ceux-ci s'étaient écartés de l'appréciation de son médecin traitant. En second lieu, elle a contesté la valeur probante attribuée au volet psychiatrique de l'expertise de la Clinique J._____ en l'absence d'un traducteur dans sa langue maternelle et souligné sa faible maîtrise de la langue française. Elle a ainsi conclu à une instruction complémentaire de son état de santé psychique.

Par décision du 19 septembre 2018, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, compte tenu d'un préjudice économique nul. Un courrier du même jour, annexé à la décision, rejetait les arguments de l'assurée à l'encontre du rapport d'expertise de la Clinique J._____.

D. L'assurée, assistée de son conseil, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 11 octobre 2018, concluant à son annulation et principalement à la reconnaissance de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, notamment à une rente. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique avant nouvelle décision. Elle a en substance réitéré ses griefs quant à la teneur de l'expertise réalisée à la Clinique J._____ sur le plan psychiatrique, mettant en exergue ses difficultés linguistiques, lesquelles auraient à son avis nécessité le recours aux services d'un interprète. Elle a suggéré son audition par la Cour de céans pour prendre la mesure de ses connaissances en français.

L'OAI a répondu au recours le 9 janvier 2019 et a proposé son rejet. Il a souligné qu'en cas de difficultés de compréhension en français les experts auraient vraisemblablement pris les mesures appropriées pour

communiquer avec l'assurée et qu'aucune pièce du dossier ne venait faire état de tels problèmes.

Par réplique du 6 mars 2019, l'assurée a maintenu sa position, estimant que les experts avaient de toute façon fait preuve de partialité à son égard et que l'OAI se limitait à de pures spéculations.

Ce dernier a dupliqué le 25 mars 2019 et persisté à conclure au rejet du recours, rappelant la teneur de la mission d'expertise et réitérant ses précédentes explications.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 11 octobre 2018 contre la décision de l'intimé du 19 septembre 2018 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. In casu, est litigieux le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, cette dernière contestant en particulier l'appréciation de sa capacité de travail et la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en l'absence d'un interprète au sein de la Clinique J._____.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives 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).

b) Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) Dans le contexte d'examens médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, en particulier d'un examen

psychiatrique (cf. ATF 140 V 260), la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Il n'existe cependant pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. En définitive, il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soigneuse de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Ce qui est décisif dans ce contexte, c'est l'importance de la mesure au regard de la prestation entrant en considération. Il en va ainsi de la pertinence et donc de la valeur probante de l'expertise en tant que fondement de la décision de l'administration, voire du juge. Les constatations de l'expert doivent dès lors être compréhensibles, sa description de la situation médicale doit être claire et ses conclusions motivées. Le point de savoir si, au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce et des aspects rappelés ci-avant, la compréhension linguistique entre l'expert et la personne assurée est suffisante pour garantir une expertise revêtant un caractère à la fois complet, compréhensible et concluant relève de l'appréciation des preuves (TF 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 5.2 ; 9C_262/2015 du 8 janvier 2016 consid. 5 ; 9C_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.1 ; 8C_913/2010 du 18 avril 2011 consid. 3.3.1 et références citées).

7. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire au sein de la Clinique J._____, laquelle a comporté des examens circonstanciés de son état de santé global sur une durée de plusieurs jours en septembre 2017.

On peut observer que la recourante ne formule aucune critique à l'encontre du rapport d'expertise du 26 septembre 2017 relativement aux conclusions communiquées sur le plan somatique. A cet égard, il convient de relever que les experts ont discuté exhaustivement l'ensemble des diagnostics évoqués par les médecins de la recourante et

ont procédé à des investigations minutieuses du point de vue de la médecine interne, de la neurologie et de la rhumatologie. Les constats étayés des experts et les limitations fonctionnelles retenues, en particulier par l'expert rhumatologue de la Clinique J._____, apparaissent au demeurant corroborer les éléments pris en compte par le médecin généraliste traitant, le Dr A._____, et en son temps par le Dr G._____. L'opinion divergente du Dr A._____ en termes de capacité de travail s'avère par ailleurs insuffisamment motivée pour ébranler les constats et conclusions de la Clinique J._____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les discuter plus avant, ni de s'en écarter.

8. La recourante motive son recours en contestant essentiellement le volet psychiatrique de l'expertise réalisée à la Clinique J._____. En particulier, elle fait grief aux experts, singulièrement à l'expert psychiatre, de ne pas avoir sollicité les services d'un traducteur au vu de ses difficultés linguistiques.

a) Or, on se doit de constater, à l'instar de l'intimé, qu'aucune pièce au dossier ne fait état de réserves sur d'éventuelles lacunes de la recourante en français. On relève en effet que les médecins ayant suivi la recourante n'ont aucunement fait état de difficultés de compréhension avec leur patiente. Les documents émanant du Centre hospitalier C._____, dont notamment le rapport d'examen neuropsychologique du 13 novembre 2014, font au contraire mention de performances dans les normes pour la fluence catégorielle et littérale, la dénomination d'images, d'objets et de parties du corps, la compréhension orale, ainsi que la lecture et l'écriture. Il n'est pas fait état de réserves quant aux résultats observés en raison de problèmes linguistiques. Par ailleurs, les différents rapports médicaux sollicités par l'intimé en cours d'instruction ne relatent pas de problématique de communication dans le cadre des soins prodigués à la recourante.

b) Il convient de souligner que la recourante a été expressément avisée de la possibilité de requérir l'assistance d'un interprète aux termes de la communication de l'intimé du 21 juillet 2017,

par laquelle elle a été informée du mandat d'expertise confié à la Clinique J._____. La recourante n'a pas fait usage de ce droit, alors qu'il était précisé que les examens se dérouleraient en langue française. Dès lors, on ne peut que douter du bien-fondé de ses allégations formulées a posteriori sur sa compréhension du français au stade du projet de décision établi par l'intimé.

c) Dans le contexte des examens conduits par les différents experts de la Clinique J._____, aucun d'entre eux ne fait état d'une faible maîtrise du français. En revanche, les experts ont expressément mentionné une « maîtrise du français satisfaisante » et une « compréhension suffisante » dans leur rapport de consilium du 26 septembre 2017. L'expert psychiatre ne s'est certes pas expressément prononcé sur ce point dans son rapport d'examen du 7 septembre 2017. Il a cela étant relevé que le comportement de la recourante était parfaitement approprié et qu'elle ne présentait aucun trouble de la pensée, ni baisse de rendement mental, tout en étant dotée d'une pensée bien structurée et d'une intelligence dans les normes. Ces éléments démontrent manifestement que l'expert psychiatre a été en mesure d'évaluer l'état de santé psychique de la recourante, sans rencontrer de difficultés. On voit mal, si tel avait été le cas, comment l'expert aurait pu se prononcer et satisfaire à sa mission sans réitérer son examen en présence d'un traducteur. Au demeurant, ainsi que l'a rappelé la jurisprudence fédérale citée supra sous consid. 5d, il lui appartenait précisément, dans le souci de la bonne exécution de ce mandat, de déterminer si les services d'un traducteur se justifiaient. Le Dr L._____ n'a pas jugé utile de recourir à cette possibilité, de sorte qu'on peut déduire que les échanges oraux avec la recourante se sont déroulés sans barrière linguistique particulière.

d) On ajoutera que la recourante, qui n'a certes pas accompli de formation professionnelle en Suisse, y est néanmoins domiciliée depuis plus de 30 ans et a acquis la nationalité suisse en 2013. Dès lors, on peut conclure que celle-ci a été parfaitement en mesure de s'intégrer dans ce

pays et de se familiariser avec la langue française au point d'en avoir une bonne compréhension orale.

e) On relèvera enfin que le grief de partialité des experts, évoqué par la recourante en lien avec la mention d'une « grasse matinée » dans le descriptif de ses journées, apparaît largement insuffisant pour faire douter de l'objectivité des constats et de l'appréciation des spécialistes de la Clinique J._____. En définitive, on ne peut que se rallier à la position de l'intimé, en ce qu'il a accordé pleine valeur probante aux conclusions du rapport d'expertise du 26 septembre 2017. Ce document fait état de manière convaincante et exhaustive des résultats des investigations minutieuses dont la recourante a fait l'objet. Les conclusions de la Clinique J._____, singulièrement de son expert psychiatre, emportent la conviction, de sorte qu'une mesure d'instruction supplémentaire ne se justifie pas. Vu ces éléments, l'audition de la recourante s'avère manifestement superflue, sa requête en ce sens pouvant être écartée par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a).

9. Dans la mesure où la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée selon les experts, elle présente à l'évidence - sans qu'il soit nécessaire de procéder à une comparaison des revenus - un degré d'invalidité largement inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI).

10. Sur le vu de ce qui précède, l'intimé a nié à juste titre le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. Le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision du 19 septembre 2018.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge de la recourant qui succombe.

b) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 19 septembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Flore Primault, à Lausanne (pour U. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :