

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 avril 2022

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1965, ressortissante suisse d'origine équatorienne, mariée et mère de trois enfants, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 14 janvier 2015.

Elle a travaillé comme éducatrice auxiliaire de la petite enfance auprès de la fondation E.\_\_\_\_\_ dès le 2 février 2009, se formant de manière continue dans le cadre de cette activité jusqu'à la fin de l'année 2013.

Le 29 juin 2014, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a attesté de l'incapacité de travail complète de l'assurée dès le 30 avril 2014. Il a posé le diagnostic de trouble dépressif, épisode actuel sévère, et a fait état de troubles de la marche, en cours d'investigation, sous forme de douleurs de la plante des pieds. Il a évoqué des limitations essentiellement psychiques considérant qu'il n'y avait en l'état aucune mesure professionnelle à mettre en place, dans la mesure où elles ne pourraient qu'aggraver la situation.

Suivie sur le plan psychiatrique par la Dre Y.\_\_\_\_\_, cette psychiatre a posé, dans un rapport du 25 septembre 2014, les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, ainsi que de personnalité histrionique. Ces troubles avaient une incidence sur la vie quotidienne de sa patiente, dans la mesure où elle passait la majeure partie de la journée au lit, ne faisant plus son ménage, n'ayant plus aucune disponibilité pour sa famille, évitant tous contacts sociaux et renonçant à ses loisirs. Elle admettait néanmoins une progression dans le sens où la patiente arrivait mieux à se projeter dans l'avenir mais attestait encore d'une incapacité de travail complète pronostiquant une reprise du travail à 50 % le 1<sup>er</sup> décembre 2014 et à 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Le 30 janvier 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a adressé un rapport à l'Office de

l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans lequel il indiquait comme diagnostics : une thrombose veineuse suspendue du pédicule vasculaire du tiers moyen de la voûte plantaire du pied droit, ainsi qu'un lipome sous-cutané de la plante du pied gauche. Malgré les investigations effectuées, il ne trouvait aucune cause orthopédique significative permettant d'expliquer les douleurs des deux pieds et notait que de probables facteurs non somatiques étaient responsables de ces dernières, laissant toutefois le soin au médecin traitant de se prononcer à cet égard.

Le 11 mars 2015, la fondation E.\_\_\_\_\_ a complété un questionnaire à l'attention de l'OAI.

Ayant repris le suivi psychiatrique de l'assurée depuis le 25 novembre 2014, le Prof. R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé le 17 mars 2015 un rapport à l'OAI dans lequel il a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique depuis février 2013, ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis le printemps 2014. Il a noté dans l'anamnèse personnelle que les problèmes psychiques de la patiente remontaient à février 2013, lors de l'apparition d'un conflit de couple. A la même période, elle préparait un examen qui devait lui permettre de valider sa formation d'éducatrice de la petite enfance en Suisse, examen qu'elle avait finalement raté. La patiente était coopérative, orientée dans tous les modes et ne présentait ni troubles de la mémoire, ni troubles de la concentration objectivables. Sa pensée était cohérente bien qu'elle disait ruminer autour de sa situation professionnelle et de ses restrictions physiques. Son appétit était diminué sans perte de poids et son sommeil perturbé. Sur le plan thymique, elle se disait, avec les larmes au bord des yeux, triste en permanence, avait de la peine à prendre du plaisir et se culpabilisait de ses limitations. Elle souffrait de palpitations et avait l'impression de porter une ceinture qui la serrait autour de la poitrine. Le Prof. R.\_\_\_\_\_ notait toutefois une légère amélioration des symptômes physiques et de l'état dépressif depuis quatre semaines, le pronostic

restant très incertain. Il admettait une reprise de l'activité habituelle à raison de 20 % à partir du 1<sup>er</sup> mai 2015.

Il a confirmé les diagnostics posés précédemment dans un rapport du 30 mars 2015 adressé à I.\_\_\_\_\_, assurance perte de gain de l'employeur, indiquant une légère amélioration de l'état psychique de l'assurée et attestant d'une reprise de son activité dès le 1<sup>er</sup> mai 2015 à raison de 20 %.

Le 23 juin 2015, le Prof. R.\_\_\_\_\_ a attesté dans un nouveau rapport adressé à I.\_\_\_\_\_ une amélioration de l'état de santé de sa patiente depuis la dernière évaluation. Cette amélioration avait permis à cette dernière de reprendre son activité professionnelle à raison de trois fois deux heures par semaine et d'assumer à nouveau partiellement ses tâches ménagères (à hauteur de 50 %). Une augmentation de la capacité de travail au-delà de ces six heures était pour lui prématurée, bien que son activité habituelle soit adéquate. Il évoquait une incapacité de travail totale du 30 avril 2014 au 4 mai 2015 et une reprise à 15 % dès le 5 mai 2015.

L'amélioration de l'état de santé de l'assurée du point de vue psychiatrique a encore été confirmée par le psychiatre traitant dans un rapport du 27 octobre 2015 adressé à I.\_\_\_\_\_. A cette occasion, il a indiqué que les symptômes persistaient de manière atténuée. Il n'observait plus de troubles de la concentration durant l'entretien, bien que l'assurée s'en plaignait encore, tout en notant que le sommeil restait perturbé tant s'agissant de sa durée que de l'endormissement. Il indiquait que l'incapacité de travail de sa patiente était en lien avec l'opération d'une hernie ombilicale et qu'une intervention relative à des kystes sur les doigts était prévue ultérieurement. Il ne pouvait pas juger des conséquences des douleurs plantaires, ni évaluer la fatigue liée à l'épisode dépressif sur la pratique professionnelle, compte tenu de l'incapacité de travail due à l'opération de la hernie ombilicale. L'assurée arrivait toutefois à assumer la majorité des tâches ménagères, les douleurs et symptômes dépressifs n'engendrant guère de restrictions au niveau des loisirs et des

contacts. Pour lui, l'incapacité de travail de 100 % était en lien avec l'intervention chirurgicale.

Dans un rapport du 19 novembre 2015 adressé à l'OAI, le psychiatre traitant a indiqué que la tentative de reprise de l'activité professionnelle par l'assurée avait été interrompue le 25 juin 2015 par une opération de kystes et de lipomes de la main et l'intervention de la hernie ombilicale. Une nouvelle intervention sur les kystes d'une main était prévue pour le 19 novembre 2015. Ces multiples opérations engendraient une péjoration des symptômes anxieux. La capacité de travail de la patiente était limitée totalement depuis le 25 juin 2015 en raison des interventions chirurgicales. Il résumait l'évolution de l'incapacité de travail de sa patiente de la manière suivante :

- 100 % d'incapacité de travail pour raison psychiatrique jusqu'au 4 mai 2015,
- 80 % d'incapacité de travail du 5 mai au 24 juin 2015 avec reprise du travail à raison de trois fois deux heures par semaine,
- 100 % d'incapacité de travail depuis le 25 juin 2015 en lien avec les interventions chirurgicales subies.

Le Dr F.\_\_\_\_\_, rhumatologue au K.\_\_\_\_\_ a fait état, dans un rapport du 27 novembre 2015, d'une fibromyalgie et d'un syndrome dépressif depuis 2014. Il a évoqué des récives douloureuses à chaque tentative de reprise de travail et admis une capacité de travail inférieure ou égale à 50 % dans l'activité d'éducatrice.

Le 3 décembre 2015, la Dre G.\_\_\_\_\_, chirurgienne ayant pratiqué l'excision du kyste au poignet gauche, attestait de l'incapacité de travail totale de sa patiente du 25 juin au 10 août 2015 et du 19 novembre au 4 décembre 2015, date à laquelle s'agissant de ses interventions, elle estimait que la patiente était en mesure de reprendre le travail.

Le 2 février 2016, la Dre B.\_\_\_\_\_, médecin agréée à l'Hôpital V.\_\_\_\_\_, a fait état d'une bonne évolution à la suite de l'opération de la hernie de la ligne blanche et attesté d'une incapacité de travail à 100 % du 24 août au 7 décembre 2015. Une éventuelle reprise devait tenir compte de l'impossibilité de porter des charges.

Dans un rapport du 24 mars 2016, le Prof. R.\_\_\_\_\_ a annoncé à l'OAI une péjoration de l'état de santé psychique de l'assurée, à la suite de l'annonce de son licenciement à la fin de l'année 2015. Bien que la capacité de travail restait limitée en raison des interventions chirurgicales, la patiente était toujours gênée par un taux très élevé d'anxiété, qui rendait difficile l'utilisation de transports publics et la communication avec des personnes en dehors de son cercle familial. Elle se sentait de surcroît très fatiguée, dévalorisée et sans confiance en elle. Le traitement médicamenteux avait été augmenté sans effet, de sorte que la patiente avait décidé de l'arrêter.

Dans un rapport du 15 août 2016, ce même psychiatre estimait que la capacité de travail de sa patiente était nulle, bien que l'activité d'éducatrice de la petite enfance restait selon lui l'activité la plus adaptée. La tristesse et l'angoisse permanente rendaient toujours la prise d'un transport public et la communication avec des gens en dehors de son cercle familial très difficile. La fatigue constante ne lui permettait d'accomplir les tâches ménagères que partiellement. Elle souffrait d'un ralentissement et d'une diminution de la confiance dans ses capacités professionnelles et continuait de ressentir des douleurs sous les pieds, dans le dos, le cou et les épaules. Sa capacité de travail était nulle depuis le 5 avril 2016 et elle ne prenait aucun traitement psychotrope, dans la mesure où elle ne le supportait pas.

Le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par le biais de la plateforme SwissMed@p dans un avis du 29 novembre 2016.

C'est le N.\_\_\_\_\_ qui s'est chargé de cette expertise par l'intermédiaire du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie. Dans leur rapport du 29 mai 2017, les experts ont retenu comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de l'expertisée, un trouble dissociatif de conversion mixte, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, ainsi qu'un syndrome somatoforme persistant. La thrombose veineuse suspendue du pédicule vasculaire du tiers moyen de la voûte plantaire du pied droit, le lipome sous-cutané de la plante du pied gauche et le status post opération d'une hernie de la ligne blanche restaient sans incidence sur la capacité de travail. Les experts notaient que l'assurée avait fait preuve de capacités d'effort et d'adaptation pendant des années, dans le contexte des études, de la migration, de la famille et de son activité professionnelle, ressources qui étaient restreintes au moment de l'expertise en raison de son état psychique. Ils évaluaient sa capacité de travail à 50 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, et considéraient que le pronostic de reprise était déterminé essentiellement par l'état psychique de l'expertisée susceptible de s'améliorer avec un traitement psychiatrique approprié, sauf en cas de dépression résistante. Dans le contexte des troubles psychiatriques, le réseau social était restreint, les aptitudes à la communication diminuées, la motivation faible et l'adhésion à la thérapie médiocre. Les problèmes physiques n'étaient plus au premier plan, le traitement pouvait être amélioré et un séjour en milieu psychosomatique était conseillé. La répercussion de l'incapacité de travail était importante dans tous les domaines de la vie, avec une nette restriction des activités de loisirs et des contacts avec d'autres personnes. La capacité de travail estimée par les experts était de 50 % dans toute activité.

A la suite de cette expertise, le Dr W.\_\_\_\_\_ du SMR a, dans un avis du 29 août 2017, critiqué l'expertise, considérant que l'évolution de la capacité de travail depuis le certificat du Dr Q.\_\_\_\_\_ n'avait pas été discutée, que l'incapacité de travail du point de vue psychiatrique

n'était pas attestée entre le 5 mai 2015 et la date de l'expertise, que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant posé par les experts n'était guère crédible, dans la mesure où il ne voyait pas que le sentiment de détresse soit décrit que ce soit anamnesticquement ou dans le status psychiatrique et que l'assurée gardait des ressources pour s'occuper activement de son troisième enfant de dix ans. Il considérait que les manifestations de retrait et d'anxiété n'avaient pas fait l'objet d'un diagnostic différentiel et relevait des discordances signalées par les experts somaticiens. Il considérait qu'un doute subsistait sur le caractère incapacitant du trouble somatoforme, que l'aggravation des symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'avait pas été explorée et que le sentiment de détresse n'était pas nommé et ne s'étendait pas à toutes les manifestations de la vie. Il demandait par conséquent qu'une contre-expertise soit mise en œuvre auprès d'un expert psychiatre indépendant.

C'est le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, que l'OAI a chargé de procéder à cette contre-expertise. Au terme de cette expertise, dans un rapport du 22 février 2018, il n'a retenu aucun diagnostic incapacitant estimant que l'assurée ne souffrait que de neurasthénie. Il considérait que le principal problème de cette expertisée était un problème névrotique décompensé en 2013 avec des symptômes « bien définis » pouvant passer pour un trouble dépressif mais qui n'ont jamais été d'un degré important. Il ne retenait pas le trouble de conversion car le côté démonstratif était selon lui culturel chez l'expertisée. Il ne constatait aucune divergence entre les symptômes décrits, le comportement de l'assurée lors de l'examen et ses propres constatations. Il s'éloignait des observations et diagnostics posés par les experts de N.\_\_\_\_\_, dans la mesure où ils avaient omis d'importants facteurs culturels et réactionnels de la problématique. La capacité de travail dans toute activité était selon lui complète.

Par avis du 22 mars 2018, le Dr W.\_\_\_\_\_ a pleinement adhéré à l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_. Il a admis avec cet expert que les symptômes psychiques pouvant « *imposer pour une dépression* » [sic], comme la fatigue, étaient apparus après l'infidélité du mari. Il relevait qu'il

fallait prendre en compte l'élément culturel amenant une grande démonstrativité pour éviter de tomber dans le piège du diagnostic de troubles dissociatifs.

Sur la base de ces considérations, l'OAI a rendu un projet de décision le 11 juin 2018, par lequel il refusait toute prestation de l'assurance-invalidité à l'assurée considérant qu'à l'échéance du délai d'attente le 14 juillet 2015, elle ne présentait aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail de longue durée.

Par l'intermédiaire de l'avocat Philippe Graf, l'assurée s'est opposée le 22 août 2018 à ce projet de décision.

Par décision du 26 novembre 2018 refusant à l'assurée une rente d'invalidité, l'OAI a confirmé le projet précité.

**B.** Par acte du 22 décembre 2018, X.\_\_\_\_\_, toujours assistée de Me Philippe Graf, a recouru contre cette décision en critiquant le fait que l'OAI se soit fondé pour la prendre sur l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ du 22 février 2018 mise en œuvre à la suite d'une première expertise de N.\_\_\_\_\_, ordonnée également par l'OAI qui rejoignait l'avis du médecin traitant du point de vue psychiatrique. Elle conteste en particulier la valeur probante de l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, soulignant la faiblesse de la motivation et de ses conclusions, et reproche à l'intimé d'avoir par ce biais obtenu une « second opinion » interdite par la jurisprudence. Elle conclut principalement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause pour nouvelle décision dans le sens des considérants et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire puis au renvoi de la cause pour détermination du début et du montant de la rente d'invalidité.

Dans sa réponse du 12 février 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que le SMR avait expliqué de façon convaincante pour quelles raisons il s'écartait de l'appréciation de l'expert psychiatre du centre N.\_\_\_\_\_.

Le 29 avril 2019, la recourante a répliqué et produit un rapport du 11 mars 2019 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin praticien traitant, et un rapport du Prof. R.\_\_\_\_\_, du 10 avril 2019 critiquant le rapport d'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_. Tout en rappelant les griefs déjà évoqués dans le cadre de son mémoire de recours, elle critique la manière dont a été conduite l'instruction par l'intimé, lui reprochant notamment d'avoir contourné son obligation de procéder à une appréciation globale de sa situation de santé.

Dans sa duplique du 9 juillet 2019, l'intimé a maintenu sa position. Il a considéré que dans la mesure où les experts n'avaient du point de vue somatique retenu aucune incapacité de travail, rien ne s'opposait à ce qu'une nouvelle expertise ne soit confiée qu'à l'expert psychiatre. Il a produit un avis du 17 juin 2019 du Dr A.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, discutant les rapports médicaux produits par la recourante.

**C.** Le 5 mars 2020, la juge instructrice a mis en œuvre une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique auprès de O.\_\_\_\_\_ qui a mandaté le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour y procéder.

Dans un courrier du 16 mars 2020, la recourante s'est opposée à la désignation de O.\_\_\_\_\_ en qualité d'expert. Le 23 mars 2020, la juge instructrice a répondu qu'elle maintenait le mandat d'expertise confié à O.\_\_\_\_\_.

Dans leur rapport d'expertise du 23 septembre 2020, les experts ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et syndrome somatique. Au moment de l'expertise, l'état psychiatrique de la recourante était jugé préoccupant et elle était incapable de pouvoir soutenir les exigences d'une activité au sein de l'économie du premier marché de l'emploi, une capacité résiduelle de travail étant envisageable uniquement dans un milieu protégé. Les experts ont conclu à une incapacité de travail totale pour des motifs psychiatriques au jour de

l'expertise, estimant que la capacité de travail était entière sur le plan somatique. Une hospitalisation en milieu psychiatrique était recommandée, de même que l'introduction d'un traitement psychopharmacologique antidépresseur, lequel était exigible avec un bénéfice thérapeutique important attendu.

Interpellés par la juge instructrice concernant l'évolution de la capacité de travail de la recourante entre juillet 2015 et la date de l'expertise, les experts de O.\_\_\_\_\_ ont répondu le 26 octobre 2020 que sur le plan rhumatologique la capacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle depuis 2015. Du point de vue psychique, ils ont signalé ce qui suit :

- en 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_ évoquait une amélioration et ne retenait pas d'incapacité de travail au motif psychiatrique, le psychiatre traitant évoquant une incapacité de travail pour motif somatique,
- en 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_ attestait d'une capacité de travail nulle pour des motifs psychiatriques,
- en 2017, l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ de N.\_\_\_\_\_ attestait d'une capacité de travail de 50 % aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée,
- en 2018, l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, contestée par le Dr R.\_\_\_\_\_, retenait une pleine capacité de travail,
- en 2019, le Dr R.\_\_\_\_\_ mentionnait une capacité de travail nulle,
- en 2020, les experts de O.\_\_\_\_\_ retiennent une capacité de travail de 0 % pour motif psychiatrique.

Se déterminant le 28 octobre 2020 sur le rapport d'expertise de O.\_\_\_\_\_ et sur le rapport complémentaire du 26 octobre 2020, l'intimé a proposé de poser des questions complémentaires aux experts, se référant à un avis du 19 octobre 2020 de la Dre A.W.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, joint à son écriture.

Dans une détermination du 4 novembre 2020, la recourante a proposé à la Cour de céans de suivre le rapport d'expertise du 23 septembre 2020.

Le 23 décembre 2020, la juge instructrice a adressé des questions complémentaires aux experts de O.\_\_\_\_\_ au sujet des limitations fonctionnelles de la recourante, du traitement recommandé et de l'évolution de la capacité de travail entre juillet 2015 et la date de l'expertise.

Dans un rapport du 18 janvier 2021, l'expert T.\_\_\_\_\_ a répondu que les limitations fonctionnelles étaient liées aux symptômes psychotiques, la recourante n'étant plus corrélée à la réalité. Concernant le traitement psychopharmacologique antidépresseur, il a confirmé son exigibilité, précisant qu'un traitement bien conduit devrait permettre à la recourante de récupérer une pleine capacité de travail au sein du premier marché de l'emploi. Il a évoqué également la question de l'évolution de la capacité de travail.

Dans une écriture du 15 février 2021, l'intimé a fait valoir que l'expertise du A.W.\_\_\_\_\_ n'était pas convaincante et s'est référé à un avis du 2 février 2021 de la Dre A.W.\_\_\_\_\_ se déterminant sur ladite expertise et ses rapports complémentaires.

Le 18 février 2021, la recourante s'est déterminée sur le complément d'expertise, a fait un résumé de l'évolution de la capacité de travail telle qu'elle ressortait des différentes pièces du dossier et transmis une première liste des opérations de son conseil.

Par avis du 20 janvier 2022, la juge instructrice a informé les parties de son intention d'interpeller le Prof. R.\_\_\_\_\_ sur l'évolution de la capacité de travail psychiatrique de la recourante entre le 25 juin 2015 et le 5 avril 2016.

La recourante, qui s'est déterminée le 8 février 2022, n'a pas formulé de questions à poser au Prof. R.\_\_\_\_\_.

Dans ses déterminations du 9 février 2022, l'intimé a indiqué ne pas avoir de questions pour le Prof. R.\_\_\_\_\_ en se référant à un avis établi le 26 janvier 2022 par la Dre A.W.\_\_\_\_\_.

Dans un courrier du 17 février 2022, la juge instructrice a demandé au Prof R.\_\_\_\_\_ d'indiquer l'évolution de la capacité de travail de sa patiente sous l'angle psychiatrique pour la période entre le 25 juin 2015 et le 5 avril 2016.

Le 1<sup>er</sup> mars 2022, ce spécialiste a répondu que l'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques se situait à 85 % entre le 25 juin et le 27 juillet 2015, à 100 % du 28 juillet au 15 septembre 2015, à 85 % entre le 16 septembre et le 3 novembre 2015, puis à nouveau à 100 % dès le 4 novembre 2015 en raison d'une nouvelle péjoration de l'état psychique de la recourante, l'incapacité de travail totale perdurant depuis lors.

La recourante s'est déterminée le 4 avril 2022 sur la réponse du Prof. R.\_\_\_\_\_.

L'intimé a fait de même dans un courrier du 4 avril 2022 et a produit un avis du 8 mars 2022 de la Dre A.W.\_\_\_\_\_ du SMR indiquant qu'elle peinait à comprendre l'incapacité de travail sur le plan psychique attestée par le Prof. R.\_\_\_\_\_ pour 2015 et 2016.

Dans une ultime détermination du 13 avril 2022, la recourante a fait valoir que le point de vue rétrospectif de la Dre A.W.\_\_\_\_\_ ne pouvait pas prévaloir sur l'appréciation en temps réel faite par le spécialiste ayant intervenu à l'époque.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance invalidité, en particulier à une rente d'invalidité.

**3. a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 26 novembre 2018 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**b)** 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 le

marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**c)** 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).

**d)** 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 (art. 29 al. 1 LAI).

**4. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**b)** 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). 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).

**c)** Selon la jurisprudence, 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).

**5. a)** En l'espèce, se fondant essentiellement sur l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, après une première expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique, orthopédique et de médecine interne) mise en œuvre auprès de N.\_\_\_\_\_ en février 2017, l'intimé a retenu que l'atteinte à la santé de la recourante ne l'empêchait pas d'exercer son activité professionnelle habituelle ou toute autre activité adaptée à ses compétences et que dès lors sa capacité de travail était entière à l'échéance du délai d'attente.

La recourante conteste notamment la valeur probante du rapport d'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ et de l'avis des médecins du SMR sur lesquels s'est fondé l'intimé pour refuser les prestations. Elle considère que la mise en œuvre de cette seconde expertise constitue une « second opinion » contraire à la jurisprudence.

**b)** Il ressort des différentes pièces médicales versées au dossier que les plaintes de la recourante et les constatations des médecins sont essentiellement en rapport avec l'état psychique de cette dernière. A cet égard, du point de vue somatique, tous les médecins qui l'ont examinée sont unanimes pour admettre que les diagnostics retenus (thrombose veineuse suspendue vasculaire du tiers moyen de la voûte plantaire du pied droit, lipome sous-cutané de la plante du pied gauche et status post opération d'une hernie de la ligne blanche) sont sans incidence sur sa capacité de travail. Les examens conduits par le Dr D.\_\_\_\_\_ n'ont en particulier pas démontré de cause orthopédique permettant d'expliquer les douleurs aux deux pieds de sa patiente et ce dernier évoque déjà dans le rapport de janvier 2015 le rôle joué par des facteurs non somatiques sur son état de santé.

Cette appréciation est confirmée tant par les experts de N. \_\_\_\_\_ qui n'ont pas objectivé de substrats physiques permettant d'expliquer les douleurs de la recourante, que par les experts de O. \_\_\_\_\_ dont l'examen rhumatologique a permis de diagnostiquer une fibromyalgie mais n'a mis en évidence aucune autre pathologie incapacitante.

Sous l'angle somatique, aucune incapacité de travail n'a ainsi été retenue par les médecins et cette appréciation commune à tous, qui n'est au demeurant pas contestée, s'avère en tout point fondée.

**c)** S'agissant du volet psychiatrique, c'est sur la base d'un avis du 29 août 2017 du Dr W. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, que le Dr L. \_\_\_\_\_ a été mandaté par l'intimé pour effectuer une nouvelle expertise.

Outre le fait que ce médecin ne dispose d'aucune légitimité pour se prononcer sur la problématique psychiatrique qui sort du cadre de ses compétences de spécialiste de médecine interne, il est, dans le cas particulier, allé au-delà du rôle qui lui était dévolu mettant en doute le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant posé par les experts en critiquant de manière confuse les éléments retenus. Si l'expertise soulevait des questions qu'il convenait selon lui d'éclaircir, il lui appartenait d'inviter l'intimé à requérir des explications complémentaires auprès des experts, plutôt que de solliciter qu'une contre-expertise soit mise en œuvre auprès d'un nouvel expert.

Compte tenu de ce qui précède, la question de savoir si l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ constitue, comme le relève la recourante, une « second opinion », interdite par la jurisprudence (ATF 141 V 330 consid. 5.2 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.7; TF 8C\_776/2018 du 9 mai 2019 consid. 5.1; 9C\_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1 et les références citées) est pertinente, mais peut, à ce stade, rester ouverte, tant la valeur probante de l'expertise du deuxième expert, dont le rapport a servi de fondement au refus de prestations, est sujette à caution.

Le rapport de l'expert L.\_\_\_\_\_ frappe en effet par son manque de substance et de motivation.

D'un point de vue structurel, ce document n'est guère convaincant. L'expert fait en effet la synthèse des pièces du dossier dans un chapitre qu'il intitule contexte social, dans lequel il mêle des éléments d'anamnèse de manière inopportune. De même, il évoque dans une description du quotidien, des faits remontant à plusieurs années, notamment relatifs à l'origine des problèmes de santé de la recourante. S'agissant de l'anamnèse elle-même, la pauvreté des renseignements recueillis surprend, à plus forte raison encore que l'anamnèse du rapport de l'expert psychiatre de N.\_\_\_\_\_ est particulièrement détaillée et contient des éléments totalement absents du rapport de l'expert L.\_\_\_\_\_. Enfin, le rapport, faute de motivation adéquate, ne fournit aucune indication sérieuse quant au degré de gravité de l'atteinte, aux ressources ou à la capacité effective de la recourante.

Sur le fond, le diagnostic de neurasthénie posé par ce second expert n'est partagé par aucun autre médecin. Au contraire, les experts de N.\_\_\_\_\_, de O.\_\_\_\_\_ et le psychiatre traitant posent quant à eux des diagnostics similaires (épisode dépressif d'intensité variable selon les rapports et syndrome douloureux somatoforme persistant ou fibromyalgie). Si le Dr L.\_\_\_\_\_ relève au moment de l'entretien des signes de la lignée dépressive, comme de la tristesse avec humeur dépressive, de la culpabilité, un sentiment de dévalorisation et du découragement, un sommeil perturbé, il ne les considère pas, sans en expliquer les raisons, comme suffisamment présents pour fonder un diagnostic de troubles dépressifs. Il ne retient comme facteurs limitants que l'influence culturelle de l'expertisée et les bénéfices secondaires qu'elle tire de son état de santé, sans pour autant expliquer quels sont les facteurs culturels auxquels il fait référence, ni quels bénéfices la recourante en tirerait. L'expert ne motive que très brièvement les raisons qui lui permettent de s'écarter des constatations réalisées par le psychiatre traitant ou par ses confrères experts, par le fait qu'ils auraient omis de tenir compte de tels facteurs qu'il met en lien avec l'infidélité du

mari. Outre la faiblesse de la motivation de l'expert L.\_\_\_\_\_, on relèvera que le Dr S.\_\_\_\_\_ a tenu compte au titre d'événement émotionnel important, tant son parcours d'immigrante et son statut de sans papier, que le voyage de son mari pour aller retrouver sa maîtresse, son échec aux examens ou la séparation de ses parents après sa première grossesse (cf. rapport d'expertise de N.\_\_\_\_\_ p. 31 ch. 5). Ainsi, dans la mesure où l'expert L.\_\_\_\_\_ se contente de substituer son avis à celui des médecins qui se sont exprimés avant lui, sans objectiver de manière convaincante quelles raisons lui permettent d'ignorer les autres diagnostics posés, en particulier celui de syndrome somatoforme persistant, ses conclusions ne disposent pas de la valeur probante nécessaire. Compte tenu de son appréciation qui n'est au demeurant partagée par aucun de ses confrères, il se devait pourtant d'objectiver son avis de façon d'autant plus attentive.

L'avis du Dr L.\_\_\_\_\_, isolé, s'écarte ainsi de celui de tous les médecins qui ont examiné la recourante, qu'ils soient experts ou médecins traitants. Dans son rapport du 10 avril 2019, le psychiatre traitant a encore expliqué de façon circonstanciée les raisons lui permettant de retenir la présence d'un épisode dépressif moyen selon la CIM-10, trouble qui a d'ailleurs évolué défavorablement entre 2015 et 2019, aggravation relevée également dans le rapport de l'expert T.\_\_\_\_\_. Le Prof. R.\_\_\_\_\_ a en outre expliqué qu'un diagnostic de neurasthénie, controversé dans le milieu médical, ne permettait pas d'exclure un diagnostic de dépression contrairement à ce que laissait entendre l'expert L.\_\_\_\_\_.

Aucun des experts psychiatres n'a constaté de discordance entre les allégations, le comportement de l'assurée et ses constatations objectives. Les experts de N.\_\_\_\_\_, comme ceux du O.\_\_\_\_\_ ont, au contraire, relevé une réduction uniforme des activités dans tous les domaines de la vie.

Dans le rapport de N.\_\_\_\_\_, il est fait état d'une nette restriction des activités de loisirs et des contacts avec d'autres personnes, de même qu'une différence flagrante entre la vie familiale, individuelle,

professionnelle et sociale menée jusqu'en 2013-2014 et la nette péjoration constatée après la décompensation. Les différentes formations continues effectuées par la recourante dans le cadre de son activité professionnelle ou privée parlent en faveur d'un changement radical dans sa vie quotidienne avant et après cet épisode de décompensation. Seul l'expert L.\_\_\_\_\_, qui pourtant a admis qu'il n'existait pas de discordance, voit une contradiction entre les allégations de la recourante de ne rien pouvoir faire et ses capacités à regarder la télévision, utiliser sa tablette et rester en contact avec sa famille. La pauvreté des informations recueillies lors de son anamnèse ne permet cependant pas la comparaison des activités exercées avant et après la fracture dans l'état de santé de la recourante, au contraire de l'anamnèse détaillée effectuée par les experts de N.\_\_\_\_\_. Dès lors, faute d'explications étayées convaincantes de la part du Dr L.\_\_\_\_\_, l'avis des médecins de N.\_\_\_\_\_, rejoint par celui des médecins de O.\_\_\_\_\_, doit lui être préféré.

Si les experts notent de manière unanime également que la recourante a fait preuve de ressources tout au long de son existence, le Dr S.\_\_\_\_\_ a néanmoins constaté qu'elles étaient drastiquement diminuées, au moment de son examen. Il relevait alors la nécessité d'entreprendre une thérapie plus soutenue d'un point de vue psychiatrique, avec une approche psychothérapeutique plus importante, y compris par le biais d'un séjour dans un établissement psychosomatique. Ce constat a également été posé par le Dr T.\_\_\_\_\_, qui a pour sa part suggéré une hospitalisation en milieu psychiatrique. On peut ainsi retenir que les ressources de la recourante, absentes lors des examens cliniques effectués en 2017 et 2020, sont susceptibles d'amélioration moyennant un traitement mieux adapté. Le Dr T.\_\_\_\_\_ évoque cependant un pronostic rendu mauvais par la méfiance de la recourante qui ne permet pas d'introduire aisément un traitement psychopharmacologique antidépresseur. Une fois de plus, les explications laconiques par lesquelles l'expert L.\_\_\_\_\_ indique une légère diminution des ressources de la recourante attestée selon lui par le fait qu'elle est capable de rester en contact avec sa famille, ne suffisent pas à préférer son avis divergent à celui des autres experts.

Compte tenu de ce qui précède, le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ ne répond pas aux exigences minimales attendues d'une expertise et n'est dès lors d'aucun secours pour trancher le litige, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé.

**d)** Le rapport d'expertise de N.\_\_\_\_\_ est en revanche conforme aux réquisits de la jurisprudence. Il dresse un tableau complet des documents médicaux à disposition des experts, tient compte d'une anamnèse détaillée qui porte sur tous les aspects de la vie de la recourante, pose des diagnostics conformes aux exigences scientifiques de la CIM-10, explique les conséquences de l'interaction des diagnostics posés et fait l'analyse des indicateurs admis par la jurisprudence. Ce rapport dispose par conséquent de la valeur probante nécessaire à faire admettre le diagnostic posé et ses conséquences, à plus forte raison encore que les conclusions des experts sont globalement confirmées par les autres rapports médicaux du dossier.

S'agissant de l'expertise judiciaire effectuée par O.\_\_\_\_\_, à l'instar de la Dre A.W.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR (cf. son avis du 2 février 2021), il faut admettre que le rapport manque d'une appréciation consensuelle et, sous l'angle psychiatrique, d'explications détaillées. A ce titre, il ne saurait constituer l'unique fondement de l'appréciation du Tribunal. Cependant, dans la mesure où ses conclusions rejoignent sans conteste celles des autres médecins qui se sont exprimés sur l'état de santé de la recourante, isolant d'avantage encore l'avis de l'expert L.\_\_\_\_\_, il doit être pris en considération.

**6. a)** S'agissant de la capacité de travail de la recourante, en particulier de son évolution, il faut admettre que ni les experts de N.\_\_\_\_\_, ni ceux de O.\_\_\_\_\_ n'ont été enclins à se prononcer de manière rétroactive. Les réponses complémentaires du Dr T.\_\_\_\_\_ au Tribunal d'octobre 2020 et de janvier 2021 sont à cet égard contradictoires et ne sont dès lors guère exploitables. L'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ ne fait pas non plus état de l'évolution de la capacité de travail de la recourante se limitant à l'apprécier au moment de son

examen. Dans la mesure où une quatrième expertise ne permettrait vraisemblablement pas de faire la lumière à ce sujet, il conviendra de se fonder sur l'ensemble des documents médicaux figurant au dossier pour statuer sur la question de la capacité de travail et son évolution jusqu'au moment de la décision attaquée.

A cet égard, on retiendra que lors des examens cliniques de N. \_\_\_\_\_ au mois de février 2017, la capacité de la recourante était limitée à 50 % dans toute activité. Lors de l'expertise de O. \_\_\_\_\_, en l'absence du traitement préconisé par les précédents experts, le Dr T. \_\_\_\_\_ a relevé un état psychiatrique préoccupant sous forme d'épisode dépressif sévère (F 32.31) suffisant à justifier une incapacité de travail totale dans toute activité. Cette appréciation confirme au demeurant l'évaluation que le Prof. R. \_\_\_\_\_ a faite dans son rapport du 10 avril 2019 relevant à la date de son examen, l'aggravation de l'état de santé de sa patiente sous forme d'un trouble dépressif sévère, dont il ne précise toutefois pas expressément les conséquences sur la capacité de travail, tout en indiquant que la question de la rente d'invalidité doit être impérativement réévaluée. Cette appréciation concerne toutefois une période postérieure à la décision attaquée.

Conformément aux indications transmises par l'employeur à l'intimé par le biais du formulaire, l'incapacité de travail de la recourante a débuté le 30 avril 2014. Le rapport du 29 juin 2014 du Dr Q. \_\_\_\_\_ confirme au demeurant dès cette date une incapacité de travail de 100 %, en lien avec un épisode dépressif sévère et des troubles de la marche, à ce moment en cours d'évaluation. Le 25 septembre 2014, la Dre Y. \_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité de travail totale de la recourante depuis le début de son suivi en juin de la même année. Elle indique une évolution du suivi favorable qui la conduit à pronostiquer une reprise à 50 % de l'activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014 et une reprise totale dès le mois de janvier 2015. Le rapport du 17 mars 2015 du Prof. R. \_\_\_\_\_, devenu entre-temps psychiatre traitant de la recourante, infirme toutefois ce pronostic, en attestant d'une incapacité de travail totale depuis le mois

d'avril 2014 et d'une reprise probable de son activité à 20 %, à titre thérapeutique, en mai 2015.

Le 23 juin 2015, le Prof. R.\_\_\_\_\_ constate une légère amélioration de l'état de santé de la recourante depuis son dernier rapport (mars 2015). Il atteste d'une incapacité de travail totale du 30 avril 2014 au 4 mai 2015, la recourante ayant repris son activité habituelle à raison de 15 % dès le 5 mai 2015. Depuis cette reprise, la capacité de travail de la recourante du point de vue psychiatrique a encore évolué puisque le Prof. R.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 27 octobre 2015, atteste que l'incapacité de travail de 100 % est alors due essentiellement à l'opération de la hernie ombilicale (effectuée fin août 2015). Il indique cependant ne pas pouvoir évaluer les conséquences des douleurs plantaires, ni la fatigue liée à l'épisode dépressif sur la pratique professionnelle, en raison de l'incapacité de travail somatique. Dans son rapport du 19 novembre 2015, le psychiatre traitant est à nouveau plus nuancé, dans la mesure où il note une difficulté d'évaluer la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique, compte tenu de l'incapacité due aux nombreuses interventions chirurgicales qui l'ont malheureusement contrainte à stopper son retour dans son activité habituelle.

Au vu de ce qui précède, la Cour retient que l'incapacité de travail de la recourante était totale du 30 avril 2014 au 4 mai 2015, puis de 85 % du 5 mai au 24 juin 2015. Dès le 25 juin 2015, la recourante s'est trouvée dans l'incapacité totale de travailler en raison d'interventions chirurgicales qu'elle avait subies aux mains et au ventre. Certes, le Prof. R.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé durant cette période sur la capacité de travail de sa patiente du point de vue psychiatrique dans la mesure où il n'y était pas contraint, compte tenu de l'incapacité somatique attestée. On notera cependant que s'il admet une évolution favorable, sous la forme d'une légère amélioration dans ses rapports des mois de juin et octobre 2015, il indique à l'assureur maladie le 23 juin 2015 qu'une reprise de son activité au-delà des six heures alors effectuées lui paraît prématurée. Dans son rapport du mois de novembre 2015 adressé à l'intimé, le psychiatre traitant relève la difficulté d'évaluer la capacité de travail du

point de vue psychiatrique tout en indiquant que les multiples opérations subies engendrent une péjoration des symptômes anxieux. On ne saurait ainsi conclure des rapports qui précèdent, comme l'a fait l'intimé, que la capacité de travail de la recourante du point de vue psychiatrique était totale dès le 25 juin 2015. Ceci est d'autant moins vraisemblable que la recourante n'avait repris son activité lucrative sous forme thérapeutique qu'à raison de 15-20 % depuis deux mois à peine, lorsqu'elle a, à nouveau, été totalement arrêtée pour des raisons somatiques du 25 juin au 7 décembre 2015. A cet égard, on constatera que l'amélioration de la santé psychique de la recourante a coïncidé avec la reprise progressive de son activité, interrompue brusquement en raison des interventions chirurgicales subies. D'autre part, le 24 mars 2016, le Prof. R. \_\_\_\_\_ a annoncé à l'intimé une nouvelle péjoration de l'état de santé psychique de sa patiente, à la suite de l'annonce de son licenciement à la fin de l'année 2015. Sans se prononcer lui-même sur la capacité de travail de sa patiente, dans la mesure où il considère que son incapacité de travail somatique subsiste encore, ce psychiatre constate dans ce rapport que la recourante demeure gênée par un taux très élevé d'anxiété, qui rend difficile l'utilisation de transports publics et la communication avec des personnes en dehors de son cercle familial. Elle se sent de surcroît très fatiguée, dévalorisée et sans confiance en elle. C'est dans un rapport du 15 août 2016 que le Prof. R. \_\_\_\_\_ évalue à nouveau la capacité de travail psychique de sa patiente qu'il considère comme nulle depuis le 5 avril 2016. Dans ce rapport, il note que la tristesse et l'angoisse permanente rendent toujours la prise d'un transport public et la communication avec des gens en dehors de son cercle familial très difficile. La fatigue constante ne lui permet d'accomplir les tâches ménagères que partiellement, elle souffre d'un ralentissement et d'une diminution de la confiance dans ses capacités professionnelles et continue de ressentir des douleurs sous les pieds, dans le dos, le cou et les épaules.

L'évolution de la capacité de travail psychiatrique entre le 25 juin 2015 et le 5 avril 2016 a été précisée par le Prof. R. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> mars 2022 à la demande de la juge instructrice. Il a notamment confirmé que l'absence de certificats d'incapacité de travail n'était pas due à une

absence d'incapacité de travail psychiatrique, mais au fait que sa patiente disposait de certificats d'incapacité de travail pour des raisons somatiques. La capacité de travail d'un point de vue psychiatrique n'avait, durant cette période, pas été supérieure à 15 % selon lui. Entre le 4 novembre 2015 et le 5 avril 2016, date à laquelle l'incapacité de travail psychiatrique était derechef attestée dans des documents médicaux, une péjoration de l'état de santé avait à nouveau conduit la recourante à une incapacité de travail totale. Ces précisions sont parfaitement conformes aux informations qui ressortent des rapports évoqués précédemment, notamment celui qu'il a adressé à I. \_\_\_\_\_ le 23 juin 2015, de même que celui adressé en novembre 2015 à l'OAI ou celui du mois de mars 2016 qui fait état d'une péjoration à la suite du licenciement de la recourante.

Il n'y a en conséquence aucune raison de s'écarter de l'avis de ce médecin qui a suivi régulièrement sa patiente pour la période antérieure aux expertises. Enfin et quoiqu'il en soit, même si l'incapacité de travail somatique n'est à l'origine d'aucune invalidité, il n'en demeure pas moins qu'il convient de la prendre en considération durant la période concernée, à plus forte raison encore que la capacité de travail du point de vue psychiatrique était à ce moment extrêmement limitée et qu'elle était à nouveau complètement inexistante à la fin de l'année 2015.

Enfin, comme vu précédemment, les experts de N. \_\_\_\_\_ admettent qu'au moment de leur examen du mois de février 2017, la capacité de travail de l'expertisée était de 50 % dans toute activité. Cette dernière s'est par la suite à nouveau péjorée puisque le Dr T. \_\_\_\_\_, confirmant en cela l'avis du Prof. R. \_\_\_\_\_ du mois d'avril 2019, évoque dans le rapport d'expertise une incapacité de travail de 100 %, en raison d'un épisode dépressif sévère, ne permettant que l'exercice d'une activité sur le marché protégé de l'emploi.

Cette péjoration sort toutefois du cadre temporel de la décision attaquée, de sorte qu'elle ne sera pas prise en considération pour la présente cause.

**b)** Compte tenu de ce qui précède et des documents médicaux au dossier, la Cour retiendra les incapacités de travail suivantes :

- du 30 avril 2014 au 4 mai 2015 une incapacité de travail de 100 %,
- du 5 mai 2015 au 24 juin 2015 une incapacité de travail de 85 %,
- du 25 juin au 7 décembre 2015 une incapacité de travail de 100 % en raison d'interventions chirurgicales aux mains et d'une hernie ombilicale, étant précisé que la capacité de travail du point de vue psychiatrique n'a jamais excédé 15 % durant cette période,
- du 8 décembre 2015 au 4 avril 2016, une incapacité de travail de 100 % qui s'est poursuivie dès le 5 avril 2016, conformément au rapport du 15 août 2016 du Dr R.\_\_\_\_\_.

Dès le mois de février 2017, date de l'examen clinique des experts de N.\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'expertisée retenue est de 50 % aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

**7.**           **a)** 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).

**b)** Selon la jurisprudence (cf. TF 9C\_225/2016 du 14 juillet 2016 consid. 6.2.2 et 6.2.3), il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur des données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le

taux d'invalidité (TF 8C\_628/2015 du 6 avril 2016 consid. 5.3.5 et 8C\_211/2013 du 3 octobre 2013 consid. 4.1 in SVR 2014 UV n° 1 p. 1; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3<sup>e</sup> éd., Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 35 s. ad art. 28a LAI). L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (en raison par exemple d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité; TF 9C\_100/2010 du 23 mars 2010 consid. 2.1, 9C\_310/2009 du 14 avril 2010 consid. 3.2 et 8C\_294/2008 du 2 décembre 2008 consid. 6.4.1).

**c)** Dans le cas particulier, l'activité habituelle d'auxiliaire en garderie exercée par la recourante a, jusque-là, été considérée par son psychiatre traitant et les autres médecins comme l'activité la plus adaptée à son état de santé. Au demeurant, elle était en cours de reprise de cette activité, alors à titre thérapeutique, auprès de la même institution, malgré son échec aux examens, lorsqu'elle a, à nouveau, été contrainte de l'interrompre en raison des interventions subies. Compte tenu de l'exigibilité de l'exercice de cette activité, il n'y a pas lieu de chiffrer précisément les revenus, la méthode de comparaisons en pour-cent s'avérant la plus adéquate dans ces circonstances.

Indépendamment de ce qui précède, s'il convenait de se référer à une autre activité adaptée, il s'agirait alors de déterminer l'invalidité de la recourante sur la base des statistiques salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiées par l'Office fédéral de la statistique, tant pour le revenu sans invalidité qu'avec invalidité. On ne parviendrait dès lors pas à un résultat différent.

Dès lors, le degré d'invalidité de la recourante est conforme à l'incapacité de travail évoquée au considérant 6.b) qui précède.

**d)** Compte tenu de ce qui précède, à l'issue du délai de carence d'une année échéant fin avril 2015, le degré d'invalidité précité ouvre théoriquement le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 30 avril 2017, puis à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2017 (art. 88a RAI).

Etant donné que la recourante n'a déposé sa demande de prestations que le 14 janvier 2015, elle n'a droit au versement de cette prestation qu'à l'échéance d'un délai de six mois, soit à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015 (cf. art. 29 al. 1 LAI).

S'agissant de la période postérieure à la décision attaquée, il appartiendra à l'intimé d'examiner les conditions d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante.

**8. a)** Selon un principe général en droit des assurances sociales, concrétisé à l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de sa part pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité (obligation de diminuer le dommage). Il doit participer activement à la mise en oeuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels); il s'agit en particulier : de mesures d'intervention précoce (art. 7 al. 2, let. a, LAI), de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 7 al. 2, let. b, LAI), de mesures d'ordre professionnel (art. 7 al. 2, let. c, LAI), de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal ([loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] ; art. 7 al. 2; let. d LAI) ou de mesures en vue d'une nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente au sens de l'art. 8a al. 2 LAI (art. 7 al. 2, let. e, LAI).

**b)** Dans le cadre de son devoir de réduire le dommage, une obligation importante de l'assuré, si ce n'est la première, est qu'il ait

recours à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé. L'assureur pourra ainsi réduire ou refuser ses prestations (art. 7b LAI en relation avec l'art. 21 al. 4 LPGA) lorsque l'assuré, sans enfreindre une injonction, compromet le résultat du processus de guérison par son comportement gravement négligent. Le refus de suivre un traitement approprié ne peut toutefois être qualifié comme tel que si toutes les informations utiles lui ont été communiquées par le médecin traitant (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 3 ad art. 7 LAI, p. 69, et références citées).

**c)** Les traitements médicaux visés par l'art. 7 al. 2, let. d, LAI susmentionné englobent toute mesure diagnostique ou thérapeutique, ambulatoire ou stationnaire, de même que des soins de longue durée, dont on peut raisonnablement espérer, au stade de la vraisemblance prépondérante, une amélioration de l'état de santé de la personne assurée et, par conséquent, de sa capacité de travail. La perception subjective, par la personne assurée, de l'utilité du traitement n'est pas pertinente. La preuve de l'amélioration que le traitement aurait pu apporter n'a pas à être rapportée strictement, mais doit être démontrée avec une certaine vraisemblance. Le degré de vraisemblance exigé dépend de l'ampleur de l'atteinte aux droits de la personnalité causée par le traitement (cf. Anne-Sylvie Dupont, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n°54 ad art. 21 LPGA, p. 312, et références citées).

**d)** Dans le cas particulier, les experts psychiatres de N. \_\_\_\_\_ et de O. \_\_\_\_\_ ont tous deux considéré qu'une amélioration de l'état psychique de la recourante lui permettrait de retrouver une capacité de travail et cas échéant d'entreprendre des mesures de réadaptation. A cet égard, ils ont évoqué l'opportunité d'un séjour stationnaire en milieu psychiatrique et considèrent qu'une prise en charge psychiatrique plus importante et mieux personnalisée, avec une approche psychopharmacologique adéquate, permettrait sans doute de retrouver

une capacité de travail, compte tenu des ressources dont disposait la recourante avant la décompensation de 2014.

Il convient dès lors d'attirer l'attention de la recourante sur son obligation de réduire son dommage, en se soumettant aux mesures médicales raisonnablement exigibles, évoquées par les experts de N.\_\_\_\_\_ et de O.\_\_\_\_\_. Il appartiendra à l'intimé de s'assurer que la recourante donne suite aux propositions thérapeutiques des experts, en lui adressant à défaut une mise en demeure à cette fin (cf. art. 21 al. 4 LPGA).

**9. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 26 novembre 2018 doit être réformée en ce sens que la recourante a droit au versement d'une rente entière d'invalidité, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015, puis d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2017.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 5'100 fr. et de mettre à la charge de l'intimé.

La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Philippe Graf à compter du 22 décembre 2018 (décision de la juge instructrice du 7 janvier 2019), lequel a produit une liste des opérations le 25 avril 2022. Le montant alloué à la recourante à titre de dépens correspondant au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office (art. 2 al. 1 let. a, art. 3 et 4 du règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 [RA] ; BLV 211.02.3).

**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 26 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que X. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015, puis à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2017.
  
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. \_\_\_\_\_ une indemnité de 5'100 fr. (cinq mille cent francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Graf (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :