

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 octobre 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 11 mars 2015, P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, mère de deux filles majeures, sans formation, séparée de son second époux, employée de maison auprès de l'Ensemble hospitalier A._____ depuis le 18 mars 2013, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de troubles psychiques et de douleurs musculo-squelettiques existant depuis 2012. L'incapacité de travail était totale depuis le 17 octobre 2014.

K._____, assureur perte de gain de l'employeur, a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'expertises M._____ (Centre d'expertises M._____), les 11 et 13 mars 2015. Dans leur rapport à K._____ du 7 avril 2015, les Drs J._____, spécialiste en rhumatologie, et G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont fait les observations suivantes :

« Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan rhumatologique, à l'anamnèse Madame P._____ décrit des rachialgies diffuses qui motivent les consultations médicales en automne 2014. Toutefois elle mentionne que les plaintes sont présentes de longue date. Elle ne décrit pas franchement d'aggravation ou de modification de la symptomatologie. On ne parvient pas à comprendre ce qui a motivé les consultations médicales et l'examen IRM [imagerie par résonance magnétique].

Du point de vue objectif, nous constatons une surcharge pondérale. Si on observe la gestuelle spontanée, il n'y a pas de limitation significative de la mobilité du rachis ou des différentes articulations périphériques. Il n'y a pas non plus de trouble ostéoarticulaire dégénératif important. Il n'y a pas de signe d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique périphérique. A l'examen clinique certaines mobilisations sont déclarées douloureuses de même que de nombreux points qui sont algiques à la palpation mais sans que cela respecte les points typiques d'une fibromyalgie. L'IRM du 27.10.2014 a montré, outre les tassements vertébraux anciens de D12 et L1, une arthrose postérieure débutante en L3-L4 et L4-L5 et des discopathies débutantes. Les lésions organiques objectives n'expliquent que partiellement les plaintes annoncées par l'expertisée et les limitations qui en découleraient. Le tableau évoque un trouble somatoforme douloureux.

Du point de vue somatique on peut retenir les diagnostics de :

- Lombalgies chroniques avec status après tassement vertébral de D12 et L1, discopathies débutantes et arthrose postérieure débutante en L3-L4 et L4-L5.
- Surcharge pondérale.
- Hypercholestérolémie anamnétique.
- Troubles statiques des pieds.

Du point de vue somatique il n'y a pas de pathologie justifiant une incapacité de travail significative et durable. Toutefois en raison des troubles du rachis, on peut retenir des limitations fonctionnelles pour les activités physiques lourdes.

Sur le plan psychique, nous retenons comme facteurs de stress les décès de son père lorsqu'elle avait 7 ans et de sa mère à 12 ans, le placement en orphelinat à ce moment, la relation conflictuelle de 1988 à 1990 avec son premier mari qui la battait régulièrement ; la séparation avec son deuxième mari depuis 10 ans ; les conflits avec sa fille cadette et les difficultés financières de cette dernière.

L'expertisée se plaint d'une symptomatologie dépressive et de syndrome de stress post-traumatique qui s'est installée progressivement en un an. Elle a commencé quelques jours après l'agression [réd.: braquage dans la station-service où elle travaillait, le 27 août 2012] à avoir peur de se rendre au travail et de sortir des cartons lorsqu'il faisait sombre :

- Humeur dépressive toute la journée au moins 6 jours sur 7 et d'intensité maximale, irritabilité, pleurs réguliers, ruminations dépressives ; anhédonie, baisse de la libido, tendance au repli social ; prise de 20 kg en un an attribuée aux médicaments ; troubles de l'endormissement et réveils précoces ; fatigue permanente et d'intensité forte ; perte de sa confiance et de l'estime d'elle-même ; pessimisme ; idées de mort sans idéation suicidaire précise.
- Lors de l'agression, elle a eu clairement peur d'être assassinée ; distorsion de perception temporelle ; souvenirs répétitifs, cauchemars qui existent encore actuellement à une fréquence de trois/quatre fois par semaine, sentiment de détresse lorsqu'elle est exposée à des émissions télévisuelles, ou lorsqu'elle passe devant une station-service ; réduction de l'intérêt et de sa participation aux activités et un sentiment d'avenir bouché, liés à l'agression; difficultés d'endormissement, une irritabilité, une hypervigilance et des réactions de sursaut qui sont liées à l'agression, méfiance à chaque fois qu'elle sort de chez elle qui la pousse à vérifier qu'il n'y a personne qui puisse l'agresser.

Aucun trait de personnalité pathologique n'est relevé tant à l'anamnèse qu'à l'examen psychiatrique.

La description des activités quotidiennes nous apprend qu'elle a tendance à négliger son ménage par rapport à auparavant, elle gère son administration, se promène régulièrement deux heures et demie chaque jour. Elle habite avec sa fille voit régulièrement le père de cette dernière, a des contacts hebdomadaires avec une copine et des contacts avec le reste de sa fratrie.

L'examen psychiatrique montre une femme fatiguée, en surpoids, déprimée (tristesse, pleurs, pessimisme) mais qui peut aussi se montrer souriante à d'autres moments de l'entretien. Elle n'est pas ralentie et mis à part quelques trous de mémoire nous n'avons pas constaté d'évidents troubles cognitifs. Sa pensée est fixée sur sa perte d'espoir concernant son futur, et l'agression qu'elle a subie en août 2012. Elle ne s'est pas montrée irritable durant notre entretien ni angoissée même lors de l'évocation du souvenir traumatique.

Les dosages plasmatiques des médicaments montrent un taux très bas de chacune des molécules, notamment le Cipralax, qu'elle dit pourtant prendre à une posologie maximale. Ces résultats ne peuvent pas être expliqués par l'interaction des médicaments, l'assurée ne fume pas par ailleurs. Son observance thérapeutique est vraisemblablement médiocre, peut être en raison des effets sédatifs et sur la prise de poids que l'assurée attribue aux médicaments.

En conclusion, le tableau clinique présenté par cette expertisée est compatible avec un diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1), dont les premiers symptômes sont apparus rapidement après l'agression d'août 2012, et restent encore présents actuellement. Ce trouble en soi n'est visiblement pas invalidant dans son poste de femme de ménage, puisque l'arrêt de travail est survenu qu'en automne 2014.

Il existe également un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) existant depuis l'automne 2014, pour lequel l'assurée a été adressée à un psychiatre en 2014 et mise sous médication antidépressive, qu'elle semble ne pas prendre de manière régulière.

L'expert rhumatologue évoque un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), car il n'y a pas d'explication claire organique de la symptomatologie douloureuse. Ce syndrome somatoforme est associé aux troubles psychiatriques évoqués ci-dessus qui durent depuis août 2012, pour ce qui concerne l'état de stress post-traumatique, mais ne s'accompagne pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni d'échec de traitements psychiatriques (la psychothérapie a été débutée relativement récemment et l'observance au traitement médicamenteux n'est pas optimale), ni d'état psychique cristallisé c'est à dire inaccessible à toute thérapie.

L'état dépressif est à l'origine de limitations fonctionnelles telles qu'une fatigue, une humeur dépressive, une perte de confiance, pouvant occasionner une incapacité de travail passagère. L'incapacité de travail à 100% de son 65% est actuellement justifiée et ce durant encore deux mois depuis la date d'examen (13.03.2015). »

Les experts ont en outre répondu comme suit aux questions de

la K. _____ :

« [...] »

· *Éléments anamnestiques ?*

Cf. ci-dessus.

- *Constatations objectives sur l'état de santé actuel ?*

Cf. ci-dessus.

- *Avez-vous des remarques à formuler concernant les investigations, le traitement et le pronostic de l'affection actuelle ?*

Non, si ce n'est l'apparente mauvaise compliance.

- *Capacité de travail dans l'emploi actuel d'employée d'intendance à 65% avec les éventuelles limitations fonctionnelles?*

Sur le plan rhumatologique, pas de pathologie justifiant une incapacité de travail durable.

Sur le plan psychique, nulle durant encore 2 mois au maximum en raison d'une fatigue, une humeur dépressive, et une perte de confiance.

- *Capacité de travail sur le marché de l'emploi avec les éventuelles limitations fonctionnelles ?*

Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail est entière. En raison de l'atteinte du rachis, il faut éviter le lever de charges de plus de 15 kg ou le lever répétitif de charges de plus de 10 kg.

Sur le plan psychique, nulle durant encore deux mois depuis la date d'examen (13.03.2015).

- *Dans l'alternative où l'incapacité de travail serait tout ou partiellement due aux conditions de travail, en cas de résiliation des rapports de travail, dans quel laps de temps peut-on considérer qu'une capacité de travail partielle ou totale pourrait à nouveau être reconnue sur le marché du travail ?*

- *Remarques personnelles*

Dans l'alternative où nous serions en présence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, vous aurez l'obligeance, comme l'exige la jurisprudence du Tribunal Fédéral des Assurances (TFA), de répondre aux questions suivantes :

L'assurée présente-t-elle une comorbidité psychiatrique manifeste ?

Oui sous la forme d'un état de stress post traumatique et d'un épisode dépressif moyen.

- *L'assurée présente-t-elle une affection corporelle chronique ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ?*

Sur le plan rhumatologique, elle présente des troubles dégénératifs du rachis et un status après fracture-tassements vertébraux.

Sur le plan psychique, l'état de stress post-traumatique existe depuis septembre 2012.

- *L'assurée présente-t-elle une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ?*

Non.

- *L'assurée présente-t-elle un état psychique cristallisé ?*

Non.

- *L'assurée présente-t-elle des échecs à des traitements conformes aux règles de l'art ?*

L'expertisée annonce que la symptomatologie douloureuse est peu améliorée par les traitements médicamenteux et physiques, comme cela se rencontre souvent lors de trouble douloureux somatoforme, mais on note au monitoring une mauvaise compliance. »

Dans un rapport du 17 avril 2015 adressé à l'OAI, la Dre F._____, spécialiste en rhumatologie, a retenu comme diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, des tassements traumatiques de D12 et L1 avec absence d'ostéoporose, une insuffisance veineuse, un status après cure de varices bilatérales en 2013 ainsi que des troubles dépressifs sévères et, comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, un reflux gastro-oesophagien, des céphalées chroniques, un status après appendicectomie ainsi qu'un status après hystérectomie. Elle a par ailleurs indiqué, s'agissant des possibles mesures de réadaptation, qu'au plan rhumatologique, les restrictions énumérées pouvaient être réduites par des mesures médicales en trouvant une activité qui ménage le rachis. La médecin précitée a précisé qu'au plan psychiatrique, il était plus difficile pour elle de se prononcer.

Le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, au bénéfice d'une formation en médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP) obtenue en 2004 et médecin traitant de l'assurée, a, dans un rapport du 3 juin 2015 adressé à l'OAI, posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique avec en

comorbidité un trouble de l'anxiété généralisé, un trouble dépressif majeur secondaire ainsi qu'un trouble douloureux somatoforme.

Dans un rapport du 15 juillet 2015 à l'OAI, la Dre Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante de l'assurée depuis le 3 octobre 2014, a retenu un état de stress post-traumatique existant depuis août 2012 et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, comme diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, ainsi que des difficultés liées à l'emploi et avec sa fille comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail. Au titre des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes en lien avec l'activité habituelle, la Dre Q._____ a mentionné des douleurs rachidiennes, un trouble du sommeil, de la fatigue, une perte d'énergie, de la tristesse, des pleurs, de l'anxiété, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité ainsi que des difficultés de concentration. Elle a précisé que la patiente manifestait une fatigabilité, des difficultés à gérer le stress, des difficultés à maintenir un rythme de travail élevé et un absentéisme lors de graves décompensations. A la question de savoir si l'activité exercée était encore exigible d'un point de vue médical, la Dre Q._____ a répondu par la négative.

Sur demande de K._____, un complément d'expertise psychiatrique a été réalisé par le Dr G._____ du Centre d'expertises M._____. De son rapport du 30 novembre 2015, il résultait que la symptomatologie dont se plaignait l'assurée était en bonne partie identique à celle évoquée dans la précédente évaluation. La description des activités quotidiennes était également superposable à celle de la dernière évaluation et était congruente aux plaintes de l'assurée. De même, le Dr G._____ a indiqué que l'examen psychiatrique était superposable à celui réalisé en mars 2015, en précisant que l'assurée restait clairement déprimée, avec un contenu de la pensée fixé sur son désespoir et sur son désir d'aller rejoindre sa mère. En conclusion, le médecin précité a retenu les mêmes diagnostics qu'en mars 2015, tout en précisant que l'épisode dépressif restait incapacitant en raison des mêmes limitations fonctionnelles décrites dans le précédent rapport. Il n'a retenu

aucun trouble de la personnalité, ni d'anxiété généralisée et a précisé que l'état psychique au jour du complément d'expertise privait l'assurée des ressources internes nécessaires afin de lutter contre la souffrance induite par le syndrome douloureux.

Dans un rapport du 25 novembre 2015 à K._____, le Dr L._____ a retenu une capacité de travail nulle de l'assurée, précisant que la situation était réévaluée tous les mois.

Par communication du 8 janvier 2016, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, si bien qu'il allait examiner le droit à d'éventuelles autres prestations.

Dans un avis du 8 mars 2016, le Dr Z._____ du Service médical régional AI (SMR) a conclu que la situation médicale n'était, malgré l'expertise du Centre d'expertises M._____ en deux temps, pas définitivement clarifiée tant au plan diagnostique (notamment concernant le trouble somatoforme douloureux) qu'au plan des retombées fonctionnelles et, partant, de l'exigibilité professionnelle. Il a donc préconisé la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique au SMR.

Dans un rapport du 16 septembre 2016 de la Clinique V._____ adressé au médecin traitant de l'assurée, il était fait état de douleurs chroniques généralisées (maux de tête et douleurs musculo-squelettiques diffuses sans origine somatique), de trouble de stress post-traumatique, d'une dépression moyenne à sévère ainsi que de troubles anxieux.

L'expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique a été confiée aux Drs C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S._____, spécialiste en rhumatologie.

A la requête du Dr C._____, la Dre Q._____ lui a fait savoir le 11 juillet 2017 qu'elle retenait chez sa patiente les diagnostics d'état de stress post traumatique (F43.1) existant depuis août 2012, et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre Q._____ a indiqué ce qui suit :

« En dehors des douleurs importantes dont elle souffre, Mme P._____ présente, d'un point de vue psychiatrique, des troubles du sommeil, une fatigue, une tristesse, une perte d'énergie, une anxiété importante, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité et des difficultés de concentration.

Les limitations fonctionnelles l'empêchant d'avoir une activité professionnelle sont les suivantes : fatigabilité, difficultés à gérer le stress, difficultés à maintenir un rythme de travail élevé et absentéisme lors de graves décompensations. »

Le Dr C._____ a adressé son rapport le 9 août 2017 à l'OAI, après s'être entretenu le 13 juin 2017 avec l'assurée, et avoir effectué un dosage plasmatique. Il n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail ; quant aux diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a retenu ceux de status post-état de stress post-traumatique (F43.1), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01) et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Il a retenu une capacité de travail de 100% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Le 4 septembre 2017, le Dr S._____ a adressé un rapport à l'OAI. Dans ce rapport, il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombopygialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (minime discopathie L4-L5 bilatérale) et, sans répercussion sur la capacité de travail, de cervicobrachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (absence de discopathie significative), d'omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie et de gonalgies sans signe d'atteinte méniscale ou ligamentaire. Le DrS._____ a noté, du point de vue rhumatologique, une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle qu'elle décrivait dans ses activités de la vie quotidienne et

professionnelle dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'au jour de l'expertise. Après concertation avec le Dr C._____, le Dr S._____ a conclu à une capacité de travail de 90% dans l'activité habituelle, compte tenu des troubles dégénératifs sous-jacents lombaires, et de 100% dans une activité adaptée avec diminution des mouvements en porte-à-faux et le port de charges.

Dans un avis SMR du 25 septembre 2017, le Dr Z._____ a mentionné que si la réalité d'une incapacité de travail pour des raisons essentiellement psychiques dès octobre 2014 ne pouvait être niée, les données médicales recueillies permettaient de reconnaître à l'assurée une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée biomécaniquement à partir de juin 2015, avec diminution de rendement en raison de l'intensité du vécu douloureux.

Par projet de décision du 1^{er} février 2018, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il allait rejeter sa demande de prestations, dès lors que celle-ci présentait un degré d'invalidité de 17.97%, n'ouvrant pas de droit à une rente.

Le 8 février 2018, l'assurée a déclaré faire opposition au projet de décision précité.

Le 18 avril 2018, le Dr L._____ a rédigé un rapport, dans lequel il a notamment relevé que sa patiente était venue, par erreur, à jeun le jour de la prise de sang, ce qui avait pu biaiser les résultats relatifs à la compliance médicamenteuse, que l'entretien avec l'expert avait duré moins d'une heure, que celui-ci avait mentionné, de manière contradictoire, que l'attitude de l'assurée était démonstrative pour ensuite affirmer, quelques pages plus loin, que tel n'était pas le cas, que sa position n'était ainsi pas claire, qu'aucun bilan des fonctions cognitives n'avait été réalisé dans le cadre du complément d'expertise alors qu'il avait été mis en évidence, lors d'un examen neuropsychologique antérieur, que l'assurée souffrait d'un handicap mental, ce qui pouvait expliquer l'impression de trouble de la personnalité et d'instabilité, mais

aussi les faibles ressources et capacité d'adaptation de l'assurée. Le Dr L._____ a également relevé qu'aucune échelle psychométrique n'avait été utilisée lors de l'expertise pour évaluer la thymie, alors même qu'il s'agissait d'un moyen validé depuis longtemps et que, partant, l'appréciation de l'intensité du trouble de l'humeur de l'assurée par l'expert était sujette à caution. Le Dr L._____ a encore relevé que l'expert ne s'était que peu prononcé au niveau de la cohérence et qu'il fallait dénier toute valeur probante au complément d'expertise du 9 août 2017, compte tenu des imprécisions, incohérences ou erreurs d'appréciation qui y figuraient. Le Dr L._____ a joint à son rapport un rapport du Dr X._____ du 16 mars 2016, spécialiste en neurologie, qui a notamment indiqué ce qui suit après avoir vu l'assurée à sa consultation le 19 mars 2016 :

« **DIAGNOSTICS PRINCIPAUX**

- Céphalée type de tension chronique
- Céphalées dans le contexte d'un syndrome de fibromyalgie
- Possibles céphalées médicamenteuses (Dafalgan®, Aspégic®)
- Douleurs musculo-tendineuses généralisées, prédominantes au niveau du membre inférieur droit dans le contexte d'un syndrome de fibromyalgie
- Céphalée dans le contexte d'une pathologie psychiatrique
- Syndrome anxiodépressif sévère avec suivi psychiatrique
- Hyperintensités en T2 de la substance blanche d'origine aspécifique »

[...]

CONCLUSION ET DISCUSSION

Il s'agit d'une patiente âgée de 44 ans, aux antécédents de trouble de l'humeur significatif depuis de nombreuses années avec un suivi psychiatrique et psychothérapeutique. La patiente consulte pour des douleurs crâniennes localisées au vertex, reproduites à la pression sur la région du scalp. L'examen neurologique est normal sans signes de latéralisation. La céphalée de la patiente correspond en effet assez bien aux critères diagnostiques IHS de la céphalée de tension chronique. Il y a aussi d'autres catégories de céphalées qui rentrent en ligne de compte dans les hypothèses diagnostiques (voir liste des diagnostics sur la première page). Il n'est pas exclu que l'importante consommation d'antalgiques puisse contribuer à la chronicisation de la symptomatologie douloureuse (« drug overuse headache »). Il est à considérer que les douleurs céphaliques peuvent rentrer également dans le contexte du syndrome de fibromyalgie.

La patiente présente une positivité pour tous les points douloureux classiques de la fibromyalgie (critères diagnostiques remplis). Si cela n'a pas été fait une fois, je recommande d'effectuer le bilan

sanguin habituel pour exclure d'autres pathologies inflammatoires infectieuses ou métaboliques pouvant être à l'origine des douleurs et des phénomènes psychiques.

Le traitement de cette constellation de pathologies douloureuses (céphalées de tension, fibromyalgie, trouble dépressif, drug overuse headache) est assez difficile. Je propose dans un premier temps de réduire les médicaments antalgiques tels que l'Aspégic et Dafalgan (d'ailleurs apparemment peu efficaces) car il existe une possibilité de céphalée médicamenteuse selon les critères IHS (> 15 cp/mois pendant au moins 3 mois), et de conserver le traitement de Lyrica®.

En raison des effets secondaires (sensation de confusion, somnolence le matin) la dose du soir pourrait être réduite (pas clair si le dosage du Lyrica® 300 mg le soir a été atteint). En accord avec le psychiatre de la patiente, et en l'absence d'interaction significative avec les autres médicaments, il faudra augmenter la Sertraline® au moins à 100 mg/jour. En l'absence de bénéfice clair au cours des prochains trois mois, la Sertraline® devra être arrêtée et remplacée par le Cymbalta®.

Sur le plan thérapeutique, j'ai proposé un traitement de physiothérapie (relaxation, massages, fitness ou natation) et de mésothérapie (ce dernier à mon cabinet). Des contrôles cliniques médicaux réguliers, comme tu le fais déjà probablement, s'avèrent nécessaires pour ces patients avec douleurs chroniques. Concernant les examens d'IRM cérébrale (2015 et 2016), les deux examens montrent des hyperintensités en T2 de la substance blanche, sans prise de contraste, de morphologie et localisation aspécifiques, sans évolution entre les deux examens. Il s'agit d'une trouvaille fréquente dans la population générale, sans corrélations cliniques chez la patiente et sans évolution. Je ne propose pas d'autres investigations ou de répéter l'IRM si le bilan pour vasculite et syndrome de fibromyalgie a été effectué par le passé et résultat négatif. »

Etait également joint au rapport du Dr L._____, un rapport d'évaluation neuropsychologique du 22 octobre 2015 de la psychologue B._____, dans lequel celle-ci mentionnait que l'ensemble de l'évaluation effectuée montrait un déficit cognitif et intellectuel compatible avec un handicap mental, tout en notant que ce diagnostic, qui devait être posé avant l'âge de 18 ans, n'avait jamais été évoqué auparavant.

Dans un avis SMR du 14 mai 2018, le Dr Z._____ a considéré que les affirmations du Dr L._____, tendant à démontrer l'incapacité de travail totale de sa patiente, ne conduisaient pas à mettre en doute la validité des conclusions de l'expert C._____.

Par décision du 16 novembre 2018 confirmant le projet du 1^{er} février 2018, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il a fixé le revenu sans invalidité à 59'255 fr. 53 et le revenu avec invalidité à 48'607 fr. 35 en se fondant sur les statistiques et en tenant compte d'une baisse de rendement de 10%. En comparant ces deux revenus, il en résultait une différence de 10'648 fr. 18, correspondant à un degré d'invalidité de 17.97%, n'ouvrant pas le droit à une rente. Le droit à des mesures professionnelles n'était pas non plus ouvert, dès lors que le manque à gagner durable n'atteignait pas 20% au moins.

B. Par acte du 4 janvier 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente, respectivement de mesures professionnelles. Elle s'est essentiellement référée au rapport du Dr L. _____ du 18 avril 2018 pour soutenir qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité. Elle a également fait valoir qu'un abattement de 5% sur le gain d'invalidité devait être pris en compte, ce qui lui ouvrirait le droit à des mesures professionnelles.

Par réponse du 21 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que le rapport d'expertise médicale bidisciplinaire du 4 septembre 2017 concluant à une capacité de travail de la recourante de 100% avec une diminution de rendement de 10%, remplissait tous les requis imposés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a par ailleurs estimé que la prise en compte d'un abattement de 5% ne se justifiait pas, dès lors que les limitations fonctionnelles de la recourante avaient déjà été prises en compte dans le taux d'activité de 100% retenu dans l'exercice d'une activité adaptée et qu'elle était au bénéfice d'un permis C.

Répliquant le 18 avril 2019, la recourante a fait remarquer que le rapport du Dr L. _____ apportait des indices concrets permettant de douter du bien-fondé des conclusions de l'expert C. _____ et, partant, de

la valeur probante de son rapport. Elle a ainsi maintenu sa position et conclu en outre subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle expertise.

Par duplique du 9 mai 2019, l'OAI a confirmé ses conclusions et préavisé le rejet du recours.

C. Le 27 septembre 2019, la juge instructrice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dont elle a confié la réalisation au Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 1^{er} avril 2020, l'expert a retenu le diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01), dans le cadre d'une dysthymie (F34.1) correspondant à une double dépression, existant depuis 2014 au plus tard et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une majoration de symptômes physiques et cognitifs pour des raisons psychologiques (F68.0), existant depuis 2015 au plus tard, et une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile et histrionique (Z73.1), existant depuis l'adolescence. Il a précisé que l'accentuation de certains traits de personnalité de l'assurée entretenait sa double dépression, dont les symptômes affectifs restaient pourtant légers à moyens. Il a également mentionné ce qui suit s'agissant des limitations et de l'influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'alors :

« Les limitations fonctionnelles dues à la double dépression de Mme P._____ sont une fatigabilité accrue, une diminution de sa tolérance à la frustration et une certaine instabilité émotionnelle due à ses fluctuations de l'humeur, justifiant une diminution de rendement de l'ordre de 20%, depuis octobre 2014. »

A la question de savoir si d'autres activités étaient exigibles de la part de l'assurée, l'expert y a répondu en ces termes :

« En tenant compte des ressources d'adaptation de Mme P._____, l'effort à surmonter ses symptômes affectifs légers à moyens afin de reprendre une activité simple et principalement manuelle, par exemple dans le nettoyage, la vente ou comme aide cuisinier, reste raisonnablement exigible à plein temps. Dans ce cadre, les

limitations fonctionnelles dues à sa double dépression, comme une fatigabilité accrue, une diminution de sa tolérance à la frustration et une certaine instabilité émotionnelle due à ses fluctuations de l'humeur, justifient une diminution de rendement de l'ordre de 20%, depuis octobre 2014. »

L'expert s'est également exprimé ainsi concernant les mesures thérapeutiques envisageables et leur potentiel effet sur la capacité de travail :

« Etant donné le taux sanguin dans la partie inférieure de la marge thérapeutique de la Sertraline compatible avec la dose moyenne prescrite associée à un (sic) très faible dose du Surmontil®, correspondant au taux sanguin principalement susceptible d'induire le sommeil, Mme P. _____ pourrait bénéficier d'une adaptation de sa médication. Ainsi, une augmentation de la Sertraline jusqu'à 200 mg par jour peut lui permettre une rémission des symptômes dépressifs. En parallèle, une augmentation jusqu'à 600 mg par jour de la Prégabaline qui montre un taux sanguin au-dessous du seuil thérapeutique à la dose actuelle de 350 mg par jour peut contribuer à une rémission des symptômes anxieux. Toutefois, cette médication psychotrope de Mme P. _____ n'est pas « un traitement psychotrope lourd avec des effets secondaires non négligeables sur la capacité d'exercer une activité professionnelle » (rapport du 18.04.2018 du Dr L. _____).

Par contre, il paraît essentiel que les démarches thérapeutiques tiennent compte des signes d'adoption d'un rôle d'invalidé maintenu par des bénéfices secondaires. Ainsi, une psychothérapie, par exemple d'orientation cognitivo-comportementale, peut encourager Mme P. _____ à mettre en valeur ses ressources préservées au lieu de rester fixée sur des plaintes dramatiques mais incohérentes. Déjà dans son rapport du 30.11.2015, le Dr G. _____ constate un danger que Mme P. _____ se renferme dans un rôle de malade psychiatrique, et préconise un stage socio-professionnel en vue de la stimuler et lui redonner confiance. L'évolution depuis 2015 confirme cette appréciation et il paraît regrettable que les démarches thérapeutiques n'aient pas tenu compte de ces recommandations.

[...]

Les mesures thérapeutiques proposées sont susceptibles de permettre une rémission stable de la double dépression de Mme P. _____ dans le but d'une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement. »

Enfin, l'expert D. _____ a conclu son rapport en ces termes :

« En faisant abstraction de ces incohérences, les éléments objectivables de l'anamnèse et des examens témoignent de ressources préservées d'une expertisée qui se montre toujours capable de surmonter ses difficultés sociales et les problèmes de comportement

de sa fille afin de mener une vie autonome. En l'absence d'une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, les incohérences observées évoquent l'adoption d'un rôle d'invalidé maintenu par des bénéfices secondaires, également selon les examens du Dr G. _____ en 2015 et du Dr C. _____ en 2017. En effet, Mme P. _____ rencontre des problèmes sur le marché du travail à cause de l'âge, des difficultés de langues et l'absence d'une formation reconnue l'obligeant d'enchaîner des engagements dans le nettoyage, comme vendeuse et aide cuisinière depuis son arrivée en Suisse, selon ses propres dires. En tenant compte de ses ressources d'adaptation, l'effort à surmonter les symptômes affectifs légers à moyens de Mme P. _____ afin de reprendre une activité simple et principalement manuelle, par exemple dans le nettoyage, la vente ou comme aide cuisinier, reste pourtant raisonnablement exigible à plein temps. Dans ce cadre, les limitations fonctionnelles dues à sa double dépression justifient une diminution de rendement de l'ordre de 20%, depuis l'arrêt maladie en octobre 2014, alors que le pronostic concernant une reprise de travail semble dépendre principalement de facteurs non-médicaux. »

Dans le cadre de son expertise, le Dr D. _____ s'est adjoint les services de la psychologue W. _____, spécialiste en neuropsychologie. Celle-ci a rendu un rapport le 23 mars 2020 dont on extrait ce qui suit :

« En général, la sévérité massive du tableau neuropsychologique serait évocatrice d'un stade avancé de démence avec un besoin de surveillance constante, mais même dans ce cas les incohérences à l'examen seraient significatives. Un handicap mental ne permet pas non plus d'expliquer l'ampleur du tableau, ce diagnostic n'étant par ailleurs pas cohérent ni au sein des résultats à l'examen neuropsychologique ni avec l'autonomie de l'expertisée dans la vie de tous les jours.

Ces incohérences observables cliniquement sont corroborées par la présence de plusieurs paramètres objectifs intrinsèques à l'examen (« **embedded validity parameters** ») insuffisants. Rappelons qu'il s'agit de mesures objectives avec des cut-offs établis pour détecter la majoration de symptômes. Ainsi, l'expertisée présente un très faible reliable digit span, largement inférieur au seuil admis. L'écart-type des temps de réaction à l'alerte est également insuffisant. Il en va de même pour le nombre de reconnaissances correctes au CVLT-II et du ralentissement au barrage séquentiel de chiffres. Une seule mesure au-delà du cut-off établi porte déjà à suspecter un effort insuffisant et la présence de signes de surcharge non organique. La présence de plus d'un indicateur d'effort en-dessous des seuils admis est reconnue pour être très spécifique à la majoration de symptômes[...] car les chances statistiques de par hasard tomber plusieurs fois en-deçà des seuils admis et (sic) faible. Un **questionnaire** de validation de plaintes obtient un score suffisant, tout juste avant le seuil limite pour la majoration de symptômes psychiatriques.

Enfin, les **tests standardisés de validation de symptômes** en choix forcé permettent d'ôter tout éventuel doute. Alors qu'il s'agit de tests très simples réussis même par des patients souffrant de démence avancée ou de déficience intellectuelle, les performances de

l'expertisée se situent largement en-dessous des cut-offs et même en bonne partie largement en-dessous du niveau de la chance, ce qui permet d'affirmer avec certitude que l'expertisée a exagéré ses troubles.

L'expertisée remplit donc sans aucun doute les critères de Slick & Sherman^[...] (2012) de tableau de **majoration de symptômes neuropsychologiques certain** (« definite malingered neuropsychological dysfunction »). »

En guise de conclusion, la psychologue W. _____ a écrit ce qui suit :

« [...] »

L'examen neuropsychologique de cette expertisée, effectué dans le cadre d'un mandat d'expertise psychiatrique du Tribunal, entièrement en présence d'une interprète, met en évidence :

- Des **incohérences**, de nombreux indicateurs intrinsèques **d'effort fourni insuffisants et l'échec à toutes les mesures standardisées de validation de symptômes**.
- Il faut donc intégrer dans ce contexte de majoration des symptômes certaine les divers **résultats souvent massivement déficitaires, non valides**, obtenus au présent examen, soit :
 - o Une déficience intellectuelle légère, à quelques points de la déficience moyenne (OIT 54) affectant à la fois le raisonnement verbal et perceptif.
 - o Un ralentissement sévère voire massif à tous les tests chronométrés, souvent hors cotation des normes, avec des temps de réaction non crédibles à l'alerte (alors que préservés en attention divisée), contrastant avec l'absence de ralentissement psychomoteur dans les échanges spontanés.
 - o Des troubles mnésiques sévères (pas de courbe d'apprentissage possible en modalité verbale, faible rappel et reconnaissance sévèrement atteinte, faible rappel visuospatial).
 - o Des troubles praxiques et des difficultés gnosiques visuelles (plaintes de difficultés avec les yeux, erreurs de reconnaissance de certaines images)
 - o Des troubles attentionnels et exécutifs modérés à sévères.
 - o Un trouble sévère de la mémoire immédiate et de travail.

Madame P. _____ est un expertisée de 49 ans qui se plaint de troubles cognitifs incapacitants, notamment mnésiques, mais également de concentration et de perception visuelle, pour laquelle cet examen met en évidence des performances non valides qui sont à comprendre dans un contexte d'**incohérences et de majoration de symptômes, corroborés par l'échec à toutes les mesures de validation de symptômes**, y compris les tests normalement réussis en présence d'une démence avancée et/ou d'une déficience intellectuelle avérée. Le tableau neuropsychologique ne peut s'expliquer ni par l'atteinte psychiatrique alléguée ni par une éventuelle déficience intellectuelle qui est peu crédible au vu de l'incohérence entre la mesure de l'intelligence avec l'autonomie dans la vie quotidienne.

L'examen neuropsychologique précédent effectué en 2015 par Mme B. _____, psychologue mais pas spécialiste en neuropsychologie FSP, constatait déjà des résultats similaires avec des troubles sévères de tout genre et soulevait la question de l'étiologie au vu des résultats souvent non explicables par un seul diagnostic. Des hypothèses multifactorielles y sont alors soulevées, mais l'absence d'analyse de la cohérence et de tests de validation de symptômes font (sic) que lors de l'évaluation antérieure l'hypothèse de la majoration de symptômes n'a à tort même pas été considérée.

Or, les résultats à l'expertise neuropsychologique permettent de discuter comme seuls diagnostics différentiels CIM-10 la « Majoration de symptômes cognitifs pour des raisons psychologiques » (F68.0) ou la « simulation » proprement dite (Z 76.5), ces diagnostics étant objectivés par les diverses mesures de validation de symptômes. La présence de plusieurs scores inférieurs au niveau de la chance à une épreuve de validation de symptômes en choix forcé indique en effet que l'expertisée a volontairement choisi une mauvaise réponse alors qu'elle connaissait la réponse correcte. [...]

Ainsi, il n'est pas possible de retenir d'éventuelles limitations fonctionnelles neuropsychologiques qui sont peu vraisemblables et ne seraient en tout cas pas de la sévérité alléguée, les résultats à cet examen n'étant pas crédibles ni cohérents. »

Par courrier du 18 avril 2020, le Dr D. _____ a transmis à la Cour de céans le rapport de la Dre Q. _____ du 8 avril 2020 concluant à une incapacité de travail de 100% sur le plan psychique, tout en indiquant que ce rapport n'apportait aucun élément médical nouveau susceptible de modifier son appréciation de l'état de santé psychique de l'assurée et de sa capacité de travail.

Par déterminations du 29 mai 2020, l'OAI, se fondant sur un avis SMR du 26 mai 2020, a estimé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 4 septembre 2017, relevant qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les tableaux cliniques actuels et précédemment retenus au plan psychique, la baisse de rendement évoquée par le Dr D. _____ résultant d'une appréciation différente et ne tenant pas compte des potentiels effets bénéfiques sur le psychisme d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Par déterminations du 16 juin 2020, la recourante s'est référée au rapport du 20 mai 2020 du Dr L. _____, dans lequel ce médecin contestait les conclusions de l'expert D. _____, en particulier sur la

capacité de travail retenue, en insistant notamment sur le fait que le caractère démonstratif de la recourante faisait partie de sa personnalité, que les résultats des tests neuropsychologiques étaient à attribuer à des capacités intellectuelles limitées et à une capacité de pensée abstraite pauvre et non à une simulation ou à une majoration des symptômes et que l'interprétation des résultats pharmacologiques du Dr D. _____ devait être écartée.

L'OAI, se fondant sur un avis SMR du 25 juin 2020, s'est déterminé le 9 juillet 2020. Il a relevé que le Dr L. _____ n'apportait aucune argumentation scientifique suffisante permettant de s'écarter de ses précédentes conclusions. En outre, la communication médicale du Dr L. _____, informant d'une hospitalisation de la recourante à la Clinique V. _____ en raison d'une péjoration de son état de santé psychique, ne pouvait entrer en considération, s'agissant d'un fait nouveau survenu postérieurement à la décision litigieuse.

Par écriture du 26 août 2020, la recourante a transmis à la Cour de céans le rapport de la Clinique V. _____ du 23 juillet 2020, relatif à son séjour dans cet établissement.

Par déterminations du 11 septembre 2020, l'intimé s'est référé à un avis SMR du 3 septembre 2020, selon lequel le rapport du 23 juillet 2020 produit par la recourante, qui faisait état d'une « altération légère à moyenne de [son] état psychique dans le contexte de la pandémie et de difficultés psychosociales » avec stabilisation de l'état à la fin du séjour, ne permettait pas de constater une modification significative et durable de l'état de santé de la recourante.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et

celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, respectivement à des mesures d'ordre professionnel, singulièrement le degré d'invalidité à la base de ces prestations.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. **a)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais

son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

c/aa) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409),

puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

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

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

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

5. a) En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante avait retrouvé à l'échéance du délai de l'art. 28 LAI, soit le 17 octobre 2015, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ce que l'intéressée conteste. Il est par contre admis que l'activité habituelle d'employée de maison auprès de l'Ensemble hospitalier A._____ n'est pas adaptée.

b) Sur le plan somatique, l'assurée présente des lombalgies, une surcharge pondérale, une hypercholestérolémie et des troubles statiques des pieds (cf. rapport du Centre d'expertises M._____ du 14 avril 2015). Toutefois, de l'avis, non contredit, des médecins du Centre d'expertises M._____, l'assurée ne présente pas de pathologie justifiant une incapacité de travail significative et durable du point de vue

somatique, les activités physiques lourdes étant retenues comme limitations fonctionnelles en raison des troubles du rachis. Cet avis est partagé par la Dre F._____, qui a estimé que la patiente avait l'espoir de retrouver une activité ménageant le rachis (cf. rapport du 17 avril 2015). L'instruction a été complétée par une expertise rhumatologique, qui a été confiée au Dr S._____. Ce dernier a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombopygialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire - minime discopathie L4-L5. Sans effet sur la capacité de travail, il a fait état de cervicobrachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (absence de discopathie significative), d'omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie et de gonalgies sans signe d'atteinte méniscale ou ligamentaire. Il a estimé que compte tenu des troubles dégénératifs, la capacité de travail était estimée à 100%, avec une baisse de rendement de 10%. Il a en particulier relevé, du point de vue rhumatologique, qu'il n'y avait pas d'amyotrophie, pas de trouble sensitivomoteur, que l'assurée se mouvait, s'habillait et se déshabillait de manière fluide et autonome, qu'elle était capable de rester assise sans opter pour une position antalgique durant tout l'entretien. Le Dr S._____ a encore relevé que l'examen des différents groupes articulaires se révélait rassurant, qu'il n'y avait pas de signe de synovite et de ténosynovite au niveau des épaules, qu'il n'y avait pas de signe de tendinopathie ou de signe de conflit, que l'examen des genoux était également rassurant et qu'il n'y avait pas non plus de signes méniscaux ou ligamentaires. Le Dr S._____ notait ainsi une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelles qu'elle décrivait dans les examens cliniques et paracliniques effectués.

Cette appréciation n'est pas contredite. Elle remplit en outre les réquisits jurisprudentiels conduisant à lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, le Dr S._____ a procédé à un examen complet de la recourante (cf. pp. 8 à 10 du rapport du 4 septembre 2017), son rapport contient une anamnèse détaillée (cf. pp. 2-3 et 4-5) et tient compte des plaintes de celle-ci (cf. pp. 3-4). De même, ses conclusions sont dûment motivées (cf. p. 12-13 et 15 à 16). Il n'y a ainsi pas lieu de s'en écarter.

c) Sur le plan psychiatrique, l'assurée a été examinée une première fois en mars 2015 par les médecins du Centre d'expertises M._____, qui étaient parvenus à la conclusion que le tableau clinique présenté était compatible avec le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1), dont les symptômes étaient apparus après l'agression qu'elle avait subie en août 2012 ; toutefois, ce trouble n'était en soi pas invalidant dans l'activité de femme de ménage, puisque l'arrêt de travail n'était survenu qu'en automne 2014. Il y avait cependant, depuis 2014, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), à l'origine de limitations fonctionnelles telles que fatigue, humeur dépressive et perte de confiance, pouvant occasionner une incapacité de travail passagère. Les médecins du Centre d'expertises M._____ avaient dès lors estimé, en avril 2015, que l'incapacité de travail à 100% du 65% de l'assurée était justifiée à cette date, et le serait encore durant deux mois dès la date de l'examen, qui avait eu lieu le 13 mars 2015. Toutefois, lorsqu'il a revu l'assuré en août 2015, le Dr G._____ a constaté que la situation était superposable à celle qui prévalait lors de son précédent examen, et a retenu les mêmes diagnostics qu'en mars 2015. Il a alors estimé que l'incapacité de travail complète dans toute activité était encore justifiée pour encore environ trois mois.

Dans son rapport à l'OAI du 3 juin 2015, le Dr L._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique avec en comorbidité un trouble de l'anxiété généralisé, de trouble dépressif majeur secondaire, et de trouble somatoforme. Quant à la Dre Q._____, elle a retenu, dans son rapport à l'OAI du 15 juillet 2015, les diagnostics de trouble de stress post-traumatique (PTSD) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Ces deux médecins ont estimé nulle la capacité de travail de la recourante.

C'est dans ce contexte que l'OAI a confié le volet psychiatrique d'une expertise bidisciplinaire au Dr C._____. Ce dernier, dans son

rapport du 9 août 2017, n'a retenu aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de la recourante au plan psychiatrique. Il a toutefois mentionné les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de status post-état de stress post-traumatique (F43.1), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01), et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Le Dr C. _____ a exposé les raisons le conduisant à retenir que le trouble de stress post-traumatique était désormais sans effet sur la capacité de travail. Il a en particulier observé, du point de vue anamnestique, que l'assurée avait eu des cauchemars ainsi que des signes d'évitement et une anxiété à la suite de l'agression qu'elle avait subie en 2012 mais qu'au jour de l'examen, il n'avait pu objectiver qu'une attitude démonstrative et que l'anxiété qui persistait était due à la personnalité-même de l'assurée. Le Dr C. _____ a également exposé les motifs le conduisant à considérer que le trouble dépressif n'était pas suffisamment actif pour justifier une incapacité de travail. A cet égard, il a notamment relevé qu'au moment de l'entretien, l'assurée se disait être triste tout le temps, ce qu'il n'avait pas pu objectiver, relevant que l'assurée avait souri à plusieurs reprises et qu'elle n'avait pas pleuré. Il a mentionné que l'assurée était en contact téléphonique avec tous les membres de sa famille, ce qui exprimait un désir de sa part de maintenir un lien, ce qui excluait l'existence d'une grave dépression. Le Dr C. _____ a encore noté l'absence de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur, l'absence d'un sentiment d'infériorité, de dévalorisation et de découragement, d'inutilité ou de ruine, de même que l'absence d'idées noires ou d'envies suicidaires.

Cela étant, le rapport du Dr C. _____ n'est pas pleinement probant, en particulier en tant que ce médecin spécialiste s'est limité à affirmer, en lien avec l'indicateur « cohérence », que le fait que la recourante avait pu venir seule depuis chez elle, en train puis à pied, montrait qu'elle avait des ressources psychologiques beaucoup plus importantes que celles qui lui étaient reconnues par ses médecins-traitants (cf. p. 24 du rapport du 9 août 2017). On relèvera toutefois, pour répondre au grief de la recourante, que la seule durée de l'entretien entre

l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise. Celles-ci ne sauraient en effet être proportionnelles au temps consacré, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (TFA I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2 ; TFA I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3).

On peine également à suivre l'argumentation de la recourante en lien avec un handicap mental. En effet, ce diagnostic n'est pas posé, sinon dans le rapport de la psychologue B._____ daté du 22 octobre 2015, et produit le 18 avril 2018 par le Dr L._____. Or, on relèvera que même si la recourante devait présenter une limitation des compétences cognitives et intellectuelles depuis son plus jeune âge, celle-ci ne l'a pas empêchée d'exercer plusieurs activités professionnelles, durant des années, sans que ce trouble ne constitue un empêchement à l'activité. Pour le surplus, la psychologue B._____ est la seule à en faire état, même la Dre Q._____, à qui le rapport de la psychologue B._____ du 22 octobre 2015 était adressé, ne reprenant pas cette atteinte dans la liste de celles ayant, selon elle, un effet sur la capacité de travail. Quant au Dr Z._____ du SMR, il a souligné que les observations faites par les experts du Centre d'expertises M._____ et par le Dr S._____ (assurée scolarisée pendant 8 ans, s'exprimant correctement en français et capable de donner une anamnèse reproductible) permettaient de conclure à l'absence de troubles cognitifs significatifs, que le Dr X._____, neurologue, qui avait fourni une anamnèse et un examen neurologiques détaillés ne mentionnait pas de trouble cognitif, ce qui relevait de sa spécialité, et précisait que les IRM cérébrales de 2015 et 2016 étaient dans les limites de la norme et que les médecins de la Clinique V._____, même s'ils décrivaient l'assurée comme inhibée et vide intérieurement (« innerlich scheinbar leere »), n'avaient pas non plus constaté de trouble cognitif évident, l'assurée ayant été apte à participer sans problème aux ateliers consacrés aux activités de la vie quotidienne, de cuisine et de nettoyages (cf. avis SMR du 14 mai 2018). Quoi qu'il en soit, la recourante a fait l'objet, dans le cadre de l'expertise psychiatrique judiciaire, d'un

examen neuropsychologique par la psychologue W._____, qui a en particulier relevé que les résultats obtenus – très inférieurs à la norme –, correspondant à une déficience intellectuelle au moins légère, voire moyenne, étaient peu cohérents avec les données anamnestiques qui faisaient état d'une vie autonome avec des déplacements à de nouveaux endroits en transports publics et d'une capacité à trouver régulièrement des emplois dans le parcours de vie, de même que l'absence de redoublement durant la scolarité. Au terme d'examens poussés multiples (compréhension verbale, raisonnement perceptif, mémoire de travail, vitesse de traitement, langage, praxies, gnosies, traitement visuospatial et motricité fine, mémoire, capacités attentionnelles, fonctions exécutives), la neuropsychologue a discuté les résultats sous l'angle de la cohérence et de la validité des symptômes. A cet égard, elle a constaté des incohérences sur le plan qualitatif et quantitatif et plusieurs résultats atypiques. Elle en a déduit la présence d'une majoration de symptômes, tout en donnant des exemples très concrets confirmant le caractère non crédible des performances de la recourante. En définitive, elle a conclu à des résultats, souvent massivement déficitaires, non valides dans le contexte d'une majoration des symptômes. Elle a également expliqué, de manière convaincante, pour quelle raison l'avis de la psychologue B._____, au demeurant non spécialisée en neuropsychologie, ne pouvait être retenu, en l'absence d'analyse de la cohérence et de tests de validation des symptômes (cf. rapport du 23 mars 2020).

Dans la mesure où le Dr C._____ n'a pas examiné en détail les indicateurs posés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques, une nouvelle expertise judiciaire a été confiée au Dr D._____. Ce spécialiste a rencontré la recourante, en présence d'une interprète, les 27 janvier et 6 février 2020. Au terme d'un rapport d'expertise psychiatrique de 45 pages, il a conclu à une capacité de travail de la recourante de 100% avec baisse de rendement de 20%, tenant compte des limitations fonctionnelles dues à une double dépression, comme une fatigabilité accrue, une diminution de sa tolérance à la frustration et une certaine instabilité émotionnelle due à des fluctuations de l'humeur. Pour parvenir à cette conclusion, le Dr D._____ a procédé à

une anamnèse très fouillée (cf. pp. 10 à 18) en tenant compte du contexte médical (cf. pp. 15 à 18). Il a pris en considération les plaintes de la recourante (pp. 19 à 21), a décrit le quotidien de celle-ci (pp. 21-22), a procédé à un examen clinique (pp. 23-24), a tenu compte de toutes les pièces médicales figurant au dossier. S'agissant plus précisément des exigences à remplir en matière de troubles psychiques pour qu'un rapport se voie reconnaître une pleine valeur probante, on relèvera que le Dr D. _____ a posé des diagnostics clairs (p. 27), qu'il a longuement discuté ces diagnostics (pp. 29 à 34), qu'il a pris en compte des diagnostics différentiels et a expliqué pour quelles raisons il s'en écartait (pp. 34 à 36). De même, il a également tenu compte d'autres diagnostics retenus par les médecins, tels qu'un PTSD, une anxiété généralisée ou un retard mental, en expliquant également pourquoi il ne les retenait pas dans le cas de la recourante (pp. 36 à 37). Le Dr D. _____ s'est également prononcé sur la cohérence (pp. 37 à 41), en se fondant notamment sur les observations de la psychologue W. _____. Il a également fait état de la personnalité de la recourante (pp. 41 et 42), a évoqué les ressources dont elle disposait (pp. 42 et 43) avant d'apprécier la situation de la recourante du point de vue de la médecine des assurances (pp. 43 et 44). L'expert a ainsi respecté en tous points le schéma d'expertise tel que soumis par la Cour de céans.

Il convient, à ce stade, d'approfondir l'examen du rapport du Dr D. _____ pour déterminer s'il a pleine valeur probante en considération du schéma d'évaluation et, partant, des différents indicateurs pertinents posés par la jurisprudence fédérale en matière de troubles psychiques. A cet égard, on relèvera tout d'abord que l'expert, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé des diagnostics dans les règles de l'art, en se référant à la Classification internationale des maladies (CIM). C'est ainsi qu'il a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01), dans le cadre d'une dysthymie (F34.1) correspondant à une double dépression, existant depuis 2014 au plus tard, une majoration de symptômes physiques et cognitifs pour des raisons psychologiques (F68.0), existant depuis 2015 au plus tard, ainsi qu'une accentuation de traits de la personnalité

émotionnellement labile et histrionique (Z73.1), existant depuis l'adolescence. Il a expliqué que son examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de décompensation psychotique, de trouble panique, ni de trouble phobique. Il a relevé que la recourante se plaignait d'une grande tristesse s'accompagnant d'une irritabilité, voire d'une agressivité, d'une fatigue, de problèmes de concentration et de l'attention, d'angoisses, symptômes qui pouvaient évoquer un épisode dépressif moyen à sévère. Or, le caractère dramatique des plaintes de la recourante contrastait avec des éléments objectivables de l'anamnèse et les observations à l'examen. L'expert a ainsi retenu qu'en faisant abstraction des plaintes incohérentes, l'expertisée souffrait d'un abaissement relativement léger de l'humeur avec des moments d'aggravation lorsqu'elle abordait les situations vécues comme des injustices, notamment son licenciement après le braquage en 2012. En tenant compte d'une diminution de l'intérêt pour une partie des activités habituellement agréables, comme le sport ou certains contacts sociaux, avec perte de la libido et présence d'un réveil matinal précoce, le diagnostic d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique se justifiait. L'expert a relevé que cet épisode dépressif léger survenait après plusieurs épisodes dépressifs légers à moyens dont le premier remontait à l'automne 2014. Il a expliqué, de manière convaincante, en quoi le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, retenu en juillet 2015 par la Dre Q._____ n'apparaissait pas justifié, compte tenu notamment du fait que l'expertisée menait une vie autonome (pouvant faire face aux activités sociales et ménagères, ainsi qu'aux tâches administratives) et pour quelles raisons il retenait une double dépression. En effet, l'anamnèse de la recourante faisait apparaître une suite de problèmes entraînant des situations de stress, notamment depuis l'arrivée de sa fille en 2009. Ces problèmes s'inscrivaient dans un vécu d'abandon (décès de la mère de la recourante alors qu'elle n'avait que douze ans et placement dans un orphelinat) avec par la suite une rumination permanente au sujet de ses parents tous deux décédés ainsi que l'échec d'un premier mariage avec un mari violent, ce qui pouvait entraîner une dépression chronique de l'humeur depuis l'âge de jeune adulte. Cette dépression chronique expliquait l'absence de rémission complète des symptômes affectifs entre les épisodes dépressifs légers à

moyens constatés depuis 2014 en faveur d'une dysthymie hypothéquée d'un trouble dépressif récurrent compatible avec une double dépression. Cette double dépression, pouvant s'accompagner de symptômes anxieux de la recourante s'inscrivait dans une structure de personnalité marquée d'une labilité et hyper-expressivité émotionnelle avec une tendance à agir sans considération pour les conséquences possibles, comme en témoignait sa tentative de suicide à 19 ans.

Cette hyper-expressivité émotionnelle se traduisait par une tendance à la dramatisation avec des plaintes incohérentes, également constatées par la Clinique V._____ en 2016 et par le Dr C._____ en 2017. Le Dr D._____ a toutefois constaté que l'anamnèse de l'expertisée témoignait de ressources d'adaptation lui ayant permis notamment de surmonter la précarité de ses conditions de vie ainsi que le décès de ses parents afin de suivre une scolarité avec des résultats lui permettant de commencer le gymnase. Il a ainsi écarté le diagnostic de trouble de la personnalité, compte tenu de l'anamnèse de l'expertisée qui ne mettait pas en évidence de perturbation sévère de la constitution caractérologique, celle-ci ayant toujours pu surmonter les évènements traumatiques auxquels elle avait été confrontée (mari violent, échec de son premier mariage, séparation d'avec son deuxième mari, braquage). L'expert a expliqué que les particularités de fonctionnement de l'expertisée correspondaient à l'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile et histrionique. Il a relevé un certain nombre d'incohérences quant aux plaintes de l'expertisée et sa présentation le jour de l'expertise avec également des performances à l'examen neuropsychologique évoquant une simulation.

Après l'examen de la personnalité de l'expertisée, le Dr D._____ s'est penché sur les ressources de celle-ci et il a relevé, à cet égard, qu'en faisant abstraction des plaintes incohérentes, les éléments objectivables de l'anamnèse et des examens témoignaient de ressources préservées de l'expertisée qui se montrait toujours capable de surmonter ses difficultés sociales et les problèmes de comportement de sa fille afin de mener une vie autonome. Le Dr D._____ a également mentionné

qu'en dehors d'un seul séjour de trois jours à l'Hôpital psychiatrique de [...] en octobre 2019, l'expertisée poursuivait ses activités dans un cadre psychosocial marqué par des relations proches et stables autant au plan familial qu'amical.

Au niveau de la cohérence, l'expert a relevé que le caractère dramatique des plaintes de l'expertisée contrastait avec des éléments objectivables de l'anamnèse et les observations à l'examen d'une expertisée qui faisait preuve de réactivité émotionnelle à des événements agréables. Elle montrait également des capacités surprenantes par rapport à sa description d'une tristesse sévère persistant depuis le braquage lors de son travail dans une station-service, le 27 août 2012. A cet égard, l'expert a noté qu'elle était entrée en contact de manière de plus en plus joviale avec l'interprète et lui-même, en participant aux examens durant plusieurs heures, interagissait attentivement avec ses interlocuteurs et donnant des informations détaillées avec des dates exactes, lorsqu'elle reconstituait son anamnèse. Elle faisait ainsi preuve de capacités incompatibles avec ses plaintes en lien avec une diminution importante de l'attention et de la concentration ainsi que d'un trouble de la mémoire en général. Elle ne montrait pas non plus de perte d'énergie à l'origine d'une fatigue majeure, relevant qu'elle assumait une partie des tâches ménagères, qu'elle participait à la gestion des finances avec son mari et qu'elle s'était organisée pour se rendre seule en bus ou en métro aux examens de la présente expertise. L'expert a encore décrit plusieurs épisodes dans la vie quotidienne de l'expertisée qui contrastaient avec les plaintes qu'elle exprimait. Il a ainsi émis des doutes quant à la sévérité réelle des symptômes de l'expertisée, dès lors que ces éléments démontraient sa capacité à surmonter ses plaintes. Du plus, il a rappelé que les performances de l'examen neuropsychologique n'étaient pas valides et qu'elles étaient à comprendre dans le contexte d'incohérences et de majoration de symptômes, ce qui était encore corroboré par l'échec à toutes les mesures de validation des symptômes. En d'autres termes, ces résultats confirmaient le diagnostic différentiel de majoration des symptômes cognitifs pour des raisons psychologiques, l'expert ayant

écarté le diagnostic de simulation qui nécessitait une période d'observation prolongée dépassant le cadre d'une expertise.

Le Dr D._____ a encore indiqué que les analyses sanguines effectuées montraient des taux sanguins de psychotropes qui correspondaient aux doses prescrites, contrairement à ce qui avait été constaté lors de l'expertise du Centre d'expertises M._____ de 2015. Il a en revanche relevé que les démarches thérapeutiques de la psychiatre traitante et du médecin traitant contrastaient avec la sévérité des diagnostics qu'ils retenaient et que leurs thérapies ne semblaient pas aborder la problématique du rôle d'invalidé adopté par l'expertisée, ce qui s'avérait pourtant essentiel pour comprendre ses plaintes dramatique mais incohérentes.

Au terme de cette analyse, force est d'admettre que le rapport d'expertise, complet et fouillé, du Dr D._____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. A cet égard, on relèvera que même si ce rapport contient un certain nombre de redondances, comme le soutient la recourante, cela n'enlève rien à sa valeur probante.

La recourante fait encore grief à l'expert psychiatre de ne pas avoir utilisé d'échelle psychométrique pour évaluer la thymie. Or, cet élément est sans portée, puisque le Dr D._____ et, en particulier, la neuropsychologue W._____ ont procédé, outre à un examen clinique, à toute une batterie de tests neuropsychologiques. Le Dr D._____ a par ailleurs expliqué de manière circonstanciée en quoi le trouble dépressif récurrent dont souffrait la recourante était, au jour de l'expertise, de degré léger.

Compte tenu de ce qui précède, il ne se justifie pas, au plan psychiatrique, de s'écarter du rapport d'expertise judiciaire du Dr D._____, qui intègre le rapport d'examen neuropsychologique de la psychologue W._____. Ainsi, en tenant compte des atteintes de la recourante tant au niveau somatique que psychique, de même que des

limitations fonctionnelles en lien avec ces atteintes, il y a lieu de retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec baisse de rendement de 20%, en suivant le volet somatique du Dr S._____, et l'expertise psychiatrique du Dr D._____, laquelle rejoint au demeurant très largement l'expertise du Dr C._____. Cela étant, ainsi qu'on le verra (cf. consid. 6, let. c, ci-après), même si une baisse de rendement de 30% avait été retenue, il n'en résulterait pas pour autant un droit à la rente.

On rappellera encore qu'une éventuelle péjoration de l'état de santé de la recourante postérieure à la décision attaquée doit, le cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande conformément à la jurisprudence selon laquelle le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, si bien que les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 263 consid. 1b). En l'occurrence, on constate, à la lecture de la dernière écriture de l'intimé du 11 septembre 2020, que cela a été fait.

6. La recourante soutient, dans une argumentation subsidiaire, qu'un abattement de 5% aurait dû être opéré sur le revenu avec invalidité, qui aurait pu conséquence d'ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel.

a) Les mesures de réadaptation comprennent des mesures d'ordre professionnel (art. 8 al. 3 let. b LAI). Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas

suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

b/aa) Selon l'art. 16 LPGa, 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.

bb) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

cc) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS

correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

dd) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

c) En l'espèce, il convient de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité, compte tenu d'une baisse de rendement de 20%. Ainsi, en comparant le revenu sans invalidité – non contesté – de 59'255 fr. 53 (inchangé ; cf. décision querellée) avec le revenu d'invalidité de 43'206 fr. 54 ([54'008 fr. 17 – 20%] au lieu de 48'607 fr. 35 ; cf. décision querellée), la perte de gain s'élève à 16'048 fr. 99, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 27%, n'ouvrant pas de droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). Il n'y a pas lieu d'opérer un abattement de 5% sur le revenu d'invalidité, comme le requiert la recourante, dans la mesure où la baisse de rendement de 20% tient précisément compte des limitations fonctionnelles de la recourante.

A toutes fins utiles, on relèvera que même dans l'éventualité où il était tenu compte d'une baisse de rendement de 30%, il en résulterait alors un degré d'invalidité de 36%, lui aussi insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Bien que le degré d'invalidité de 27% soit supérieur à la limite retenue pour l'octroi d'un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, la recourante ne peut prétendre à une telle mesure, dès lors que sa capacité de gain n'apparaît pas susceptible d'être améliorée par dite mesure, des activités simples et répétitives lui étant accessibles. S'agissant des autres mesures professionnelles susceptibles d'entrer en ligne de compte dans son cas, on rappellera que l'intimé l'a mise au bénéfice d'une aide au placement, ce qui apparaît parfaitement adéquat pour assister la recourante dans la recherche d'une activité adaptée à son état de santé correspondant à l'exigibilité fixée par les médecins (cf. communication de l'intimé du 1^{er} février 2018).

Ainsi, l'intimé était fondé à considérer que les conditions pour l'ouverture du droit à une rente de l'assurance-invalidité, respectivement à des mesures d'ordre professionnel, n'étaient pas réunies et, partant, à nier le droit à ces prestations.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 16 novembre 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 laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

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

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour P. _____),
- 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 :