

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 octobre 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mme Di Ferro Demierre, juge et Mme Gay, assesseure
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. U._____, née en [...], dispose d'une formation d'employée spécialisée en photographie. Elle a notamment travaillé à temps partiel en qualité de maîtresse d'enseignement en photographie auprès du [...] (de septembre 2006 à juillet 2013), puis en qualité d'employée de bureau pour le compte de différents employeurs.

Souffrant d'un trouble de l'attention et d'un syndrome de fatigue chronique, ainsi que de migraines, d'un acouphène et de la maladie de Gilbert, elle a déposé le 10 novembre 2015 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) a recueilli des renseignements médicaux auprès des Drs ZZ._____, spécialiste en ophtalmologie (rapport du 14 décembre 2015), J._____, spécialiste en médecine interne générale (rapport du 16 décembre 2015), Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 4 janvier 2016) et FF._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (rapport du 9 mars 2016).

En parallèle, U._____ s'est vue allouer diverses mesures d'ordre professionnel visant à la former dans une activité de réceptionniste dans un cabinet de physiothérapie, d'ergothérapie ou d'ostéopathie.

Compte tenu des informations récoltées, l'Office AI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel s'est adjoint les services de R._____, spécialiste en neuropsychologie, et du Dr L._____, spécialiste en neurologie.

Dans son rapport du 16 novembre 2017, le Dr L._____ a fait état des éléments suivants :

Compte tenu de l'ensemble des éléments à disposition, pour ce qui est des maux de tête au sujet desquels le Dr X. _____ a demandé un complément d'expertise, la description qu'en donne actuellement Madame U. _____ paraît effectivement correspondre à un tableau de migraines chronifiées, répondant partiellement à la prise médicamenteuse, qui semble toutefois relativement importante au vu de la fréquence actuelle des maux de tête. Comme toujours, l'appréciation des répercussions effectives des céphalées sur la capacité de travail reste extrêmement difficile, puisque l'appréciation de l'importance du trouble est essentiellement basée sur les déclarations de l'assurée, et donc sur des éléments subjectifs.

Dans le cas de Madame U. _____, on relèvera néanmoins que le Sumatripan semble suffisamment efficace pour couper les douleurs en association avec le Méfénacide, toutefois sans faire disparaître totalement l'état de malaise, ce qui est classiquement rapporté par la plupart des patients.

Sur le plan thérapeutique, il vaudrait la peine que Madame U. _____ soit adressée à une consultation spécialisée dans le traitement des maux de tête, telle que la consultation des céphalées du B. _____, afin de déterminer si une modification du traitement, éventuellement un sevrage momentané des triptans pourrait aider à améliorer la situation.

En ce qui concerne l'état de fatigue chronique, des états de fatigue chronique faisant suite à une mononucléose infectieuse sont bien entendu connus, mais, là encore, l'importance effective du trouble et de ses répercussions sur la capacité de travail est bien difficile à formuler avec précision.

S'agissant des troubles de l'attention, ces derniers seront appréciés par l'équipe du Dr X. _____.

Relevons qu'il semble à premier abord que Madame U. _____ soit compliant aux différents traitements instaurés jusqu'ici. Etant donné la nature des problèmes de santé conduisant potentiellement à une réduction de la capacité de travail, une réadaptation n'entre pas en ligne de compte, car une telle réadaptation n'aurait pas d'effet sur la capacité de travail résiduelle.

Comme mentionné plus haut, il est particulièrement difficile de se prononcer sur la capacité de travail effective présentée par l'assurée dans une telle constellation de plaintes essentiellement subjectives, et pouvant néanmoins traduire effectivement une gêne importante dans le cadre de l'activité personnelle et professionnelle.

Bien qu'avec quelques hésitations liées aux éléments susmentionnés, l'expert neurologue pense que Madame U. _____ possède actuellement une capacité de travail de 75 % au moins (plein temps avec un rendement de 75 %), l'incapacité de travail étant essentiellement liée à un possible absentéisme secondaire aux accès de migraines particulièrement prononcées. On doit également admettre qu'une fatigue chronique et des troubles de l'attention

puissent représenter un handicap additionnel aux phénomènes migraineux proprement dits.

L'adhérence au traitement paraît bonne. Il n'y a pas à envisager de réadaptation au vu de la nature des troubles. La cohérence est difficile à apprécier vu la nature purement subjective des troubles.

Sur le plan pronostique, il est possible qu'une amélioration de la situation sur le plan migraineux permette d'augmenter la capacité de travail, mais il n'est pas possible actuellement de déterminer le taux d'activité professionnelle exigible dans ce contexte, de telle sorte qu'il serait souhaitable d'envisager une réappréciation de la situation au terme d'une période de deux à trois ans.

Dans son rapport d'examen du 19 janvier 2018, R. _____ a fait état des éléments suivants :

Mme U. _____ est une assurée de [...]ans aux multiples plaintes cognitives très larges et peu spécifiques : elle évoque au premier plan non seulement une fatigue chronique avec un épuisement, ainsi que des troubles mnésiques, visuo-spatiaux, langagiers et attentionnels sévères qui seraient présents depuis son enfance et qu'elle affirme devoir constamment compenser au prix de la fatigue qu'elle observe. Elle a été diagnostiquée comme présentant un trouble déficitaire de l'attention sévère basée sur ses plaintes subjectives, mais celui-ci n'est pas objectivé au présent examen. Après près de cinq heures d'examen sur la même journée, l'assurée présente des performances parfaitement normales à une épreuve d'attention soutenue sensible au TDA/H. Nous n'observons aucun signe de fatigue malgré la longue durée de notre examen. Nous ne pouvons pas entièrement exclure un léger trouble déficitaire de l'attention, mais il n'est pas suffisamment marqué pour constituer une atteinte invalidante. Les troubles visuo-spatiaux observés sont atypiques et instables, le langage est préservé.

Cet examen est par ailleurs caractérisé par quelques incohérences, des **résultats atypiques** et des **performances irrégulières**, parfois des « blocages », qui évoquent une mobilisation non constante des ressources cognitives disponibles, ce qui rend l'interprétation des quelques résultats faibles peu aisée. Nous pouvons cependant constater que **sont préservées l'intelligence, la mémoire épisodique verbale, l'attention divisée et soutenue et la mémoire de travail**. En particulier, **nous pouvons exclure un TDA/H sévère**. Ceci est cohérent avec la scolarité ordinaire, une formation initiale sans encombre, l'obtention du permis de conduire et plusieurs années de travail.

Dans ce contexte, il est difficile d'apporter une appréciation claire d'une éventuelle légère perte de rendement en raison des légers troubles neuropsychologiques observés qui semblent plus dépendre de facteurs externes (état psychique, mobilisation à l'effort) que de troubles neuropsychologiques réellement invalidants.

Ces observations doivent être intégrées à l'expertise psychiatrique pour pouvoir se déterminer.

Dans les conclusions de son rapport du 22 mars 2018, le Dr X. _____ a mentionné ce qui suit :

Au terme de notre appréciation, nous retenons le diagnostic de dysthymie, sans autre comorbidité psychiatrique notable, en concordance avec nos tests psychométriques. Le THADA ne joue manifestement pas de rôle cliniquement significatif au vu des investigations neuropsychologiques qui ont été menées.

L'assurée a toujours pu assumer toutes ses tâches domestiques, l'éducation de ses enfants, nouer une nouvelle relation sentimentale jugée comme satisfaisante avec une vie intime qui l'est tout autant. Madame U. _____ a quelques loisirs, ne paraît guère entravée dans les multiples champs de son existence, si ce n'est par ce qu'elle nous dit de ses migraines et une fatigabilité qui vont de pair avec une certaine hypersomnie.

Probablement que des facteurs qui sortent du champ médical, comme la difficulté de retrouver un emploi - compte tenu de son âge et de ses compétences - jouent probablement un rôle dans cette situation. L'expert L. _____, dans son rapport d'expertise du 25.10.2017, parle d'une capacité de travail de 75 %. En tous les cas, il n'y a pas de baisse de rendement pour des motifs psychiatriques.

Il n'y a pas d'indication en faveur d'un reclassement professionnel. C'est dans son champ d'activité habituel que Madame U. _____ pourra au mieux valoriser sa capacité de travail.

Après avoir requis le point de vue de son service médical régional (SMR ; avis du 9 août 2018), l'Office AI a, dans un projet de décision du 27 août 2018, informé l'assurée qu'elle entendait rejeter sa demande de prestations, le degré d'invalidité présenté, fixé à 25 %, n'étant pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Dans le cadre de son opposition à ce projet de décision, U. _____ a produit un rapport médical établi le 17 octobre 2018 par la Dre Z. _____, lequel contient notamment les commentaires suivants :

Limitations fonctionnelles

Mme U. _____ souffre d'une fatigue chronique dont l'origine n'est pas déterminée, mais elle peut être en partie expliquée par les difficultés que la patiente doit affronter au quotidien en raison de son fonctionnement énergivore dont est responsable le trouble du déficit de l'attention. Elle se sent constamment en manque de sommeil, et lors des périodes chargées, lorsque la fatigue augmente, elle a tendance à présenter des difficultés

d'endormissement, ce qui ne fait qu'augmenter son angoisse face à ce manque de sommeil.

Elle gère avec peine le stress qui augmente ses difficultés d'attention et lui donne l'impression d'être dépassée. Dans le même ordre d'idée, elle supporte mal les changements imprévus de dernière minute, car cela lui demande de s'organiser différemment alors même que l'organisation du quotidien lui demande un effort considérable.

Elle présente des périodes de migraines, et qui la rendent incapable de faire de façon normale une quelconque activité. Ces épisodes la retardent dans ses activités, et ne font qu'entretenir le cercle vicieux de la fatigue.

Tout ce qui précède rend la gestion des émotions difficile et génère de l'anxiété, de l'irritabilité et une humeur fragile et fluctuante.

Mme U. _____ travaille actuellement comme aide à l'intégration ([...]) et elle effectue 11h30 de travail par semaine. Elle tient à conserver cet emploi, mais elle est constamment épuisée et en larmes, honteuse et souffrant de ne pas parvenir à effectuer un temps de travail supérieur.

Conclusions

Je tiens à préciser que la patiente n'a pas eu un parcours scolaire et professionnel sans encombre, comme l'attestent les commentaires de la neuropsychologue (« Ceci est peu cohérent avec une scolarité sans encombre et l'obtention d'un CFC, d'une seconde formation, d'un permis de conduire »). Mme U. _____ a fait l'école primaire et a raté les examens pour la primaire supérieure, ce qui est étonnant pour une personne dont le niveau intellectuel est dans la « moyenne supérieure ». Elle n'a eu son permis de conduire qu'à l'âge de 37 ans, au terme du 4^{ème} permis provisoire... et nombre de remarques émanant de la neuropsychologue sur l'attitude de l'assurée lors de l'examen ne font que confirmer la présence d'un trouble du déficit de l'attention.

Par ailleurs, l'expert neurologue ayant examiné la patiente dans le cadre de ses migraines atteste d'une baisse du rendement, ce dont le Dr X. _____ ne tient nullement compte. Les troubles psychiques viennent s'ajouter à des difficultés somatiques, et ont un réel impact sur la capacité de travail de cette patiente. Je la suis depuis sept ans maintenant, c'est un constat indéniable.

Sur ce qui vient d'être dit, je pense que l'expertise du Dr X. _____ comporte de sérieuses lacunes, un certain nombre d'erreurs, un manque de confrontations entre les diagnostics posés et la situation de la patiente, ce que médicalement je ne peux pas approuver. L'avenir de Mme U. _____ ne peut pas reposer sur une évaluation aussi approximative.

Je considère donc qu'il y a lieu de réévaluer la situation de Mme U._____, voire d'effectuer une nouvelle évaluation psychiatrique.

Après avoir soumis au SMR les commentaires de la Dre Z._____, (avis du 3 décembre 2018), l'Office AI a, par décision du 7 décembre 2018, rejeté la demande de prestations de l'assurée.

B. **a)** Par acte du 22 janvier 2019, U._____ a déféré la décision du 7 décembre 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant en substance à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. En résumé, elle contestait l'appréciation faite par les experts de sa capacité résiduelle de travail, estimant que celle-ci ne respectait pas la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques. A son avis, il convenait de dénier toute valeur probante à l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr X._____, le rapport établi par ce médecin contenant de nombreuses inexactitudes dans l'anamnèse.

b) Dans sa réponse du 4 mars 2019, l'Office AI a proposé le rejet du recours, soulignant notamment que les erreurs contenues dans l'anamnèse étaient sans influence sur les conclusions médicales.

c) Dans leurs déterminations des 21 mars et 9 avril 2019, U._____ et l'Office AI ont confirmé leur point de vue respectif.

d) U._____ a déposé des déterminations complémentaires le 13 novembre 2019.

e) Le 9 juillet 2020, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique dont il a confié la réalisation à Q._____, spécialiste en neuropsychologie. Dans le cadre de sa mission, cette dernière s'est associée les services du Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

f) Par courrier du 30 septembre 2020, U._____ a informé la Cour de céans d'une aggravation de son état de santé dans les termes suivants :

Tout d'abord, je vous prie de prendre note que j'ai changé de médecin traitant, en la qualité de la doctresse G._____, à [...]. Une discopathie dégénérative débutante à la nuque a été établie. Puis des problèmes cardiaques conséquents ont été mis en évidence qui m'ont valu un arrêt maladie prolongé.

Malheureusement, les problèmes cardiaques m'ont obligée à cesser toute la médication que je prenais depuis des années parce qu'elle était dangereuse pour mon cœur et **l'arrêt de celle-ci a aggravé mes troubles tels qu'ils se présentaient au moment de ma demande de rente en 2015 soit** : fatigue plus importante, migraines encore plus difficilement gérables, plus de possibilité de prendre de la Ritaline, sommeil réduit notablement malgré l'introduction de somnifères et symptômes dépressifs accentués. **La nouvelle médication mise en place** par la cardiologue (Dre T._____), la généraliste (Dre G._____) et la psychiatre (Dre Z._____) **a permis d'éviter une intervention cardiologique** (Dr DD._____) et a calmé mon cœur, mais m'a fait perdre les bénéfices de l'ancien traitement qui maintenait un équilibre déjà très fragile.

Ce changement de traitement a entraîné une diminution notable de ma capacité de travail que ma psychiatre évaluait autrefois à 40 %.

[...]

Etaient notamment joints au courrier de l'assurée des rapports des Drs T._____, spécialiste en cardiologie (du 30 janvier 2020), DD._____, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale (du 1^{er} avril 2020), G._____, spécialiste en médecine interne générale (du 17 septembre 2020) et Z._____ (du 17 septembre 2020).

g) Par courrier du 2 octobre 2020, le Juge instructeur a transmis aux experts désignés le courrier de l'assurée ainsi que ses annexes.

h) Dans son rapport du 14 janvier 2021, le Dr V._____ n'a retenu aucune atteinte à la santé ayant valeur de maladie, excluant en particulier le diagnostic de perturbation de l'activité et de l'attention (sous l'angle de la CIM-10) ou de déficit de l'attention/hyperactivité (sous l'angle du DSM-5). De l'avis de l'expert, il existait un processus de simulation

actif, intentionnel et maîtrisé, avec l'expression de plaintes marquées par leur inauthenticité. Sous l'angle de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a expliqué ce qui suit :

La confrontation des plaintes de l'intéressée et de nos constatations objectives met en évidence des divergences inconciliables. L'intéressée allègue, en effet, un tableau clinique de dépression sévère avec, notamment, une tristesse constante, une sévère restriction de son élan vital, une absence d'intérêts et plaisirs, ainsi qu'une difficulté à éprouver de la joie. Il serait attendu de tels symptômes, très marqués, une nette composante objectivable lors de l'examen. Or, celui-ci ne met en évidence aucune particularité notable sur le plan thymique, avec une humeur neutre. Les plaintes de ce registre n'apparaissent donc pas plausibles.

De plus, le tableau thymique allégué est très atypique dans le sens où la souffrance morale et l'abattement allégués ne sont pas accompagnés des distorsions cognitives caractéristiques de la dépression, c'est-à-dire une baisse de l'estime de soi et des idées de culpabilité ou de honte. Au contraire, l'intéressée ne fait pas preuve de claire introspection et se montre bien affirmée. Les plaintes de l'intéressée ne s'inscrivent donc pas dans un tableau clinique correspondant à la présentation habituelle d'un syndrome dépressif.

S'agissant de la fatigue, dont l'intéressée allègue une composante chronique et indépendante d'un tableau dépressif, il existe de nouveau des divergences majeures et inconciliables entre les plaintes et nos constatations. L'intéressée mentionne une fatigue « écrasante » l'amenant à devoir faire des choix difficiles entre des activités essentielles, mais nous n'avons à aucun moment, au cours des trois entretiens réalisés, relevé le moindre signe de fatigue. Sur le plan physique, nous n'avons pas noté de baisse de la vigilance, de réactivité atténuée, de bâillements, de cernes ou de faible ouverture des yeux. L'intéressée n'a pas demandé à réaliser de pause, alors qu'elle a été informée de la possibilité de le faire. Son comportement s'est avéré normoactif, sans fléchissement progressif de la motricité au cours des entretiens. La discordance entre des plaintes aussi sévères et la normalité de nos constatations, prolongées et répétées à différents moments de la journée, est majeure.

En outre, l'allégation de l'intéressée selon laquelle elle ne dormirait qu'entre trois et six heures de sommeil par nuit est peu cohérente avec le degré de fatigue qu'elle allègue, mais est aussi formellement contredite par les examens réalisés par le Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du B. _____, qui ont mis en évidence une durée de sommeil moyenne de sept heures. L'intéressée mentionne durant notre examen : « Depuis que j'ai fait les tests du sommeil ça s'est empiré ». Cependant, les plaintes retranscrites par ce centre étaient déjà similaires à celles exprimées durant l'expertise. L'intéressée se contredit, de plus, au sujet de son énergie disponible au réveil entre deux entretiens, en indiquant lors du récit de la vie quotidienne qu'elle se lève de suite puis, lors du recueil systématique des plaintes : « Je dois me pousser, je me lève en me disant que plus tard je pourrai me recoucher ». L'allégation selon laquelle elle s'habille « régulièrement à l'envers » n'apparaît

également guère plausible, une telle symptomatologie étant habituellement retrouvée dans des dyspraxies d'origine cognitive - dont l'intéressée ne présente aucun point d'appel - et non dans des tableaux dépressifs ou d'intense fatigue.

Sur le plan cognitif, si une évaluation spécialisée a été réalisée par notre collègue neuropsychologue, nous pouvons tout de même relever qu'il existe une discordance cliniquement apparente entre les plaintes - sévères - et la normalité de nos constatations durant les trois entretiens réalisés. L'intéressée est restée manifestement concentrée, n'a demandé aucune pause et a régulièrement lu ses notes sans difficulté apparente. Ses courriers témoignent également de capacités très significatives de lecture, d'analyse et de rédaction. Les plaintes de l'intéressée ne sont pas plausibles quand elle déclare : « Je ne lis rien. Il y a une époque où je lisais des magazines, maintenant je ne lis plus rien. Si je lis quelque chose de trop gros je dois revenir en arrière, et puis je saute des lignes. Si je dois lire un texte à l'école je dois mettre mon doigt sur ce que je lis ». En outre, l'intéressée conduit régulièrement sa voiture alors qu'elle ne serait pas apte à la conduite automobile si ses plaintes cognitives et la fatigue qu'elle met en avant étaient plausibles. Les éléments du dossier, notamment ceux qui concernent la procédure de réadaptation de l'assurance-invalidité, sont également fortement contradictoires avec ses plaintes. L'entreprise [...] mentionne, à titre d'exemple, le 30.06.2016 : « Elle apprend très vite et se donne beaucoup de peine, notamment en tapant des rapports médicaux supplémentaires à domicile et en révisant consciencieusement ses cours. En effet, pour vérifier ses acquis, je lui donne chaque semaine, en début de leçon, un "test" à effectuer. J'aime bien également "aller plus loin", en stimulant les capacités d'apprentissage de Mme U._____, élargissant ainsi le champ de ses compétences ».

Sur le plan algique, l'intéressée exprime des plaintes diffuses : « Le coude droit depuis 12 ans, toute la nuque, j'ai tout le haut du dos tendu, un peu partout le haut du corps mais pas dans les mains, ni les poignets d'ailleurs. J'ai eu le bas du dos aussi mais ça va mieux. J'ai eu pendant six-neuf mois mal aux genoux il y a une année et demie, mais c'est reparti comme c'est venu. Là le haut du corps ça fait assez longtemps ». Cependant, aucun comportement algique n'a été relevé durant l'évaluation. L'intéressée s'est déplacée sans boiterie apparente, a changé de posture sans difficulté manifeste, et a mobilisé régulièrement son tronc, sa nuque et ses membres supérieurs pour s'exprimer. En outre, il n'a pas été mis en évidence de limitation d'activité au quotidien en lien avec une symptomatologie algique. Des plaintes aussi marquées et étendues de ce registre apparaissent donc peu cohérentes.

D'une manière générale, le comportement de l'intéressée durant l'examen s'est avéré fortement inauthentique. Les propos sont apparus peu spontanés, avec des délais de réflexion nettement plus marqués lors des questions faisant appel aux déclarations précédentes, et l'intéressée a eu régulièrement recours à des notes pour fournir des réponses pourtant simples sur ses symptômes. Les réponses sont apparues hésitantes, avec des signes de gêne lorsque nous avons relevé des éléments peu clairs. L'intéressée a, par exemple, exprimé : « J'écoute de la musique dans la voiture pour me

maintenir, j'allais dire éveillée mais non ça serait grave, disons que ça m'aide à me concentrer. Mais c'est extrêmement rare. Le bruit me fatigue vite ».

Pour tenter de limiter le poids de documents antérieurs, l'intéressée a fait état à plusieurs reprises d'une péjoration de son état de santé d'une manière peu cohérente, et sans fournir d'explications convaincantes : « Avec le Dr X. _____ j'avais encore des intérêts, je l'avais indiqué dans un papier, et maintenant les intérêts sont évacués, il est même plus question de ça, je suis en mode survie », « Quand j'étais mieux, mais ça ça date d'avant la demande AI, je faisais le jardin potager, je ponçais des meubles », « Depuis que j'ai fait les tests du sommeil ça s'est empiré ». Il ressort également du dossier que l'intéressée a tenté de discréditer les experts l'ayant précédemment évaluée et dont les conclusions ne lui conviennent pas, en exprimant le 13.11.2019 : « À la lecture de leurs écrits, il semble que j'ai la capacité à avoir des migraines sur commande, ceci est de très mauvais goût et dégradant. Tous deux me représentent chacun à leur tour, comme une personne histrionique pour l'un, théâtrale pour l'autre, ce qui démontre clairement une volonté commune d'apporter un maximum de cohérence au dossier. Je constate également nombre de propos (adjectifs) sujets à influencer de manière négative le lecteur, dans les expertises qui me concernent, ce qui n'est pas conforme à une expertise de qualité. Madame R. _____ se permet des qualificatifs déviants, qui ne devraient pas apparaître dans une démarche expertale, spécialement s'agissant de tests techniques, ayant pour but de comprendre le fonctionnement de mon cerveau. Cette personne est également incapable de tirer des conclusions des tests effectués, alors que ceux-ci montrent de manière claire beaucoup d'atypies. Tout cela, évidemment, assujettit largement à caution l'avis de ces experts dont j'ai cru comprendre qu'ils n'étaient pas les moins accommodants vis-à-vis des assureurs qui les mandatent semble-t-il régulièrement ».

Par ailleurs, le discours de l'intéressée est devenu flou et évasif lorsque nous l'avons interrogée sur certains points de la symptomatologie alléguée ou de la vie quotidienne. Confrontée à ces imprécisions, l'intéressée a fait preuve d'évitement dans ses réponses ou s'est agacée. Nous avons également relevé un caractère fortement démonstratif de l'expression verbale, avec des plaintes formulées de manière ostentatoire, une dramatisation du récit et l'usage appuyé d'adverbes et adjectifs d'intensité forte pour renforcer l'idée d'une atteinte sévère.

Sur le plan anamnestique, la confrontation du discours de l'intéressée et du dossier met également en évidence de franches incohérences. L'intéressée allègue une très importante fatigue liée à une infection survenue à l'âge de 15 ans, mais qui lui a tout de même permis de réaliser son apprentissage à un taux de 100 % sans difficulté majeure. Quand bien même une fatigue chronique serait séquellaire de cet évènement, il ne serait pas cohérent qu'elle s'aggrave avec le temps dans de telles proportions.

Par ailleurs, l'intéressée a mis en avant de multiples atteintes à la santé dans sa demande de prestations à l'assurance-invalidité, dont des acouphènes et une dégénérescence maculaire liée à l'âge

(DMLA) - en insistant sur son caractère « évolutif » -, mais les spécialistes concernés, interrogés, ont clairement réfuté toute atteinte incapacitante dans leur domaine. Durant notre examen, l'intéressée n'a pas évoqué ces plaintes. Interrogée sur la présence d'autres symptômes corporels, elle a déclaré : « Non j'ai juste une peau qui est hypersensible, il y a certains produits que je supporte pas. J'ai aussi une dent qui me fait mal, j'ai eu un traitement de racine ».

En outre, l'intéressée a annoté dans son curriculum vitae au sujet de son souhait de changer de domaine d'activité : « DMLA diagnostiquée en avril-mai 2014 d'où mon désir de dévier sur autre que photo (me semble logique) ». Pourtant, le rapport initial de détection précoce de l'assurance-invalidité, daté du 19.02.2015, mentionne : « Elle a recherché des activités dans son métier de photographe mais elle affirme qu'il n'y a plus de travail dans ce domaine ». Le rapport d'Y._____, daté du 22.02.2016, indique quant à lui : « Les perspectives dans ce secteur d'activité sont relativement limitées ». L'intéressée a donc mis en avant une affection en contradiction avec les conclusions de son ophtalmologue, mais aussi avec ses déclarations antérieures qui faisaient simplement état d'un manque d'opportunités professionnelles.

i) Dans son rapport du 25 janvier 2021, la neuropsychologue Q._____ n'a, compte tenu du manque de validité des résultats mesurés lors de l'expertise, ainsi que des nombreuses incohérences et du manque de plausibilité des plaintes de l'assurée, pas retenu de limitations fonctionnelles. Elle a notamment expliqué ce qui suit :

Le tableau neuropsychologique mis en évidence chez cette expertisée, et caractérisé par des troubles attentionnels et exécutifs modérés à sévères, ainsi que mnésiques légers à modérés, auxquels s'ajoutent des difficultés visuo-constructives et une faiblesse dans l'acquisition des mathématiques, est difficilement interprétable, au regard de l'examen de la cohérence et de la plausibilité.

En effet, rappelons que des résultats inhabituels ont été objectivés à la passation d'une épreuve de raisonnement non verbal et que des signes d'un défaut d'effort ont été mesurés à un test de validation des symptômes, auxquels s'ajoute une nette aggravation des troubles attentionnels et exécutifs par rapport au dernier examen neuropsychologique réalisé en janvier 2018 et dont la sévérité est actuellement difficilement explicable, en l'absence d'un nouvel événement médical sur le plan cérébral.

La sévérité des troubles attentionnels et exécutifs objectivés actuellement chez cette expertisée est, par ailleurs, difficilement compatible avec la capacité de conduite automobile de cette dernière.

Rappelons également les discordances entre les plaintes pléthoriques de l'assurée lors de l'anamnèse et son comportement

lors des séances d'examen neuropsychologique effectuées, ainsi que la divergence des informations transmises à l'expert psychiatre et l'experte neuropsychologue, et qui ont été décrites ci-avant.

Précisons encore que lors du dernier examen neuropsychologique réalisé en janvier 2018, il avait déjà été fait état, par Mme R._____, de « quelques incohérences », « résultats atypiques » et « performances irrégulières » évoquant « une mobilisation non constante des ressources cognitives disponibles » et rendant « l'interprétation des quelques résultats faibles peu aisée ».

S'agissant plus spécifiquement de la question du diagnostic de perturbation de l'activité et de l'attention (selon la CIM-10, F90.0) ou de déficit de l'attention/hyperactivité (selon le DSM-5, F90), d'autres éléments peu plausibles surajoutés ont été évoqués dans le cadre de cette expertise neuropsychologique (notamment, peu d'éléments en faveur de la présence d'un TDAH sévère dans l'enfance et/ou l'adolescence, absence de plaintes spécifiques de la répercussion d'un TDAH dans le cadre familial et professionnel), et qui ne nous permettent pas de retenir un tel diagnostic.

j) Dans ses déterminations du 26 février 2021, l'Office AI a constaté que les rapports d'expertise remplissaient les conditions posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Au vu du constat selon lequel la capacité de travail avait toujours été de 100 % dans toute activité sur le plan psychiatrique (sans baisse de rendement), il a invité la Cour de céans à rectifié la décision attaquée, en ce sens que l'assurée ne présentait aucune invalidité.

k) Dans ses déterminations du 17 mars 2021, U._____, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, a constaté que les expertises étaient remplies d'erreurs de fait, en particulier sur des points d'importance tels que son réseau social, ses troubles du comportement, ses difficultés et empêchements professionnels et domestiques, son aptitude à la conduite automobile, si bien qu'il était permis de s'interroger au sujet de leur fiabilité. Elle estimait que sa situation clinique et asséurologique n'avait pas été prise au sérieux par les médecins qui avaient été amenés à l'examiner.

l) Par courrier du 19 mars 2021, U._____ a transmis à la Cour un certificat médical établi par la Dre G._____ attestant d'une incapacité de travail de 100 % à compter du 17 mars 2021.

m) Par courrier du 31 mars 2021, U._____ a transmis à la Cour un courrier de son assurance-maladie du 9 mars 2021 l'informant qu'elle était mise au bénéfice d'une prestation d'aide au ménage.

n) A l'appui de ses déterminations complémentaires du 5 mai 2021, U._____ a produit deux rapports médicaux établis le 27 avril 2021 par la Dre Z._____, dont une analyse détaillée des expertises réalisées par le Dr V._____ et la neuropsychologue Q._____ qui a la teneur suivante :

J'ai lu très attentivement les rapports d'expertises du Dr V._____ et de Mme Q._____, qui font suite aux expertises du Dr X._____ et de Mme R._____. À chaque relecture, je suis sidérée des conclusions qui sont tirées sur la base des entretiens passés avec la patiente, et des tests neuropsychologiques. L'écart entre ce que je constate depuis dix ans de suivi, et ce qui est décrit et affirmé dans ces rapports concernant l'atteinte à la santé de ma patiente va bien au-delà de ce que je pouvais imaginer. Je peux concevoir que les experts aient une vision un peu différente de la mienne, mais pas que l'atteinte à la santé de Mme U._____ soit niée de cette façon.

Ces rapports, remplis de détails décrivant les moindres faits et gestes de la patiente et un mot-à-mot dûment choisi, témoignent de l'irritation ressentie par les experts face à une avalanche de plaintes, et noient les éléments pertinents psychiatriques. Au terme de ces longues descriptions, qui font d'ailleurs écho au fonctionnement de la patiente, on finit inévitablement par avoir d'elle une image négative et agaçante.

Face à des patients plaintifs, douloureux chroniques, fatigués chroniques, et face à tout le large spectre des troubles dits « fonctionnels », les soignants sont confrontés à leurs limites et à une certaine impuissance, ce qui peut se manifester par une forme de rejet de la part des soignants et d'une tendance à mettre en doute la souffrance du patient, parce qu'elle ne peut pas s'expliquer rationnellement, et qu'elle brise les certitudes du soignant. Cela correspond à ce que l'on appelle le « contre-transfert », à savoir les sentiments du soignant vis-à-vis de son patient. Et le contre-transfert est clairement négatif dans les présentes expertises.

Il se passe ici ce qui était prévisible, la patiente s'est efforcée de donner le meilleur d'elle-même et cela parle en sa défaveur. C'est exactement ce que je craignais, car ses difficultés ne s'expriment pas de façon démonstrative. Les experts n'ont nullement tenu compte de mon expérience dans le suivi, de mes observations et de celles de mes confrères. Ils se sont bien gardés de prendre contact avec moi, et de donner à la patiente, en face à face, les résultats de leurs observations. Ce manque de courage et de transparence est une chose que je trouve affligeant dans le cadre des expertises médicales en général.

Les experts concluent au terme de leurs explorations, que ma patiente est une simulatrice, qu'elle n'a aucune atteinte à la santé, et qu'elle n'en a jamais eue. Mme U._____ a été grandement surprise par les propos des experts, ceux-ci ne lui ayant absolument pas laissé entendre qu'ils ne la croyaient pas, et dès lors je me demande qui on peut raisonnablement accuser de simulation. Après lecture des expertises, la première inquiétude de Mme U._____ a été que je continue à avoir confiance en elle et que je n'abandonne pas un suivi dont elle a grandement besoin. Sa seconde inquiétude que je partage, a été de savoir comment nous allions pouvoir lui venir en aide, au vu des résultats pathologiques des tests neuropsychologiques qui montrent clairement les pathologies dont elle souffre, mais pour lesquelles les experts manquent d'explications et donc se contentent d'affirmer que cela est une sorte d'artefact dû à la patiente.

L'expert psychiatre parle tout au long de son rapport de « *l'intéressée* », et non de l'expertisée, ou de l'assurée. Cela m'a surprise, car même si on peut comprendre le sens de ce terme, il donne le ton du rapport et prépare le lecteur à la conclusion.

L'expert retrace une anamnèse incomplète, et omet des points importants de la vie de la patiente : suivi psychiatrique durant sa jeunesse, abus sexuel dans l'enfance dont la patiente lui a parlé, passé probable d'anorexie (44 kg pour 165 cm = BMI de 16.2), rupture douloureuse avec un lieu de vie dans l'enfance, difficultés rencontrées durant l'apprentissage en raison de harcèlement de la part de son patron qui a nécessité qu'elle effectue ses derniers 6 mois à un autre poste, traitements anxiolytique de benzodiazépines et antiémétique, débutés à l'adolescence déjà, perte de 14 kg depuis décembre 2019, etc.

L'expert dit que les réponses de la patiente sont *hésitantes et que des signes de gêne apparaissent* lorsque les experts relèvent des éléments peu clairs. Or il précise également que les *réponses sont claires et informatives, et font appel à des faits précis et bien situés dans le temps* (p. 25 rapport V._____)

La présence de troubles de l'attention décrits par la neuropsychologue et attestés par le spécialiste de la Suisse romande en la matière, le Prof. W._____ (N._____), le trouble anxiodépressif et la fatigue chronique et invalidante dont je suis témoin depuis des années, les plaintes somatiques multiples, les migraines, les ruminations obsessionnelles sur un état de santé précaire, la souffrance psychique, les troubles du sommeil, les siestes faites quotidiennement, les multiples investigations effectuées par les médecins somaticiens, la perte de poids récente et considérable, les répercussions du fonctionnement de la patiente sur sa vie sociale, familiale et professionnelle, les résultats pathologiques des tests neuropsychologiques, de tout cela, il ne reste rien au terme de cette expertise...

Les tests neuropsychologiques attestent de *troubles attentionnels et exécutifs modérés à sévères ainsi que mnésiques légers à modérés, auxquels s'ajoutent des difficultés visuo-constructives et une*

faiblesse dans l'acquisition des mathématiques. C'est ce que j'ai précocement constaté sur le plan clinique, durant le suivi de cette patiente. Mme Q. _____ précise que *l'aggravation significative des troubles exécutifs et attentionnels objectivée dans le cadre de cette évaluation dépasse la symptomatologie liée à un trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité et est évocatrice d'éléments de surcharge.* Comment comprendre dès lors que les conclusions de Mme Q. _____ se rallient à celles du Dr V. _____ ?

Le Dr V. _____ précise que *ce sont en principe les examens neuropsychologiques qui viennent tester la validité des symptômes* (p. 34 rapport V. _____). Pourtant c'est le rapport de Mme Q. _____ qui s'appuie sur les observations de l'expert psychiatre pour tirer des conclusions (p. 1, expertise Q. _____).

L'examen de la cohérence et de la plausibilité dans les deux expertises me laisse perplexe. Je m'interroge sur les critères *d'inauthenticité* que je ne connais pas, sur le fait que la patiente *allègue un tableau de dépression sévère*, alors qu'elle n'en connaît pas les critères, sur le fait que l'expert n'a pas mis en évidence de signes de fatigue aiguë (l'expert décrit une patiente démonstrative, qui pourtant ne montre pas de signes exubérants de fatigue !), alors que l'on parle de syndrome de fatigue chronique, sur le fait qu'il souligne les *propos peu spontanés, le caractère fortement démonstratif de l'expression verbale, les plaintes formulées de manière ostentatoire, une dramatisation du récit, et l'usage appuyé d'adverbes et adjectifs d'intensité forte pour, dit-il, renforcer l'idée d'une atteinte sévère...*

« L'intime conviction » ne m'a pas été enseignée dans ma formation de psychiatrie. Cela, à ma connaissance, appartient au domaine juridique. La psychiatrie, comme la médecine en général, est une science qui exige de la nuance et de la prudence. Il faut avoir une expérience clinique et une connaissance très approfondie du domaine de la simulation pour arriver à la conclusion que tirent les experts de façon affirmative, sans émettre le moindre doute.

Dire qu'il y a de la part de la patiente un *processus de simulation actif, intentionnel et maîtrisé, avec l'expression de plaintes marquées par leur inauthenticité*, alors que je la suis depuis dix ans, à raison de 2 à 4 consultations par mois, cela signifie que les experts nient mes compétences ainsi que celles de mes collègues somaticiens. Et cela je ne peux raisonnablement pas l'accepter.

Jamais je n'ai eu le sentiment d'être manipulée, et j'ai une sensibilité clinique et une expérience avec cette patiente qui me permettent de ne pas remettre en question la pertinence de ce suivi.

Contrairement à ce que préconise l'expert, je ne prendrai pas le risque d'interrompre le traitement psychotrope. La période du changement de traitement antidépresseur, effectué en raison des troubles de conduction cardiaque, a été marquée par une phase de franche dépression, qui n'a été levée qu'au bout de quelques semaines de réintroduction du nouveau traitement.

Finalement, je tiens à préciser qu'en médecine, il ne nous est pas autorisé d'antidater des certificats d'arrêt de travail. Dès lors je ne

comprends pas comment le Dr V._____ peut attester « a posteriori » de la capacité de travail de Mme U._____ en affirmant que « *la capacité de travail de l'intéressée **est, et a toujours été, de 100 % dans toute activité sur le plan psychiatrique*** ».

Vous comprendrez donc que l'écart entre ce que j'observe cliniquement sur un suivi au long terme, et la conclusion catégorique des experts me paraît si démesuré, que je ne peux qu'en conclure une fois de plus que les experts ont clairement exprimé leur agacement, sans prendre le recul nécessaire (et ce, malgré des tests neuropsychologiques démontrant des anomalies), pour entendre vraiment les difficultés d'une patiente souffrante et lourdement atteinte dans sa santé.

o) Par courrier du 19 mai 2021, U._____ a transmis à la Cour un rapport médical établi le 4 mai 2021 par la Dre G._____ dont la teneur est la suivante :

Madame U._____ doit faire face dans son quotidien à une fatigue chronique (cf diagnostics) à des migraines chroniques qui se sont empirées suite à la modification de traitement qui a eu lieu en raison des troubles du rythme. (cf mon courrier précédent, arrêt des traitements proarrythmiques). La patiente a donc été réévaluée par un neurologue, Dr H._____ qui a mis en place un traitement par Aimovig. Malheureusement ce traitement reste inefficace selon le neurologue (cabinet repris par Dre F._____), la patiente utilisant tout autant de Triptan (antimigraineux). Une demande est donc en cours pour un autre traitement.

De plus la modification mentionnée (arrêt entre autre du Saroten) a provoqué des troubles du sommeil, ce qui n'était pas le cas avant. La patiente a donc été investiguée pour les troubles du sommeil au B._____ afin d'exclure une pathologie sous-jacente. Actuellement elle est prise en charge au Centre [...] du sommeil par le Dr P._____.

Suite à l'arrêt du Saroten la patiente a présenté des symptômes dépressifs importants pour lesquels la patiente est prise en charge par la Dre Z._____, médecin psychiatre de la patiente. J'ai noté une perte de poids de 10 kg suite au changement de traitement et aux symptômes dépressifs.

Grâce à l'arrêt des médicaments proarrythmiques et du traitement par Verapamil la situation cardiologique est actuellement stable.

Madame U._____ essaie malgré tout de continuer à travailler en tant qu'assistante à l'intégration dans une classe à un taux inférieur à 30 %. Cela est compliqué en raison d'un épuisement progressif, qui a motivé un arrêt de travail du 17 mars au 26 mars 2021. Afin de l'aider une aide au ménage a été mise en place, car la patiente est dans l'incapacité de gérer son quotidien depuis maintenant plus d'une année (ménage délaissé, amoncellement de vaisselle ou lessive).

De mon point de vue la capacité de travail de Madame U._____ reste inférieure à 30 %.

p) Dans ses déterminations du 28 mai 2021, l'Office AI, s'appuyant sur un avis du SMR du 25 mai 2021, a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier sa position, tout en précisant qu'il convenait toujours de tenir compte de la diminution de rendement de 25 % retenue par le Dr L._____ dans son rapport du 16 novembre 2017, les expertises mises en œuvre au cours de la procédure de recours ne remettant pas en cause cette diminution de rendement.

q) Par courrier du 20 juillet 2021, U._____ a transmis à la Cour un rapport médical établi le 14 juillet 2021 par la Dre F._____, spécialiste en neurologie, laquelle attestait d'une incapacité totale de travailler eu égard à la situation complexe faite de migraine chronique et d'autres comorbidités (état dépressif, fatigue chronique, insomnie, etc.).

r) Dans ses déterminations du 5 août 2021, l'Office AI, s'appuyant sur un avis du SMR du 3 août 2021, a estimé que le rapport de la Dre F._____ ne laissait pas ressortir d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier sa position.

s) Dans ses déterminations du 28 septembre 2021, U._____ a estimé arbitraire le point de vue de l'Office AI, selon lequel la situation sur le plan des migraines n'avait pas évolué depuis le rapport d'expertise du Dr L._____, mettant en exergue l'aggravation des troubles migraineux corrélée à une augmentation de la médication.

t) Par courrier du 21 février 2022, U._____ a transmis à la Cour un rapport médical établi le 6 janvier 2022 par la Dre C._____, spécialiste en rhumatologie, lequel faisait état de l'existence d'un syndrome douloureux chronique diffus dans un contexte de syndrome de fatigue chronique important et d'une épicondylite droite.

u) Par courrier du 21 mars 2022, U._____ a transmis à la Cour un rapport médical établi le 15 mars 2022 par la Dre Z._____, dont la teneur était la suivante :

Je vous confirme que sur le plan clinique, Mme U. _____ présente une symptomatologie compatible avec un diagnostic de fibromyalgie.

Conformément au modèle multidimensionnel proposé par l'AAPT (ACTION-APS Pain Taxonomy) pour l'ensemble des troubles de douleur chronique, la fibromyalgie est actuellement décrite selon 5 dimensions :

- Dimension 1 : critères diagnostiques de base essentiels au diagnostic
- Dimension 2 : caractéristiques fréquentes (autres symptômes et signes associés mais non essentiels au diagnostic)
- Dimension 3 : autres troubles de santé souvent présents en même temps (ce qui est appelé « comorbidités » dans le jargon médical)
- Dimension 4 : conséquences neurobiologiques, psychosociales et fonctionnelles
- Dimension 5 : mécanismes neurobiologiques (pathophysiologie) et psychosociaux possibles, facteurs de risque et facteurs de protection.

Je me limiterai à décrire les trois premières dimensions qui décrivent les symptômes et les troubles associés à la fibromyalgie, selon les connaissances actuelles.

Les données en gras correspondent aux difficultés présentées par Mme U. _____.

Dimension 1 : Critères diagnostiques de base

Les critères de base essentiels pour le diagnostic sont les suivants :

- Douleur multisites définie comme étant 6 sites de douleur ou plus sur un total de 9 sites possibles.**
- Problèmes de sommeil modérés à sévères OU fatigue prononcée**
- La douleur multisite plus la fatigue ou les problèmes de sommeil doivent avoir été présents depuis au moins 3 mois (caractère chronique de la maladie).**

La présence d'un autre trouble douloureux ou de symptômes connexes n'exclut pas la possibilité d'un diagnostic de fibromyalgie.

Dimension 2 : Caractéristiques fréquentes

Ces caractéristiques qui ne sont pas incluses dans les critères de base peuvent être utilisées pour appuyer un diagnostic de fibromyalgie.

- La sensibilité généralisée des tissus mous et des muscles à une pression qui ne devrait normalement pas causer de douleur est un symptôme universel.**
- Les troubles cognitifs (p. ex. troubles de concentration et de mémoire, pensée désorganisée ou lente) sont de plus en plus reconnus comme une caractéristique majeure de**

la fibromyalgie, avec un dysfonctionnement étant observé dans la mémoire de travail et les fonctions exécutives. (La fibromyalgie inclut des symptômes cognitifs)

Les tests neuropsychologiques effectués par Mme Q. _____ dans la dernière expertise neuropsychologique précisent (pp 20 et 21) :

« D'autre part, l'incapacité de l'expertisée à pouvoir réaliser une épreuve de mémoire de travail informatisée, malgré trois essais et plusieurs explications, alors que cette même épreuve avait pu être effectuée lors du précédent examen neuropsychologique, est difficilement explicable sur le plan strictement cognitif, en l'absence d'épisode médical récent pouvant entraîner une atteinte neurologique. (...) L'aggravation significative des troubles exécutifs et attentionnels objectivée dans le cadre de cette évaluation dépasse la symptomatologie liée à un trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité et est évocatrice d'éléments de surcharge. »

- Raideur musculo-squelettique. Elle est généralement plus sévère tôt le matin et s'améliore au fil de la journée.
- Sensibilité environnementale (hypervigilance). Elle se manifeste par une intolérance à la lumière vive, aux bruits forts, aux parfums et au froid, est courante chez les personnes atteintes de fibromyalgie.**

Dimension 3 : Autres conditions médicales et psychiatriques souvent présentes

- Syndrome de fatigue chronique**
- Affections douloureuses associées :** les mieux reconnues sont le syndrome du côlon irritable, la douleur pelvienne chronique et la cystite interstitielle, les affections chroniques de la tête et du visage comme le trouble temporo-mandibulaire, **les symptômes otologiques (de l'oreille, p.ex, acouphènes), les maux de tête chroniques et la migraine.**
- Affections psychiatriques associées : elles incluent les troubles majeurs de l'humeur (p. ex. **trouble dépressif** majeur et trouble bipolaire), **les troubles anxieux** (p. ex. trouble anxieux généralisé, trouble panique, trouble de stress post-traumatique, phobie sociale et trouble obsessionnel compulsif) et les troubles liés à l'abus de substances.
- Troubles du sommeil**
- Maladies rhumatismales

Comme vous pouvez le constater, il y a une forte suspicion de fibromyalgie chez Mme U. _____. Depuis 1992, la fibromyalgie est reconnue comme une maladie rhumatismale par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). C'est la raison pour laquelle il est indiqué que ce diagnostic soit confirmé par un médecin rhumatologue.

La capacité de travail n'excède pas 30 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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 et 58 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 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 (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. **a)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 7 décembre 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).

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 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 demie-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 dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021).

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA.

b) La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux, la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie, l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles ou encore les troubles moteurs dissociatifs (ATF 141 V 281). Cette jurisprudence a ensuite été étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418).

aa) 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 un expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il

n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

bb) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

Cette grille comprendra 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 sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il sera également tenu compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du 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, comme par le passé, 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 référence citée).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra 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 référence citée).

5. 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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 soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) En principe, le juge ne s'écarte par 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).

6. De l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, il ressort que la recourante allègue souffrir d'un certain nombre de troubles de la sphère somatique.

a) D'après le rapport établi le 16 décembre 2015 par le Dr J._____, la recourante présentait, outre des troubles anxio-dépressifs, des migraines (depuis 1985) et des acouphènes (depuis 2005).

aa) En ce qui concerne les acouphènes, la recourante a consulté au mois de novembre 2014 le Dr FF._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Dans un rapport du 10 novembre 2014, ce médecin a, après avoir procédé à des examens qualifiés rassurants, indiqué que la recourante pensait pouvoir gérer ce symptôme sans aide supplémentaire et éviter qu'il ne devienne envahissant. Dans son rapport du 16 décembre 2015, le Dr J._____ a d'ailleurs précisé que les acouphènes n'étaient pas à l'origine d'une quelconque restriction sur le plan physique (voir également le rapport de la Dre Z._____ du 4 janvier 2016).

bb) En ce qui concerne la problématique des migraines, celle-ci a fait l'objet d'une analyse exhaustive de la part du Dr L._____. Dans son rapport du 16 novembre 2017, ce médecin a considéré que la description donnée par la recourante paraissait effectivement correspondre à un tableau de migraines chronifiées répondant partiellement à la prise médicamenteuse ; il a estimé, bien qu'il était difficile de se prononcer sur la capacité de travail dans une constellation de plaintes essentiellement subjectives, que la recourante possédait une capacité de travail de 75 % au moins (plein temps avec un rendement de 75 %), l'incapacité de travail étant essentiellement liée à la fatigabilité et à un possible absentéisme secondaire aux accès de migraines particulièrement prononcées. Dans ses déterminations du 28 mai 2021, l'office intimé a admis qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de cette appréciation médicale et qu'une incapacité de travail de 25 % devait en tout état de cause être retenue. Il est vrai que la Dre F._____, spécialiste en neurologie a, dans le rapport qu'elle a établi le 14 juillet 2021 à la demande du mandataire de la recourante, souligné que la fréquence des migraines réduisait fortement la capacité de travail de cette dernière. L'incapacité totale de travailler admise par ce médecin résulte toutefois d'une appréciation globale de la situation, englobant aussi bien les migraines chroniques que les autres comorbidités évoquées (état

dépressif, fatigue chronique, insomnie, etc.) et ne permet pas une évaluation spécifique des limitations liées aux migraines chroniques de la recourante. La situation dépeinte par ce médecin semble par ailleurs légèrement dramatisée, dans la mesure où il ne ressort pas du dossier, en l'absence de mention d'absences régulières dues aux migraines chroniques de la recourante, que celles-ci aient une influence sur sa capacité à exercer son activité habituelle d'assistante éducative. Quant au rapport établi le 20 août 2020 par le Dr H._____, spécialiste en neurologie, il n'est guère contributif, ce médecin s'étant limité à examiner la situation sous un angle uniquement thérapeutique.

b) A plusieurs reprises, les médecins traitants de la recourante ont indiqué que leur patiente présentait une dégénérescence maculaire liée à l'âge. Dans un rapport du 14 décembre 2015, le Dr ZZ._____, spécialiste en ophtalmologie, a toutefois indiqué que la recourante ne présentait aucune atteinte ophtalmologique justifiant une intervention de l'assurance-invalidité.

c) Au cours de l'automne 2019 (soit postérieurement à la décision litigieuse), la recourante a présenté des épisodes importants de tachycardie sur extrasystoles ventriculaires monomorphes ; de l'avis des médecins consultés, une partie des symptômes était lié à la médication en cours (rapports des Drs T._____, du 30 janvier 2020 et DD._____, du 1^{er} avril 2020, tous deux spécialistes en cardiologie). La mise en place d'un traitement de Verapamil ainsi que l'arrêt de tous les traitements proarythmiques ont permis de contenir la situation et d'éviter, à tout le moins provisoirement, une intervention chirurgicale (rapports des Drs DD._____, du 21 avril 2020 et G._____, du 17 septembre 2020).

d) Dans les différents rapports produits au cours de la procédure, il est également fait mention de discopathies dégénératives cervicales débutantes C4-C5, C5-C6 (rapport du Dr PP._____, spécialiste en radiologie, du 6 août 2019) et d'une hernie hiatale. Il n'y a toutefois aucun élément qui laisse à penser que ces affections auraient un impact sur la capacité de travail de la recourante.

e) En dernier lieu, la recourante a allégué, par la voie de la Dre Z._____, qu'une partie de la symptomatologie présentée était compatible avec un diagnostic de fibromyalgie (rapport du 15 mars 2022). Il convient toutefois de relever que ce diagnostic, qui relève de la rhumatologie et non de la psychiatrie, n'a pas été retenu par la Dre C._____, spécialiste en rhumatologie, à la suite de son examen du 4 janvier 2022 (rapport du 6 janvier 2022), ce médecin ayant préféré utiliser la notion générale de syndrome douloureux chronique diffus. Cela étant, la Cour de céans est particulièrement perplexe à l'énoncé de ces nouveaux diagnostics, les rapports précités faisant état de douleurs ubiquitaires et migrantes « *depuis environ 10-15 ans* », alors même que cette problématique n'avait jusqu'alors jamais été évoquée - si ce n'est pas le Dr V._____ - dans les nombreux rapports médicaux versés au dossier (en particulier ceux produits par les Dres Z._____ et G._____). En tout état de cause, l'intensité de la symptomatologie douloureuse apparaît sujette à caution au vu de l'absence - à tout le moins dans le dossier - d'indices relatifs à un suivi régulier - notamment sur le plan rhumatologique - pour le traitement de ses douleurs et à un traitement antalgique particulier.

f) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante présente, sur le plan somatique, une incapacité de travail de 25 % liée à la fatigabilité et l'absentéisme engendrés par les migraines chroniques dont elle souffre.

7. La recourante présente également un certain nombre de symptômes, soit une fatigue chronique, un trouble de l'attention, un trouble du sommeil ainsi que des troubles de la lignée anxio-dépressive, comportant une composante plus subjective.

a) Ainsi que le mettait déjà en évidence le Dr L._____ dans son rapport du 16 novembre 2017, il est particulièrement difficile de se prononcer sur la capacité de travail présentée dans une constellation de plaintes essentiellement subjectives.

b) Dans le cadre de la procédure administrative, l'office intimé a, compte tenu d'un tableau de troubles psychiques à l'intensité indéterminée et d'un diagnostic de fatigue chronique, mis en œuvre, afin d'éclaircir la situation sur le plan de la capacité de travail, une expertise psychiatrique. Chargé de la réalisation de cette expertise, le Dr X. _____ a complété ses investigations par un bilan neuropsychologique (confié à la neuropsychologue R. _____) ainsi que par une expertise neurologique (confiée au Dr L. _____). Les résultats de cette expertise, d'après lesquelles la recourante souffrait – sans que cela n'ait une répercussion sur sa capacité de travail – d'une dysthymie, d'une claustrophobie, d'un éventuel trouble de déficit de l'attention/hyperactivité ainsi que d'une personnalité avec des traits passifs-dépendants, ont été contestées par la Dre Z. _____, ce médecin réfutant les diagnostics retenus – en particulier s'agissant de l'existence d'un trouble anxieux et dépressif et d'un trouble de déficit de l'attention – en mettant notamment en évidence des lacunes sur le plan anamnestique (rapport du 17 octobre 2018). Au vu de la situation, la Cour de céans a estimé nécessaire d'ordonner la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique complétée d'un nouveau bilan neuropsychologique dont elle a confié la réalisation au Dr V. _____ et à la neuropsychologue Q. _____.

c) Au terme de leurs investigations, le Dr V. _____ et la neuropsychologue Q. _____ sont arrivés à la conclusion que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé ayant valeur de maladie sur le plan psychiatrique, si ce n'est une possible claustrophobie ne revêtant pas de caractère incapacitant. Il y a lieu de constater que les rapports établis par ces spécialistes répondent en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux. Ils reposent sur une anamnèse particulièrement détaillée aussi bien sur le plan personnel, familial, que socioprofessionnel et affectif. Ils contiennent également les réponses données par la recourante à diverses questions touchant la vie quotidienne (déroulement de la journée, loisirs, relations sociales) de même qu'une description précise de ses plaintes ainsi qu'un résumé des principales pièces médicales à disposition des

experts. Les rapports comportent également un examen soigneux de la cohérence et de la plausibilité des plaintes de la recourante. Contrairement à ce que soutient la recourante, on ne perçoit pas dans les propos des experts le reflet d'un quelconque agacement ou hostilité ; ils correspondent simplement à des observations qui reflètent la perception subjective qu'ont eue les experts de la recourante.

aa) Sur le plan diagnostique, on constate que le Dr V. _____ a procédé à une analyse détaillée de la situation et expliqué de manière convaincante la méthodologie qui l'a mené à ne retenir, au contraire de la Dre Z. _____, aucune atteinte à la santé, mais à considérer qu'il existait un processus de simulation actif, intentionnel et maîtrisé, avec l'expression de plaintes marquées par leur inauthenticité. La simulation a été retenue au terme d'une analyse fine de la cohérence, de la plausibilité des propos tenus et des plaintes rapportées par la recourante. En l'absence des caractéristiques typiques d'une dépression, soit une altération crédible de l'humeur, de l'énergie, des intérêts et des plaisirs, aucun diagnostic en rapport avec une symptomatologie dépressive ne pouvait être retenu. Le Dr V. _____ a également examiné en détail l'hypothèse d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un trouble de la personnalité pour, au final, ne retenir aucune perturbation particulière. Quant à la problématique de la fatigue chronique, l'examen de la cohérence et de la plausibilité des plaintes alléguées conduisait à écarter tout diagnostic en rapport avec cette symptomatologie.

bb) La problématique du trouble du déficit de l'attention a, pour sa part, été examinée de concert par le Dr V. _____ et la neuropsychologue Q. _____. Les experts sont arrivés à la conclusion que l'étude approfondie de l'anamnèse, la symptomatologie objectivable et l'examen de la cohérence et de la plausibilité des plaintes ne permettaient pas de poser un diagnostic de perturbation de l'activité et de l'attention ou de déficit de l'attention/hyperactivité à l'aune des critères d'une classification reconnue. S'il est vrai que la neuropsychologue Q. _____ a mis en évidence un tableau neuropsychologique caractérisé par des troubles attentionnels et exécutifs modérés à sévères, ainsi que

mnésiques légers à modérés, elle a également estimé que les résultats étaient difficilement interprétables au regard de l'examen de la cohérence et de la plausibilité (résultats inhabituels ; signes d'un défaut d'effort ; nette aggravation des troubles attentionnels et exécutifs sans corrélation médical sur le plan cérébral ; sévérité des troubles objectivés difficilement compatible avec la capacité de conduite automobile ; discordance entre les plaintes alléguées et le comportement au cours des séances d'examen).

cc) Il convient par ailleurs de constater que les conclusions retenues par les experts judiciaires rejoignent, pour l'essentiel, celles qui avaient été prises par les experts mandatés par l'office intimé. A l'instar de la neuropsychologue Q._____, la neuropsychologue R._____ avait également mis en évidence un examen caractérisé par quelques incohérences, des résultats atypiques et des performances irrégulières évoquant une mobilisation non constante des ressources cognitives disponibles, estimant au surplus qu'un diagnostic de déficit de l'attention/hyperactivité sévère pouvait être exclu.

d) Les conclusions des expertises judiciaires sont contestées par les Dres Z._____ et G._____. Aussi convient-il d'examiner plus en détail les griefs soulevés par ces médecins.

aa) Dans son appréciation du 27 avril 2021, la Dre Z._____ reproche aux experts d'avoir omis de tenir compte d'éléments anamnestiques particulièrement importants : suivi psychiatrique durant la jeunesse ; abus sexuel durant l'enfance ; passé probable d'anorexie ; rupture douloureuse avec un lieu de vie durant l'enfance ; difficultés rencontrées durant l'apprentissage en raison du harcèlement de la part de son patron ; traitement anxiolytique de benzodiazépine et antiémétique débuté à l'adolescence. Si la problématique de la rupture douloureuse avec un lieu de vie et le passé probable d'anorexie sont mentionnés dans le rapport établi par la neuropsychologue Q._____ (p. 11 ; voir également l'expertise du Dr X._____, p. 6), il est un fait qu'il n'y a aucune trace au dossier des autres éléments évoqués par la psychiatre

traitante de la recourante dans son appréciation du 27 avril 2021. Compte tenu de l'importance de tels éléments anamnestiques - il s'agit incontestablement de faits importants susceptibles d'influer sur la perception que l'on peut avoir de la situation de la recourante -, on ne peut raisonnablement soupçonner l'ensemble des experts d'avoir voulu délibérément occulter ces éléments biographiques. Tout laisse à penser que la recourante n'a pas évoqué ces faits dans le cadre des entretiens qu'elle a eus avec les experts. Cette hypothèse est renforcée par le fait que la recourante n'en a pas fait non plus mention dans le cadre de son acte de recours, alors même qu'elle s'est longuement exprimée sur le contenu de l'expertise établie par le Dr X._____. On peine également à comprendre pourquoi la Dre Z._____ - laquelle suit la recourante depuis le mois de mai 2011 - n'a pas rapporté ces faits dans son rapport du 4 janvier 2016 - il est uniquement fait mention de la survenance d'un état dépressif dans un contexte de difficultés professionnelles - ou dans la prise de position qu'elle a rendue le 17 octobre 2018 au sujet de l'expertise du Dr X._____. Compte tenu des circonstances pour le moins insolites dans lesquelles ces faits ont été évoqués - on ne peut exclure qu'ils aient été avancés pour les besoins de la cause - la Cour de céans ne retient pas l'allégation selon laquelle les expertises réalisées par le Dr V._____ et la neuropsychologue Q._____ reposeraient sur une anamnèse incomplète.

bb) En ce qui concerne la problématique anxieuse et dépressive, ainsi que le syndrome de fatigue chronique, évoqués par les médecins traitants de la recourante, la Cour de céans peine à s'imaginer que l'expert judiciaire V._____ et la neuropsychologue Q._____ aient pu passer à côté de tels symptômes, alors même qu'ils ont tous les deux rencontrés la recourante à trois reprises (pour une durée totale de 4 heures et 25 minutes pour le premier et de 11 heures et 55 minutes pour la seconde). Le Dr V._____ a, au contraire, souligné n'avoir à aucun moment, au cours des trois entretiens réalisés, relevé le moindre signe de fatigue (« *Sur le plan physique, nous n'avons pas noté de baisse de la vigilance, de réactivité atténuée, de bâillements, de cernes ou de faible ouverture des yeux* »). Pour sa part, la neuropsychologue Q._____ a noté

que la recourante n'avait pas présenté de signes de fatigabilité, ni de distractibilité au cours des examens qu'elle avait menés (point également relevé par la neuropsychologue R._____ dans le cadre de son expertise).

cc) Quant aux troubles du sommeil mentionnés par les médecins traitants de la recourante, ils ont pour leur part fait l'objet d'une analyse détaillée de la part du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du B._____. Dans leur rapport du 3 décembre 2020, les Drs D._____, spécialiste en médecine du travail, et S._____, spécialiste en neurologie, ont indiqué que la polysomnographie n'avait pas montré de troubles déstructurant le sommeil (tels qu'un trouble respiratoire ou un syndrome des mouvements périodiques des jambes) ; l'architecture du sommeil était néanmoins altérée à cause du traitement médicamenteux psychotrope (avec une latence au sommeil paradoxal augmentée, l'absence de sommeil stade N3 et une imprégnation de rythmes rapides à l'électroencéphalogramme). La réalisation d'une thérapie cognitivo-comportementale appliquée à l'insomnie sous forme de cinq séances était suggérée ; dans l'attente, il lui était conseillé de restreindre le temps passé au lit afin de concentrer le sommeil, d'éviter les siestes ou de faire des siestes de courte durée et de ne pas changer les horaires de veille-sommeil le week-end. Il apparaît ainsi que la problématique rencontrée par la recourante est accessible à une thérapie et peut être corrigée par une hygiène de vie adaptée.

dd) En tant que la Dre Z._____ estime qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du constat opéré par le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans son rapport du 24 juin 2014, selon lequel la recourante présente, « *sans aucun doute* », un trouble de déficit d'attention/hyperactivité essentiellement de type attentionnel d'intensité sévère, il y a lieu de relever que l'opinion de ce médecin a été émise à la suite d'une seule consultation et repose principalement sur les plaintes de la recourante et l'analyse préalable de la Dre Z._____, le rapport ne contenant aucune discussion diagnostique. Dans ces conditions, il n'est guère possible de retenir que le point de vue du Dr W._____ repose sur une analyse circonstanciée de la situation médicale de la recourante.

ee) Il résulte de ce qui précède que les observations rapportées par les Dres Z._____ et G._____ ne suffisent pas à susciter un doute sur le bien-fondé des conclusions unanimes des différents experts consultés au cours de la procédure.

e) En l'absence de tout diagnostic sur le plan psychiatrique, il n'y a par ailleurs pas lieu de procéder à une évaluation de la situation au regard des indicateurs développés par la jurisprudence (cf. *supra* consid. 4).

f) Au final, il y a lieu de retenir, à l'instar de l'office intimé, que la recourante présente une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 25 % dans toute activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles.

8. Dans la mesure où la recourante ne remet au demeurant pas en cause les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé, la décision attaquée ne peut qu'être confirmée.

9. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 7 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

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

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

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour U. _____),
- 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 :