

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 octobre 2020

Composition : M. NEU, président
M. Bidiville et Mme Silva, assesseurs
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

A.L._____, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. **a)** A.L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, employée d'administration de formation, était engagée en cette qualité du 1^{er} octobre 2014 au 31 mars 2015, à 50%, au sein de l'Office de la population de la Ville de [...].

L'intéressée s'est trouvée en incapacité totale de travail dès le 1^{er} février 2015 en raison d'une anorexie mentale.

Entre le 11 novembre 2015 et le 2 décembre 2015, A.L._____ a été hospitalisée au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) en raison d'un syndrome clinique isolé (lésion médullaire C2). Elle a ensuite été transférée à la Clinique de [...], y séjournant jusqu'au 19 janvier 2016. Durant son hospitalisation, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, le 6 décembre 2015.

À l'occasion d'un rapport médical de sortie établi le 26 janvier 2016, les médecin de la Clinique de Valmont, soit le Dr B._____, spécialiste en neurologie, et la Dre W._____, spécialiste en médecine interne, ont confirmé le diagnostic d'épisode clinique isolé (probable évolution vers une sclérose en plaques) avec syndrome pyramidal bilatéral D>G, de troubles de la sensibilité tétra-appendiculaire (pallesthésie, sensibilité posturale et tactile superficielle), de troubles de la marche et de l'équilibre et de fatigue importante. L'image à résonance magnétique (IRM) effectuée mettait effectivement en évidence une lésion médullaire cordonale postérieure C2 et antérieure D6, de multiples lésions de la substance blanche sous-corticale, périventriculaire et infratentorielle, sans prise de contraste, évoquant en premier lieu une maladie démyélinisante. Ces médecins ont également fait état des comorbidités suivantes : une anorexie mentale, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen sans syndrome somatique, une hyperprolactinémie, de l'ostéoporose ainsi qu'un colon spastique.

En charge de l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a en premier lieu requis de l'assurée de préciser son statut professionnel. Le 29 janvier 2016, l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 100% si elle n'était pas atteinte dans sa santé (formulaire 531bis).

Dans un rapport médical établi le 16 mars 2016, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent depuis 2015, d'anorexie mentale avec aménorrhée secondaire, une ostéoporose densiométrique depuis 2013 ainsi qu'un syndrome clinique isolé avec probable évolution vers une sclérose en plaques depuis 2015. Vu les restrictions physiques, mentales ou psychiques présentées, soit un trouble de la marche avec une résistance physique nettement diminuée, un trouble thymique se traduisant par un trouble de la concentration, une diminution de l'assurance en soi et de l'élan vital, une diminution de la résistance au stress ainsi que par un trouble alimentaire induisant une diminution de la résistance physique et psychique, ce médecin estimait qu'un travail de secrétariat apparaissant possible au taux d'occupation de 30 à 50% dès la fin du mois de mars 2016.

Egalement en date du 16 mars 2016, la psychiatre traitante de l'assurée, la Dre T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'est prononcée sur l'état de santé de sa patiente. Elle faisait état d'une anorexie mentale de type purgatif, probablement depuis l'adolescence, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique depuis 2013 et d'un syndrome clinique isolé (lésion médullaire C2) ayant nécessité une hospitalisation au CHUV le 11 novembre 2015. L'assurée a présenté une incapacité de travail dès le 1^{er} avril 2015. Ayant trait aux perspectives d'évolution du status de l'intéressée, la Dre T._____ a évoqué les éléments suivants :

Sur le plan psychiatrique, Mme A.L._____ présente une anorexie mentale chronique depuis l'adolescence. Elle bénéficie grandement du suivi spécialisé, elle fait preuve de détermination, a réussi à reprendre du poids, modifie par petits pas son comportement alimentaire. Néanmoins, il s'agit d'une maladie

chronique avec complication somatique (ostéoporose). Le traitement ne vise pas une guérison mais un équilibre qui pourrait permettre à la patiente entre autre de reprendre une activité professionnelle à temps partiel.

Le 31 mai 2016, le Dr B._____ s'est prononcé sur l'état de santé de l'assurée, retenant le diagnostic de sclérose en plaques, assorti de troubles de la marche, d'instabilité, de troubles sensitifs du membre supérieur gauche et du thorax et d'un signe de Lhermitte. Si le pronostic s'avérait partiellement favorable sous traitement, ce médecin rappelait que la phase aiguë de la sclérose en plaque n'était pas résolue et qu'il existait encore une incapacité de travail complète. Le 14 novembre 2016, ce médecin rapportait une capacité de travail de 50% dans toute activité en raison d'un syndrome de fatigue d'origine cérébrale. Cette capacité de travail devait être évaluée de façon associée avec la problématique présentée.

Le 22 décembre 2016, la psychiatre traitante de l'intéressée a confirmé les diagnostics précédemment posés. Elle relevait que malgré une amélioration de son anorexie, l'assurée restait dénutrie. Une fatigue très importante persistait et, sur le plan de l'humeur, l'assurée se trouvait en proie à des troubles de la concentration, des moments de tristesse et des pertes de motivation. Face à de telles limitations fonctionnelles, la capacité de travail restait nulle dans toute activité.

Poursuivant l'instruction, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son service médical (ci-après : le SMR). Le 8 février 2017, sous la plume de la Dre P._____, spécialiste en pédiatrie, le SMR a retenu une capacité de travail de 50% dans le cadre d'un diagnostic de sclérose en plaques. Une éventuelle incapacité de travail sur le plan psychiatrique était quant à elle rejetée, les différentes pathologies psychiques existant déjà depuis plusieurs années.

Afin de préciser le statut économique de l'assurée, l'OAI a mis en place une enquête ménagère, réalisée le 6 avril 2017. L'enquêtrice de l'office a conclu à un statut de 80% active et 20% ménagère, principalement en raison des éléments suivants :

L'assurée est mariée depuis 1999. Le couple n'a pas d'enfants et l'assurée ne signale pas d'activité pouvant nécessiter une diminution de son taux d'activité professionnelle.

Lors de l'entretien, l'assurée défend avec insistance un statut d'au minimum 80% active. Elle explique avoir dû diminuer son taux d'activité à partir de mai 2012 en lien avec l'avancée du projet sur lequel elle travaillait. La perte salariale étant en majeure partie compensée par le changement de poste de travail, l'assurée a préféré garder cet emploi par intérêt professionnel afin de pouvoir mener le projet jusqu'à son terme.

L'assurée signale avoir été en recherche d'emploi de mars 2014 à septembre 2014 pour un poste entre 80% et 100%. En octobre 2014, elle signale avoir accepté un emploi à durée déterminée à la commune de Pully qui n'était qu'à 50 % en espérant que cela puisse rapidement lui permettre d'obtenir un emploi fixe à un pourcentage plus élevé. L'atteinte à la santé ayant débuté à cette période, l'assurée se retrouve sans emploi depuis mars 2015.

L'assurée n'a pas d'enfants à charge ni d'autres occupations pouvant nécessiter une diminution de son taux d'activité professionnelle. Elle exprime l'impossibilité pour elle de rester « à ne rien faire à la maison ». Ainsi elle explique que, sans atteinte à la santé, elle serait actuellement à la recherche d'un nouvel emploi pour un taux minimum de 80%. Elle signale d'ailleurs avoir été se renseigner à l'office de l'assurance chômage, mais que, n'étant pas en mesure de travailler, il lui aurait été expliqué que sa situation n'était pas de leur ressort.

Fort de ces constatations, l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible de l'assurée. Cette dernière pouvait raisonnablement obtenir un salaire de 27'456 fr. 19 par année sur un marché du travail équilibré, salaire prenant en compte une réduction supplémentaire de 10% en raison de ses limitations fonctionnelles. En rapport avec un revenu sans atteinte à la santé de 61'013 fr. 76, un degré d'invalidité de 55% était mis en évidence.

b) Par projet de décision du 9 juin 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2016.

Par rapport médical du 25 juillet 2017, la Dre T. _____ a réagi au projet de décision précité comme suit :

Nous nous opposons à ces trois points

1) Concernant le début de l'incapacité de travail :

Mme A.L. _____ m'a consultée la première fois le 6 janvier 2015 donc bien avant que le diagnostic de sclérose en plaques ait été posé. (1^{ère} hospitalisation en neurologie le 11 novembre 2015).

Cette patiente présentait alors des crampes abdominales et des douleurs du bas ventre ayant nécessité de multiples investigations chez des gastroentérologues et autres spécialistes. Bien que présentant des symptômes évidents d'anorexie mentale depuis l'adolescence, ce diagnostic n'avait jamais été posé avant janvier 2015. Le déni de cette maladie est malheureusement très fréquent chez les patients, les proches et le corps médical.

Mme A.L._____ a pu maintenir un poids stable avec un BMI à 18 kg/m² (selon la classification des stades de dénutrition de l'OMS : maigre) de 2009 à 2013. Dès 2013, elle présentait un BMI aux alentours de 15.5-16 kg/m² (Selon la classification de l'OMS : dénutrition de grade 2/3).

Au début de sa prise en charge ici en janvier 2015, Mme A.L._____ pesait 44 kg pour 1m68 soit un BMI de 15,6 (Selon la classification de l'OMS : dénutrition de grade 3). On notait (comme décrit dans mon rapport à l'intention de l'AI du 16 mars 2016) une restriction majeure avec l'éviction de nombreux aliments, des ruminations envahissantes autour de l'alimentation, une hyperactivité physique et mentale, une fatigue physique importante, une humeur labile, une irritabilité et des troubles de la concentration.

Nous avons discuté à l'époque avec la patiente de la possibilité d'une hospitalisation de re-nutrition ou d'une prise en charge en hôpital de jour. Finalement, avec un suivi uniquement ambulatoire : consultation psychiatrique, suivi spécialisé par une infirmière en psychiatrie, prise en charge somatique avec un nouveau médecin traitant, la patiente a pu progressivement prendre du poids.

Cette situation a néanmoins nécessité l'établissement d'arrêts de travail :

- Incapacité de travail à 100% du 3 février au 31 mars 2015 jusqu'à la fin de son contrat à la ville de [...].
- Incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} avril 2015.

Le SMR conclut que Mme B.L._____ présente une incapacité de travail à 100% dès le 11 novembre 2015 alors que celle-ci était déjà en arrêt de travail à 100% pour raison psychiatrique depuis le 3 février 2015.

2) Le SMR estime que Mme B.L._____ présente une incapacité de travail à 50% dès le 20.01.2016, date de sa sortie de la clinique de Valmont.

Mme B.L._____ est suivie par le Dr B._____, neurologue, qui dans son rapport pour l'AI du 31 mai 2016 écrit «actuellement, la phase aiguë n'étant pas résolue il existe une incapacité de travail complète ».

Le SMR évalue une capacité de travail à 50% dès le 20 janvier 2016 alors que le Dr B._____ parle d'une incapacité de travail à 100% sur le plan neurologique dans son rapport du 31 mai 2016.

3) Le SMR ne tient pas compte ni de l'anorexie mentale ni du trouble dépressif récurrent dans l'estimation de l'incapacité de travail.

Comme expliqué dans le point 1, Mme A.L._____ présentait une incapacité de travail totale dès le 3 février 2015 du fait d'une

rechute de son anorexie mentale (dénutrition de grade 3) donc plusieurs mois avant la 1^{ère} poussée de sclérose en plaques.

Dans le rapport du 14 novembre 2016 du Dr B._____, ce dernier estime que Mme A.L._____ présente une capacité de travail de 50% d'un point de vue neurologique et écrit : « à évaluer de façon associée avec un problème psychiatrique différent ».

Dans mon rapport du 22 décembre 2016, j'évalue l'incapacité de travail comme totale sur le plan psychiatrique malgré une bonne évolution du trouble du comportement alimentaire et décrits les symptômes actuels présentés par la patiente dus à l'anorexie mentale :

- Dénutrition grade 1 à 2 selon l'OMS (BMI 17 kg/m2)
- Ruminations autour de l'alimentation
- Hyperactivité mentale et physique
- Fatigue
- Troubles de la concentration
- Peine à mettre ses limites et à les percevoir

A noter la présence d'une ostéoporose comme complication de l'anorexie mentale.

Quant aux symptômes liés au trouble dépressif, je parle de :

- Tristesse
- Fatigue
- Perte de motivation, manque d'énergie, découragement.
- Angoisses principalement autour de tout changement.

Mme A.L._____ présente actuellement des symptômes cliniques de son anorexie mentale et de son trouble dépressif récurrent dont il faut tenir compte dans l'évaluation de l'incapacité de travail.

Compte tenu de ces nouveaux éléments, l'OAI a estimé nécessaire l'établissement d'une expertise médicale pluridisciplinaire approfondie, investiguant les aspects de médecine interne, de neurologie et de psychiatrie. Cette expertise a été confiée au [...] ([...]) à [...].

Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 11 janvier 2018, les Drs B.L._____, spécialiste en médecine interne, X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et V._____, spécialiste en neurologie, ont retenu le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de CIS (probable première poussée de sclérose en plaques). Concernant les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ces médecins ont mis en évidence une dysthymie depuis 2000, une agoraphobie avec trouble panique en rémission depuis 2012, une anorexie mentale atypique depuis l'adolescence, une ostéoporose ainsi qu'une

prolactine élevée d'origine indéterminée. Les médecins du [...] ne retenaient aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique, admettant essentiellement une fatigabilité sur le plan physique. Qualifiant les ressources personnelles et externes de préservées, tant sur le plan psychique que physique, la capacité de travail de l'assurée s'élevait à 75% dans un poste d'employée d'administration, soit un plein temps avec une perte de rendement de 25% essentiellement en raison de la fatigue présentée. A l'appui de leurs conclusions, les Drs B.L._____, X._____, et V._____ ont exposé les éléments suivants :

Nous avons revu les documents radiologiques à disposition. Les différentes IRM cérébrales montrent indubitablement la présence de plusieurs lésions hyperintenses en T2, de localisation supra- et infratentorielle avec une possible lésion également sur le nerf optique gauche, asymptomatique. Les IRM médullaires montrent sans doute aucun l'existence d'une lésion au niveau C2.

Sur la base des documents à disposition, il semble qu'il n'y ait pas eu de progression en taille et en nombre des lésions constatées depuis octobre/novembre 2015.

Sur la base des éléments à notre disposition, s'il est probable que Madame B.L._____ présente effectivement une forme de sclérose en plaques, il n'y a jusqu'ici eu qu'une seule poussée et cliniquement, on doit parler d'un OIS d'autant plus que les bilans radiologiques de contrôle n'ont pas démontré de progression spatiale et temporelle des lésions.

Sur le plan thérapeutique, Madame B.L._____ s'oppose actuellement à l'introduction d'un traitement immuno-modulateur. Ce type de traitement ne peut lui être imposé. L'indication à la poursuite de la physiothérapie est douteuse, étant donné que le statut est actuellement normalisé.

Sur le plan professionnel, la limitation principale présentée par Madame B.L._____ est la fatigue/fatigabilité avec possiblement quelques discrets troubles sensitivo-moteurs pas identifiables à l'examen clinique en relation avec les lésions constatées aux différents bilans radiologiques.

Compte tenu des éléments actuellement à disposition, la capacité de travail de Madame B.L._____ dans l'activité exercée jusqu'ici doit être considérée comme au minimum de 75% en admettant une perte de rendement de 25% dans une activité exercée à plein temps, en relation avec de possibles discrets troubles fonctionnels et la fatigue/fatigabilité.

Dans le cadre de l'activité de femme au foyer, l'incapacité de travail est à considérer comme globalement superposable à celle mentionnée dans le cadre de l'activité professionnelle, avec une perte de rendement de 15% liée aux difficultés potentielles dans les

activités lourdes du ménage. À notre avis, l'invalidité économique dans le cadre du ménage n'atteint pas 35%, comme cela a été retenu au terme de l'enquête ménagère.

En conclusion, on retient le diagnostic de CIS survenu courant octobre/novembre 2015 dans le cadre d'une probable sclérose en plaques, néanmoins sans deuxième poussée jusqu'ici.

Sur le plan psychique, l'expertisée se sent déprimée de manière chronique depuis environ 2000, elle ne se sent plus déprimée depuis l'été 2017. Elle se sent néanmoins fragile au niveau de l'humeur et de son estime. Elle se plaint surtout d'une fatigue et d'une fatigabilité qu'elle attribue à sa maladie neurologique et aux conséquences de l'anorexie mentale. De 2000 à 2012 environ, elle a souffert d'une agoraphobie avec crises de panique dont elle s'est débarrassée seule en s'exposant progressivement à ce qui lui faisait peur. Elle était anxieuse sur le thème de la santé, mais depuis l'annonce de sa maladie neurologique cette anxiété a diminué.

La description des activités quotidiennes nous apprend que l'expertisée est active (elle donne un coup de main de temps à autre à des amies qui ont démarré une activité indépendante, peut conduire une heure, utilise au besoin les transports publics, fait les commissions et gère le ménage, fait sa part des tâches administratives, lit, regarde un peu la télévision et surfe sur internet). Mais elle a arrêté le yoga et la poterie depuis la découverte de sa maladie neurologique et parfois délègue le ménage et les commissions à son mari lorsqu'elle est trop fatiguée. Elle n'est pas repliée socialement.

L'examen psychiatrique montre une femme maigre (BMI 17.4 kg/m²), à l'air fatiguée, légèrement ralentie. Aucun signe patent de troubles cognitifs n'est relevé. Le contenu de la pensée est focalisé sur sa fatigue, qui l'empêche d'assumer son quotidien et de travailler. Aucun signe de lignées dépressives, anxieuse ou psychotique n'est relevé.

En conclusion, nous retenons le diagnostic d'anorexie mentale atypique (F501) depuis l'adolescence vraisemblablement, mais qui semble s'être accentué vers l'âge de 30 ans. En effet le BMI est de 17,4 kg/m², mais elle ne se fait pas vomir, ne fait pas de sport à outrance, utilise de temps à autre des laxatifs depuis peu de temps, mais surtout elle contrôle son alimentation. La symptomatologie dépressive chronique depuis 2000 sans qu'il y ait besoin de prescription d'antidépresseur (le Trittico est prescrit pour les troubles du sommeil) oriente vers un diagnostic de dysthymie (F34.1). L'agoraphobie avec trouble panique est en rémission depuis 2012.

Entre le 8 janvier 2018 et le 4 février 2018, A.L. _____ a été une nouvelle fois hospitalisée à la Clinique de [...] en raison d'une neuro-rééducation status post 2^{ème} poussée de sclérose en plaque (SEP) avec décompensation cérébelleuse (trouble de la marche, de la coordination et de l'équilibre) et troubles oculomoteurs.

Par avis médical du 21 février 2018, le SMR a adhéré aux conclusions de l'expertise du [...].

Une nouvelle IRM a été réalisée en date du 14 mars 2018, mettant en évidence la disparition de la lésion démyélinisante active qui était visible dans le centre semi-ovale frontal droit. Cependant, le radiologue remarquait l'aspect inchangé des multiples lésions démyélinisantes supra- et infra- tentorielles précédemment reconnues.

A l'occasion d'un complément d'enquête ménagère établi le 23 avril 2018, l'enquêtrice de l'OAI a ajusté le taux d'invalidité ménager à 18,8% à partir du 1^{er} janvier 2018.

Par rapport médical établi le 12 juin 2018, la Dre T. _____ a exprimé de son complet désaccord quant aux conclusions de l'expertise du [...]. Dans la mesure où l'expert psychiatre ne retenait pas le diagnostic d'anorexie mentale, l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée était caduque. Cette maladie engendrait effectivement des limitations fonctionnelles, reconnues sous la forme d'une fatigabilité chronique, de troubles de la concentration, de rumination autour de l'alimentation, d'hyperactivité mentale ainsi qu'une incapacité à fixer des limites et à les percevoir. Ainsi, et contrairement aux conclusions de l'expertise, la capacité de travail de l'assurée se situait entre 30 et 50% dans tout type d'activité lucrative, la Dre T. _____ précisant encore que le début de l'incapacité de travail de sa patiente était uniquement due à une grave rechute de son anorexie. Ce médecin précisait que le taux d'incapacité de travail retenu avait été arrêté dans le cadre d'une discussion avec le Dr B. _____.

Le 14 juin 2018, le Dr B. _____ a également pris position quant aux conclusions de l'expertise mandatée par l'OAI. Il contestait le diagnostic neurologique, dans la mesure où les médecins du [...] mentionnaient celui de syndrome clinique isolé, alors que l'assurée avait effectivement subi deux poussées cliniques de SEP. Il existait par ailleurs

des lésions démyélinisantes multiples sous-jacentes, ces dernières influant manifestement sur la capacité de travail. Pour ce médecin, il existait une incapacité de travail qui dépassait le cadre de la maladie neurologique démyélinisante, d'environ 40%, du fait des comorbidités psychiatriques.

Face à ses nouveaux éléments, l'OAI a interpellé son service médical. Le 26 juillet 2018, sous la plume de la Dre P._____, le SMR a retenu que la seconde poussée de sclérose en plaques ne pouvait remettre en question les conclusions de l'expertise du [...], l'assurée ayant parfaitement récupéré. Concernant le volet psychiatrique, la Dre P._____ a estimé que le psychiatre traitant de l'intéressée n'apportait pas d'élément probant nouveau, se contentant de réitérer les arguments avancés dans ses précédents courriers. Les experts du [...] ont quant à eux procédé à une anamnèse en rapport avec le comportement alimentaire et l'anorexie afin de poser le diagnostic d'anorexie atypique, détaillant les raisons de l'absence d'incapacité de travail en lien avec cette pathologie. Il n'y avait ainsi pas lieu de s'écarter de cette appréciation.

Dans un nouveau projet de décision du 30 août 2018, appelé à remplacer celui du 9 juin 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Compte tenu d'un statut de 80% active et de 20% ménagère, l'office a tout d'abord évalué le degré d'invalidité à 19,57% puis à 29,76% dès le 1^{er} janvier 2018, prenant en compte une nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères. Les deux degrés d'invalidité mis en évidence ne suffisaient pas à ouvrir un droit à une rente d'invalidité. Dans un courrier du même jour adressé au conseil de l'assurée, Me Philippe Graf, l'office exposait les éléments suivants :

C'est ainsi que nous pouvons constater que d'un point de vue somatique, Mme A.L._____ a présenté une péjoration ponctuelle de son état de santé le 22 décembre 2017. Toutefois, votre mandante présente une excellente récupération et même une amélioration de la dextérité des membres supérieurs en fin de séjour à la clinique Valmont le 4 février 2018. Les conclusions de l'expertise [...] restent donc parfaitement valables.

Du point de vue psychiatrique, les experts du [...] n'ont pas posé le même diagnostic que la Dresse T._____. Ils retiennent comme limitation fonctionnelle une fatigabilité, liée aussi peut-être en

partie à la malnutrition, mais surtout à la maladie neurologique. En effet, votre mandante souffre depuis les années 2000 au moins de son trouble alimentaire mais cela n'a pas nécessité d'incapacité de travail. Il faut préciser que les ressources dont disposent les expertisés sont aussi prises en compte. Dans ces conditions, du point de vue psychiatrique, une capacité de travail totale, sans diminution de rendement, dans toute activité, est retenue.

Le 1^{er} octobre 2018, A.L._____ s'est opposée au projet de décision précité. Au vu des avis médicaux divergents versés au dossier mettant en exergue les lacunes de l'expertise du [...], l'assurée a requis la mise en œuvre d'un complément d'instruction.

Le 2 novembre 2018, l'OAI a interpellé le Dr X._____ afin qu'il prenne position sur le rapport établi le 12 juin 2018 par la Dre T._____. Le 15 novembre 2018, le Dr X._____ a pris position comme suit :

Les critiques de la Dresse T._____ se focalisent sur un prétendu manque de prise en compte du trouble du comportement alimentaire : notamment l'absence d'anamnèse du comportement alimentaire. Nous avons décrit le comportement alimentaire dans l'histoire médicale selon l'expertisée, et dans l'anamnèse systématique sous symptômes de la lignée dépressive.

Certes l'assurée présente un trouble de l'alimentation dans le sens où l'occurrence de stress ou de problèmes génèrent de tels troubles avec un contrôle excessif du poids.

Nous avons retenu le diagnostic d'anorexie mentale atypique en raison de l'absence de comportements tels qu'évoqués sous le critère (b) des directives pour le diagnostic de l'anorexie mentale dans la CIM10. En effet l'expertisée ne nous a pas relaté avoir des comportements tels que : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs coupe faim ou diurétiques, ni de pratique excessive d'exercices physiques. D'ailleurs Madame A.L._____ a relaté aux experts somaticiens qu'elle marchait chaque jour une trentaine de minutes et qu'elle pratiquait deux fois 30 minutes par semaine de la physiothérapie. Nous avons estimé que cela ne rentre pas dans le cadre d'une pratique excessive d'exercices physiques dans le but de perdre du poids.

Nous avons mentionné sous rappel de l'histoire médicale que son psychiatre traitant avait prescrit une incapacité de travail complète en raison des limitations fonctionnelles liées à l'état de dénutrition.

Lors de notre évaluation l'expertisée ne s'est pas plainte de troubles de la concentration importants. Aucun signe patent de troubles cognitifs n'a été relevé lors de l'examen psychiatrique.

Nous avons mentionné la fatigabilité qui a finalement été intégrée dans les limitations fonctionnelles d'ordre neurologique. Il peut être admis que cette fatigabilité s'exacerbe ponctuellement pour des raisons psychiques mais cela ne constitue pas une limitation

fonctionnelle du point de vue psychique pouvant générer à long terme une diminution de rendement au sens de l'AI.
Pour ces raisons nous maintenons notre position quant à l'absence de participation psychiatrique à la diminution de rendement.
Nous n'avons retenu aucune autre limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique.

Par avis médical du 18 décembre 2018, le SMR a réitéré ses précédentes conclusions, estimant qu'il n'y avait aucun nouvel élément objectif venant modifier les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 11 janvier 2018.

Par décision du 20 décembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurée.

B. **a)** Par acte du 30 janvier 2019, A.L._____, par l'intermédiaire de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son renvoi devant l'OAI afin d'opérer un nouveau calcul de la rente d'invalidité tenant compte d'une part d'un statut d'active à 100% et d'autre part à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale. L'assurée soutenait que son statut était effectivement un statut d'active à 100% et non de 80% complété d'un statut de 20% de ménagère. Concernant son état de santé, elle faisait valoir que le contenu de l'expertise du [...] était gravement lacunaire. Le point central de la cohérence n'était pas motivé à satisfaction, le diagnostic neurologique était erroné et l'évaluation de la capacité de travail devait être qualifiée d'arbitraire, au vu notamment des pièces médicales établies par les médecins traitants.

b) Dans sa réponse du 1^{er} avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'office renvoyait à l'analyse effectuée le 18 décembre 2018 par le SMR. Un statut d'active de 80% ou de 100% ne changerait par ailleurs rien quant au résultat de la décision attaquée.

c) Par réplique du 29 avril 2019, l'assurée a persisté dans ses conclusions. Elle soutenait que l'expert neurologue du [...] avait fortement minimisé les multiples lésions démyélinisantes sous-jacentes dont elle

était atteinte, ces dernières s'étant notablement aggravées depuis 2015. La mise en œuvre d'une expertise judiciaire s'imposait.

d) Dupliquant le 17 mai 2019, l'OAI a produit un avis médical établi le 14 mai 2019 pour l'occasion par la Dre P._____, retenant qu'aucun élément objectif nouveau n'avait été apporté qui aurait été ignoré des experts du [...]. Aucune aggravation n'était d'ailleurs intervenue depuis leur analyse. Ainsi, de nouvelles investigations ne se justifiaient pas.

e) A l'occasion de déterminations déposées le 12 juillet 2019, l'assurée a confirmé ses conclusions et réitéré ses arguments concernant la faiblesse des conclusions du [...], respectivement du service médical de l'OAI. Elle invoquait la nécessité de procéder à une évaluation globale, évaluation dont l'office s'était fait l'économie.

C. a) Le 27 septembre 2019, le Juge instructeur a mis en œuvre une expertise judiciaire, confiée à l' [...] ([...]) du [...] ([...]).

b) Dans leur rapport d'expertise du 7 avril 2020, les Drs Z._____, spécialiste en médecine interne, C._____, spécialiste en neurologie, R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et Mme M._____, neuropsychologue, ont retenu les diagnostics de sclérose en plaques de forme poussées-rémissions, d'anorexie mentale atypique et d'ostéoporose densitométrique stable par rapport à décembre 2017. Les experts renaient une capacité de travail de 50% dans l'activité exercée jusqu'ici, soit une activité d'employée de commerce, respectivement d'employée de bureau. Cette capacité de travail résiduelle faisait suite à une incapacité de travail totale pour motif psychiatrique, intervenue lors de la décompensation de l'anorexie mentale en 2015, à partir du début de l'année et jusqu'à 8-9 mois après le début du traitement. Concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, les experts l'ont évaluée à 50% au minimum, au long cours, depuis la stabilisation neurologique après la 1^{ère} poussée de sclérose en plaques, soit depuis la fin du mois de

décembre 2015-début 2016 (hormis une courte période d'incapacité totale de travail durant la 2^{ème} poussée de sclérose en plaques).

c) Par courrier du 18 mai 2020, l'OAI a produit un avis médical SMR du 8 mai 2020 établi par le Dr K._____, contestant les conclusions des experts de l'Unité d'expertises médicales. Ce médecin retenait que l'appréciation d'une capacité de travail de 50% par les experts, différente de celle des experts [...] et de celle du neurologue traitant, était subjective et ne reposait sur aucune limitation fonctionnelle autre que neuropsychologique, l'atteinte neurologique se manifestant uniquement par des troubles neuropsychologiques légers. Pour le SMR, une incapacité de travail basée sur la diminution des performances cognitives en lien avec l'atteinte neurologique était compréhensible, au contraire de l'appréciation subjective des experts judiciaires, la capacité de travail de 50% n'étant fondée sur aucun élément objectif.

d) Le 28 mai 2020, l'assurée a adhéré aux conclusions du rapport d'expertise judiciaire et conclu en une incapacité de travail de 100% dans toute activité entre le 1^{er} janvier 2015 et le 19 janvier 2016, suivie d'une capacité de travail de 50% du 20 janvier 2016 à ce jour, sous réserve d'une nouvelle période où l'incapacité de travail s'est avérée totale entre le mois de décembre 2017 et le 4 février 2018, en raison de la seconde poussée de sclérose en plaques.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige a pour objet le droit de la requérante à une rente de l'assurance-invalidité.

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).

d) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

4. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. 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. 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 352 consid. 3b/aa et les références).

6. a) Dans un premier moyen, la recourante se prévaut d'un statut de personne active à 100%, réfutant un statut de ménagère à 20% si elle avait été en pleine santé.

b) La définition du statut d'un assuré est nécessaire afin de déterminer la méthode d'évaluation du taux d'invalidité, soit :

- la méthode ordinaire pour les assurés travaillant à temps plein avant l'atteinte à la santé (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI),
- la méthode « spécifique » pour les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une (art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI),
- la méthode mixte pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

Ainsi, pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge

de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées, notamment ATF 117 V 194 consid. 3b).

c) En l'espèce, il y a lieu de se rallier aux arguments de la recourante pour retenir un statut d'active à 100%. En effet, ce taux a été posé à l'occasion des premières déclarations (formulaire 531bis) ainsi qu'à l'occasion de l'enquête ménagère, qui certes retient un taux de 80% active, mais au minimum. A cette occasion, la recourante a rendu compte d'une situation financière difficile, ce qui l'a conduit à chercher à augmenter son temps de travail au maximum à la commune de [...], requête qu'elle avait également exprimé dans ce sens dans une précédente demande de chômage. On constate également que la recourante n'a pas d'enfant. Il est dès lors absolument vraisemblable qu'en bonne santé, elle aurait travaillé, respectivement travaillerait à plein temps.

7. Se pose ensuite la question de la capacité de travail et de gain de l'assurée, respectivement de la détermination de son degré d'invalidité, également disputée.

a) Afin de déterminer avec précision la capacité de travail de la recourante, respectivement en raison d'importantes divergences d'avis entre les médecins traitants en charge d'un suivi thérapeutique conséquent et les experts du [...], singulièrement concernant l'influence des diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, une expertise judiciaire a été mise en œuvre.

b) Dans leur rapport d'expertise judiciaire établi le 7 avril 2020, les experts [...] ont notamment retenu ce qui suit :

4.3. Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

La sclérose en plaques ne se traduit actuellement pas par un déficit neurologique objectif, au niveau moteur, sensitif ou des réflexes. Les limitations fonctionnelles sont donc essentiellement subjectives, avec des plaintes qui ne sont pas toujours bien systématisées, persistant entre les poussées de novembre 2015 et décembre 2017.

La fatigue représente une limitation fonctionnelle liée à la maladie neurologique. Les répercussions fonctionnelles de cette fatigue, élément subjectif, qu'il est difficile de mesurer, seront discutées par le biais des rubriques du mini-CIF-APP, afin d'évaluer l'impact de celles-ci dans les activités quotidiennes.

L'ostéoporose densitométrique, sans fracture, ne représente pas de limitation fonctionnelle.

L'anorexie mentale atypique est à considérer comme étant en rémission depuis qu'elle a été prise en charge après la décompensation de 2015. Le suivi par Dre I. T. _____ remonte à janvier 2015, avec une reprise pondérale jusqu'à 48 kg à fin 2015. En effet, avec le suivi psychiatrique entre janvier et octobre 2015 il y a eu une prise pondérale, avec un BMI passant de 15,5 à 16 kg/m² jusqu'à 17 kg/m² en automne 2015. Après les 8 à 9 mois de traitement, on peut considérer qu'il y a eu une rémission de l'anorexie mentale, rémission qui est toujours en cours.

Les limitations fonctionnelles de la fatigue se manifestant au niveau neuropsychologique sont une baisse légère des performances exécutives et attentionnelles. Sur la base des résultats quantitatifs de l'investigation neuropsychologique effectuée sur une durée de 1h45 et qui a montré des déficits légers, nous retenons une limitation de 10 à 20% dans toutes activités, personnelles ou professionnelles. L'impact neuropsychologique de la fatigue est léger. Les limitations neuropsychologiques sont une difficulté à gérer des situations de stress avec contraintes temporelles et les tâches multiples.

La description des limitations dans le quotidien de Madame A.L. _____ peut être évaluée à travers les domaines prédéfinis du mini-CIF-APP (impact de la fatigue, de l'anorexie mentale atypique en rémission notamment) :

Il n'y a pas de limitation dans l'adaptation aux règles et routines. Madame A.L. _____ gère l'ensemble de ses activités, les rendez-vous chez les médecins auxquels elle se rend seule, gère le planning de la semaine en ce qui concerne les activités ménagères. Elle a été bien insérée au niveau professionnel, sans montrer de difficulté relationnelle particulière.

La planification et la structuration des tâches est préservée, en l'absence de trouble thymique comme une dépression ou un trouble de la personnalité.

La flexibilité et les capacités d'adaptation sont préservées.

L'usage de compétences spécifiques est également préservé (activités professionnelles bien menées, activités de loisirs, bénévolat, enrichissantes). Si celles-ci ne sont plus possibles comme auparavant c'est en raison de la fatigue organique.

La capacité de jugement et de prise de décisions est conservée. Madame A.L. _____ n'est pas dépendante d'autrui pour la gestion de son quotidien, des rendez-vous médicaux ou autres. La capacité d'endurance est abaissée en raison de la fatigue liée à la sclérose en plaques. Il peut y avoir une légère baisse de la capacité d'endurance en lien avec le poids à la limite inférieure mais celui-ci est stable depuis 2015 dans des valeurs nettement meilleures qu'alors (BMI passé de 15,5 à 17,7 kg/m²).

L'aptitude à s'affirmer est préservée en l'absence d'un diagnostic psychiatrique tel qu'une dépression ou un trouble de la personnalité.

L'aptitude à établir des relations avec les autres est globalement préservée mais limitée en raison de la fatigue (activité de bénévolat essentiellement).

L'aptitude à évoluer au sein d'un groupe n'est pas diminuée.

L'aptitude à entretenir des relations proches est préservée (pas de conflit conjugal apparent).

L'aptitude à des activités spontanées est abaissée en raison de la fatigue, notamment Madame A.L. _____ a dû interrompre le vélo, le ski, la natation et l'équitation au niveau où elle les pratiquait auparavant. Elle garde par contre des activités telles que les cours de poterie et des activités équestres à but thérapeutique.

L'hygiène et les soins corporels de même que l'aptitude à se déplacer ne sont pas limités. Globalement, nous ne retenons pas de baisse uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie.

La fatigue qui se manifeste en partie par les troubles neuropsychologiques constatés, a des répercussions compréhensibles, acceptables à notre avis de l'ordre de 50% (au maximum) dans le quotidien de Madame A.L. _____ (fatigabilité dans les tâches ménagères, dans les activités de loisirs, essentiellement le sport et dans la possibilité d'entretenir les contacts sociaux (au niveau où elle le faisait avant le diagnostic de sclérose en plaques, incapacité partielle de travailler comme il sera décrit plus bas).

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Madame A.L. _____ a réalisé une bonne insertion psychosociale jusqu'en 2015. Il n'y a pas d'évidence de trouble de la personnalité qui aurait dû se manifester par des schémas relationnels dysfonctionnels avec souffrance subjective et altération du fonctionnement dans plusieurs domaines de la vie, tels que la sphère professionnelle, sociale et amicale, depuis l'âge de jeune adulte.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Madame A.L. _____ semble pouvoir s'appuyer sur de bonnes ressources personnelles. En effet, elle n'a pas de trouble de la thymie ni de trouble de la personnalité. Elle paraît également

pouvoir compter sur le soutien de son conjoint ainsi que sur un bon réseau social.

Les facteurs de surcharge sont représentés par la sclérose en plaques d'évolution incertaine, avec des poussées depuis novembre 2015. Cette maladie s'accompagne d'une fatigue organique de manière très prévalante, reconnue. On peut aussi tenir compte d'une certaine fragilité psychique. En effet, même s'il n'y a pas d'état dépressif constitué, pas de trouble de la personnalité, il faut considérer que l'anorexie mentale demeure en rémission après les 8 à 9 mois de traitement de 2015, que cette rémission est toujours en cours mais avec un traitement psychiatrique qui paraît toujours nécessaire.

4.6. Contrôle de cohérence

Nous n'avons relevé aucune incohérence dans le cadre de la présente expertise. Les anamnèses et les observations cliniques sont cohérentes, se recoupent entre celles de l'interniste, du psychiatre et du neurologue. Il n'y a pas de suspicion d'exagération des symptômes.

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Dans l'activité d'employée de commerce, employée de bureau, nous évaluons la capacité de travail à 50% au minimum. Il y a eu une incapacité de travail totale pour motif psychiatrique lors de la décompensation de l'anorexie mentale en 2015, à partir du début de l'année et jusqu'à 8 - 9 mois après le début du traitement. Depuis lors, au plan psychique la capacité de travail serait théoriquement de 100%. Toutefois, l'incapacité de travail totale s'est prolongée pour des motifs physiques, neurologiques depuis novembre 2015 en raison de la 1^{ère} poussée de sclérose en plaques avec hospitalisation au CHUV. Après la fin de l'hospitalisation, soit à partir de fin décembre 2015 - début 2016, la capacité de travail a été de 50% à notre avis, limitée en raison de la fatigue dans le cadre de la SEP. Cette capacité de travail persiste à ce jour.

En cas d'activité à 100% le rendement serait de 50%. Dans un travail à 50% il n'y aurait pas de baisse de rendement.

On retient des périodes d'incapacité de travail totale correspondant aux hospitalisations à [...] entre le 02.12.2015 et le 19.01.2016 et entre décembre 2017 et le 04.02.2018, correspondant à la 2^{ème} poussée de sclérose en plaques (avec hospitalisation de réadaptation à la Clinique [...]).

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

50% au minimum au long cours depuis la stabilisation neurologique après la 1^{ère} poussée de sclérose en plaques, soit depuis fin décembre 2015-début 2016 (hormis une courte période d'incapacité de travail pour la 2^{ème} poussée de sclérose en plaques).

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

Notre diagnostic rejoint celui du neurologue traitant Dr B. _____, à savoir une sclérose en plaques pour laquelle l'évolution, depuis

l'expertise [...] de 2017, montre qu'il y a eu 2 poussées soit à fin 2015 et fin 2017, la dernière étant donc postérieure à l'expertise [...]. La fatigue organique est un élément reconnu, admis, plausible dans le cadre du diagnostic de sclérose en plaques de forme poussées-rémissions. Les répercussions de ce symptôme sur la capacité de travail rejoignent globalement l'appréciation du Dr B._____ qui retenait une incapacité de travail de 40% au moins. Malgré la fragilité psychique de Madame A.L._____, nous ne pouvons pas rejoindre l'appréciation de la psychiatre traitante quant à une incapacité de travail totale pour motif essentiellement psychiatrique, en dehors de la période de 8 à 9 mois après le début du suivi psychiatrique chez elle pour décompensation d'une anorexie mentale (consultations à partir du 06.01.2015). L'expression de la fatigue au niveau neuropsychologique est légère. Les constatations neuropsychologiques ne permettent pas de donner plus de poids à une incapacité de travail de 50% pour le syndrome fatigue, même si celui-ci explique que Madame A.L._____ est plus lente dans ses activités de la vie quotidienne et a dû réduire ses loisirs, notamment le sport.

c) En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, cette dernière remplissant les réquisits que pose la jurisprudence en matière de valeur probante. En effet, elle résulte de la mise en place d'examen cliniques complets et d'une étude particulièrement fouillée du cas d'espèce. L'argumentation s'avère cohérente et débouche sur des conclusions dûment motivées. Ces dernières ont été discutées à l'occasion d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 17 mars 2020, en présence des Drs [...] (médecin superviseur), Z._____ et R._____, dans une approche à juste titre globale du cas de la recourante. Les rapports divergents des autres médecins ou experts ont été discutés et ont été intégrés dans les conclusions présentées. Par ailleurs, cette expertise remplit les exigences de la nouvelle jurisprudence concernant les affections psychologiques (cf. consid. 4). En effet, l'expert psychiatre et les autres médecins qui se sont livrés au consilium pluridisciplinaire ont analysé les ressources dont continue à disposer la recourante et les répercussions de ses troubles psychiques tant sur son activité professionnelle que sur ses activités extra-professionnelles (cohérence).

Par ailleurs, aucun élément au dossier ne permet de remettre valablement en doute les conclusions prises par les experts de l'Unité d'expertise médicale d' [...]. On peut effectivement se demander si le

SMR, soit le Dr K. _____ dans son avis médical du 8 mai 2020 a réellement lu avec toute l'attention requise le rapport d'expertise, en particulier son volet neurologique, pour exclure toute problématique neurologique de cette nature et ne retenir qu'un désordre neuropsychologique, alors même que l'expert neurologue expose clairement les limitations fonctionnelles liées au diagnostic de sclérose en plaques. En effet, ce dernier retenait notamment que la fatigue en lien avec cette pathologie ne dépendait ni du stade de la maladie, ni de la charge lésionnelle neuroradiologique. Comme le relèvent les experts, la fatigue organique est un élément reconnu, admis, plausible dans le cadre du diagnostic de sclérose en plaques de forme poussées-rémissions qui entraîne des effets concrets sur le quotidien de la recourante, ce dont l'anamnèse réalisée, rend précisément compte. Cette appréciation rejoint en outre celle du Dr B. _____, spécialiste reconnu, lequel retenait une incapacité de travail de 40% au moins, notamment dans son rapport médical du 14 juin 2018.

d) Ainsi, une incapacité de travail durable est intervenue à compter de janvier 2015. Une capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle de la recourante ou dans une activité adaptée, à hauteur de 50%, est ensuite reconnue dès le mois de janvier 2016.

8. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée. La capacité de travail de la recourante se confondant avec sa capacité de gain, elle a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2016, soit après l'échéance du délai d'attente d'une année déterminant pour l'ouverture du droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b LAI) et à l'échéance de la période de six mois à compter de la date à laquelle la recourante a fait tardivement valoir son droit aux prestations, soit le 6 décembre 2015 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). L'aggravation constatée lors de la deuxième hospitalisation de la recourante 8 janvier 2018 et le 4 février 2018 ne saurait influencer ses droits, dans la mesure où cette incapacité de travail totale a duré moins de trois mois (art. 88a al. 2 RAI).

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 7 al. 3 TFJAS (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; BLV 173.36.5.2), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs.

L'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 20 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que A.L. _____ est mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2016.

III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A.L. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :