

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 août 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante, représentée par Me Anne-Luce Julsaint
Buonomo, avocate à Gland,

et

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

Art. 6ss et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 17 et 28 LAI ; 27bis RAI

E n f a i t :

A. aa) L. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de deux enfants nés en [...] et [...], sans formation professionnelle, travaillait en tant que femme de ménage, à mi-temps et depuis le 1^{er} février 2011, auprès d'un ménage privé de la région [...] par le biais de « [...]», au [...] ([...]). Elle consacrait le restant de son temps libre à la tenue de son ménage. En arrêt de travail du 28 août au 5 novembre 2012, puis en incapacité de travail à 75 % depuis le 6 novembre 2012 (avec une tentative de reprise le 2 décembre 2012), elle a signé le 5 février 2013, à l'invitation de son assureur perte de gain, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et/ou rente) déposée le 28 février 2013. Elle y indiquait souffrir de problèmes depuis une (ré)opération des varices le 28 août 2012.

Sur le formulaire 531bis « DETERMINATION DU STATUT (PART ACTIVE / PART MENAGERE) » complété le 18 mars 2013, l'assurée, assistée de Me Anne-Luce Julsaint Buonomo, a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait au taux de 100 % depuis 2005 comme femme de ménage par nécessité financière.

Selon le questionnaire de l'employeur, complété le 19 mars 2013, pour son travail à 50 % (quatre heures par jour, respectivement vingt heures hebdomadaire), le revenu de l'assurée était de 1'721 fr. 85 par mois depuis le 1^{er} février 2011, correspondant à un salaire annuel de 20'662 fr. 20 (1'721 fr. 85 x 12).

bb) Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins consultés (rapport du 19 mars 2013 de la Dre W. _____, spécialiste en neurologie, et rapport du 4 avril 2013 du Dr T. _____, généraliste et médecin traitant). Ainsi, après une varicectomie le 27 octobre 2010 et une neurolyse des nerfs fémoral et fémoral cutané le 28 août 2012 sans effet

notable, un stimulateur médullaire devait être posé au CHUV le 2 mai 2013. L'assurée avait par ailleurs séjourné à l'Hôpital psychiatrique de [...], du 6 au 10 janvier 2011, sur un mode volontaire pour mise à l'abri d'idées suicidaires ; atteinte de dépression, dans le contexte d'un trouble de la personnalité mixte avec traits borderline et histrioniques, elle était décrite comme « très démonstrative » et « très ludique et manipulative » (rapport du 1^{er} février 2012 du psychiatre de liaison). Les médecins de l'Hôpital de [...] ont ainsi constaté que « lors de son admission, la patiente se montrait très démonstrative » (rapport de sortie du 26 octobre 2011). Aux termes d'un avis du 12 avril 2013, le Dr P. _____, généraliste auprès du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a estimé qu'en raison de ses douleurs inguinales, l'intéressée disposait d'une capacité de travail d'au maximum 25 % en tant que femme de ménage. Pour le médecin du SMR, la capacité de travail était toutefois totale dans une activité adaptée « à traduire en termes de métier », respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position assise ou debout prolongée et pas de port de charges, ni de marche de plus de quelques minutes.

Le 26 avril 2013, deux spécialistes en réinsertion professionnelle à l'OAI se sont entretenus avec l'assurée à son domicile. On extrait ce qui suit de la rubrique « 6. Observations (point de vue du conseiller) » de leur rapport initial d'intervention précoce rédigé le même jour :

“Mme L. _____ exprime un sentiment de vengeance prononcé, avec des scénarios de violence non dissimulés. On sent que ce sentiment d'injustice la ronge intérieurement et sa seule volonté exprimée réside dans le souhait de pouvoir redevenir comme avant ses opérations de varices. Elle paraît submergée par ses affaires administratives et financières et avoir peu de soutien de la part de son mari. Non encline à prendre soin d'elle actuellement, elle ne désire pas se faire hospitaliser, voulant continuer à prendre soin de ses enfants.

On sent clairement que la situation de Mme L. _____ se trouve dans une impasse et que son état de santé tant physique que psychologique ne lui permet pas, actuellement, d'entreprendre quelque mesure (socio)professionnelle. Seule la poursuite du suivi thérapeutique paraît aujourd'hui envisageable.”

Par communication du 2 mai 2013, l'OAI a refusé le droit à des mesures professionnelles en faveur de l'assurée dans l'attente de renseignements médicaux complémentaires.

Dans un rapport du 14 juin 2013 à l'OAI, le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie suivant l'assurée depuis janvier 2009, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité mixte (borderline histrionique ; F61) depuis l'adolescence. Il ressort ce qui suit de la rubrique « 1.4 Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels) » de ce rapport :

“Madame L._____ a fait un premier traitement dans notre cabinet de janvier 2009 à juin 2010. La patiente est la fille aînée d'une fratrie de 3 enfants, elle a deux sœurs jumelles cadettes. Elle est de nationalité portugaise et née en [...]. Décrit sa mère comme une personne douce, protectrice et gentille et le père comme quelqu'un de violent en paroles et en actes. Son père était alcoolique et la patiente a été un enfant battu. Pendant le début de l'adolescence, elle a subi 2 tentatives de viols, desquelles elle a pu s'échapper. La patiente a développé une crainte des hommes en général, ne peut plus sortir le soir et ne peut pas rester seule à la maison. A la fin de son adolescence elle rencontre son futur mari, tombe enceinte et avorte de peur d'affronter son père. A l'âge de 18 ans elle se marie, et le couple a deux garçons âgés actuellement de 11 et 19 ans. A l'âge de 24 ans la patiente a été hospitalisée au Portugal pour une probable dépression du post-partum. En 2004 la famille s'installe en Suisse chez une des sœurs jumelles. Quelques mois plus tard une violente dispute éclate avec sa sœur et cette dernière met Madame L._____ et sa famille à la porte. La patiente va commencer à travailler comme femme de ménage et son mari trouve une place dans le bâtiment. Elle vient en consultation pour la première fois surtout à cause de son surpoids. Elle présente des fortes crises d'hyperphagie, en plus on constate la présence d'un TDAH [trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité], pour ce l'utilisation du Concerta s'est avéré nécessaire. La patiente vient de subir une opération cardiaque (ablation d'un faisceau accessoire dans le cadre d'un syndrome Wolff-Parkinson-White) pour pouvoir utiliser cette médication. Une de ses demandes dans ce premier traitement est la stabilisation de l'humeur très labile. On observe chez la patiente un trouble mixte de la personnalité. En plus de la dramatisation des situations quotidiennes, elle supporte mal les frustrations et est émotionnellement très immature. Madame L._____ revient en consultation en janvier 2012 avec une aggravation du premier tableau clinique. Elle a subi en octobre 2010 une varicectomie qui a abouti à une neuropathie très douloureuse. Elle se plaint de fortes douleurs dans la jambe droite. La patiente a été hospitalisée à l'hôpital de [...] le 6.01.2011 avec des idées suicidaires. Elle avait le sentiment que personne ne croyait que sa situation était grave et qu'elle dramatisait. Avec l'aide du Dr T._____, son médecin

traitant, elle a rencontré un médecin neurologue qui va la convaincre de subir une deuxième chirurgie réparatoire en août 2011 [recte : 2012]. Ce qui va suivre est catastrophique. Madame est plus handicapée qu'avant et doit se déplacer avec des cannes. Son état émotionnel s'est sérieusement aggravé. Elle n'accepte pas sa situation physique, ne peut plus travailler et même les tâches ménagères à la maison lui sont pénibles. Son fils de 11 ans commence à s'inquiéter de l'état de santé de sa mère, va mal à l'école et a besoin d'une prise en charge thérapeutique lui aussi. Parallèlement à la thérapie de Madame, nous avons pris en consultation plusieurs fois Monsieur L._____ qui est dépassé par la situation. La situation financière du couple dégénère et tant que l'on n'aura pas trouvé un traitement antalgique pour la patiente, le pronostic psychologique est sombre et réservé, le fonctionnement de toute la famille est perturbé."

Mentionnant un pronostic réservé, le Dr E._____ était d'avis que la capacité de travail de l'assurée comme femme de ménage était nulle depuis 2010, étant précisé que la reprise d'un travail physique n'était envisageable que moyennant suppression de la douleur.

cc) Après avoir recueilli une copie du dossier médical complet de l'assurée (envois du 24 mai 2013 de l'Hôpital de zone de [...] et du 13 juin 2013 de l'Hôpital de [...]) ainsi que des nouveaux rapports des 22 juillet 2013 (Dr T._____), 20 août 2013 (Dre W._____) et 19 septembre 2013 (Dr E._____) - faisant état d'une totale incapacité de travail de l'assurée dans sa profession habituelle dans le contexte du refus de la pose d'un stimulateur médullaire par crainte d'une complication opératoire avec la persistance d'un état anxio-dépressif - puis requis le point de vue du SMR (avis du 6 janvier 2014 du Dr C._____, spécialiste en médecine du travail), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique de l'assurée au Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, lequel a établi son rapport le 28 juin 2014. Sur la base de son examen clinique du 19 juin 2014 et l'étude du dossier médical mis à sa disposition, cet expert n'a pas posé de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, retenant ceux non incapacitants de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et histrionique (F 61.0) depuis l'adolescence, et de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) depuis probablement 2009. Il a constaté une pleine capacité de travail dans toute activité depuis toujours, la profession usuelle de femme de ménage étant adaptée au plan psychique. Au status, l'expert F._____

a indiqué en particulier que « le début du contact est marqué par l'expression dramatique de douleurs et du handicap d'une expertisée qui accompagne ses propos de gesticulations vives et de pleurs par moments ». Dans sa discussion du cas, il a relevé que l'expertisée souffrait de « crises ponctuelles présentées de manière dramatique avec par exemple des idées suicidaires, suivies par une rémission rapide », avec la précision que ces crises « témoignent d'une labilité et hyper-expressivité émotionnelle à l'origine d'un théâtrisme, d'une expertisé[e] se sentant facilement blessée ». Il a en outre observé que l'assurée montrait des signes d'adoption d'un rôle d'invalidé rendant le succès de mesures de réadaptation professionnelle peu probable.

Egalement dans le cadre de l'instruction de la demande, après l'obtention d'un rapport du 14 novembre 2014 du Dr T. _____ - faisant part d'un état de santé toujours stationnaire, avec la persistance de douleurs et des limitations fonctionnelles justifiant, selon ce médecin, de tenir compte d'une capacité de travail de 25 à 30 % de sa patiente dans une activité adaptée -, et du point de vue des médecins du SMR (avis médical du 17 décembre 2014), l'OAI a mandaté le Dr J. _____, spécialiste en neurologie, pour la réalisation d'une expertise médicale de l'assurée. Sur la base de son examen clinique du 22 mai 2015 et la lecture du dossier médical mis à sa disposition, cet expert a retenu le diagnostic non incapacitant d'hypo-dyesthésie dans le territoire du nerf génito-fémoral et du nerf ilio-hypogastrique droit, isolée, après cure de varices en 2010. Il a constaté une pleine capacité de travail dans toute activité depuis toujours, avec la précision que « l'état psychique avec les éléments histrioniques et démonstratifs est au premier plan, et envahi toutes les activités de cette patiente » (rapport d'expertise du 9 juin 2015 pp. 5-6). Il a constaté que l'assurée se présentait globalement de façon assez spectaculaire, avec une démarche quasi d'équilibriste en raison d'une boiterie accentuée à l'extrême.

Après avoir requis le point de vue du SMR (rapport du 25 juin 2015 de la Dre A. _____, spécialiste en chirurgie), l'OAI a, par projet de décision du 30 juin 2015, informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa

demande de prestations, au motif qu'en l'absence d'« atteinte à la santé au sens de l'AI », l'activité habituelle était exigible de sa part au taux habituel.

Le 28 août 2015, l'assurée, par son avocate, a contesté ce projet. Elle s'étonnait de la pleine exigibilité retenue dans toute activité en demandant la réalisation d'un test de la personnalité MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Elle a remis, le 19 octobre 2015, un rapport non daté du Dr E._____ faisant état d'une symptomatologie dépressive qui s'était dégradée au fil du temps nécessitant une hospitalisation d'urgence à l'Hôpital de [...] pour mise à l'abri d'idées suicidaires.

dd) Après avoir recueilli un rapport du 13 novembre 2015 des médecins de l'Hôpital de [...], puis requis le point de vue du SMR (avis du 7 décembre 2015 des Drs A._____ et G._____) dans le cadre de la procédure d'audition, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise médicale bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de l'assurée au S._____ SA (ci-après : le S._____), à [...]. Dans leur rapport du 18 juillet 2016, consécutif à des examens cliniques effectués le 6 juin 2016, les Dres Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, et I._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont posé les diagnostics suivants :

*"1.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?*

- Trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et histrionique existant depuis l'adolescence : F61.0
- Trouble anxieux et dépressif mixte : F41.2
- Perturbation de l'activité et de l'attention : F90.0

Au cumul de ceux-ci, les diagnostics deviennent incapacitants.

*1.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?*

- Hypo-dysesthésie dans le territoire du nerf génito-fémoral et du nerf ilio-hypogastrique droit
- Status postcure de varices en octobre 2010
- Lombalgies chroniques communes

- Discrète périarthrite scapulo-humérale droite sur tendinopathie du sus-épineux
- Obésité (BMI à 39.79 kg/m²)
- Trouble moteur dissociatif : F44.4
- Trouble somatoforme douloureux persistant : F45.4”

Les limitations fonctionnelles retenues étaient la fatigabilité, perturbation de la capacité d’attention de l’expertisée, ralentissement psychomoteur et résistance au stress limitée. Lors des examens cliniques au S. _____ il a notamment été constaté une expertisée qui « s’est levée très péniblement, démonstrativement de la salle d’attente pour se rendre à la salle d’examen » et qui « persiste dans une attitude démonstrative, et par moments, théâtrale », chez laquelle existe une « démonstrativité marquée, avec tendance à souligner de façon insistante, voire dramatique, ses différentes problématiques ». Au titre des conclusions, les Dres Z. _____ et I. _____ ont notamment fait part des éléments suivants :

“Sur le plan rhumatologique, les plaintes de Madame L. _____ sont inchangées, superposables aux plaintes qu’elle a relevées depuis sa première intervention pour varices en octobre 2010. Il s’agit de douleurs, de paresthésies et dysesthésies concernant la région inguinale et la face antéro-externe de la cuisse droite. S’y sont rajoutées des douleurs lombaires, très modérées, de type mécanique et des douleurs très modérées de l’épaule droite lorsqu’elle marche avec ses cannes.

L’examen ostéoarticulaire rachidien est dans les limites de la norme, avec une mobilité dorso-lombaire conservée et l’absence de toute contracture musculaire paravertébrale. L’examen de l’épaule droite présente des discrets signes en faveur d’une tendinopathie du tendon du muscle sus-épineux. L’examen neurologique ne montre pas d’autres signes de déficit sensitif que l’hypo-dysesthésie dans le territoire du nerf génito-fémoral et ilio-hypogastrique droit connu, qui comme l’avait relevé l’expert en neurologie, le Dr J. _____, lors de son expertise en juin 2015, n’ont pas d’influence sur la capacité de travail.

L’investigation de la colonne lombaire et des sacro-iliaques du 31.03.2014 objective des troubles dégénératifs, avec une discopathie très modérée L5-S1, sans signe de conflit disco-radulaire.

Il n’y a pas d’anamnèse, ni de clinique ou d’image radiologique en faveur d’une étiologie rhumatismale inflammatoire/immunologique.

En conclusion, l’examen sur le plan rhumatologique est strictement dans les limites de la norme. Les lésions dégénératives lombaires

radiologiquement observées sont très modérées. D'ailleurs, les plaintes lombalgiques de l'examinée sont très modérées.

Madame L._____ présente des lombalgies communes, troubles dégénératifs modérés et une hypo-dysesthésie du territoire génito-fémoral et ilio-hypogastrique droit, une discrète périarthrite scapulo-humérale de l'épaule droite. L'importante obésité présentée par l'assurée est un facteur défavorisant tant sur son rachis que les autres articulations, rend ses déplacements difficiles, l'empêche de se plier en avant ou de se mettre à genoux avec aisance. Une perte pondérale serait souhaitable.

Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail de Madame L._____ est entière dans son ancienne activité professionnelle comme dans toute autre activité, sans limitations fonctionnelles particulières.

La présence de 4/5 signes de non-organicité de Waddell suggère une composante subjective à la symptomatologie algique.

Sur le plan psychique, nous sommes confrontés à une personne dont le comportement démonstratif, théâtral et dramatique est au premier plan.

Si une majoration des troubles douloureux et une péjoration de la marche sont apparus après la seconde intervention chirurgicale du 28.08.2012 qu'elle vit comme un échec, on relève différents troubles psychiques de longue date.

[...]

Actuellement, on observe :

Une symptomatologie dépressive et anxieuse dont l'amélioration amorcée à la clinique psychiatrique de [...] en 2015 (seule une hospitalisation à la Clinique psychiatrique de [...] n'a été effectuée selon les informations de l'administration de la Clinique ; celle du 06 au 10 janvier mentionnée dans la discussion du rapport SMR avait eu lieu en 2011) persiste grâce à un suivi strict. Bien que la symptomatologie anxieuse et dépressive se comprenne partiellement vu la situation de l'expertisée et que le comportement démonstratif de l'expertisée compromette la qualité de l'évaluation, nous poserons quand même un diagnostic de : Trouble anxieux et dépressif mixte : F41.2.

Vu que l'expertisée présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans que l'intensité des uns et des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé, accompagnés de plusieurs symptômes neurovégétatifs.

On ne retiendra pas le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbations mixtes des émotions et des conduites : F43.25 en raison du temps écoulé depuis l'intervention chirurgicale.

Le trouble de la personnalité, en revanche, apparaît comme sévère.

Si l'expertisée a pu mener à bien son activité de responsable dans une entreprise de textile au Portugal malgré la présence de son

trouble de la personnalité, force est de constater qu'actuellement le trouble de la personnalité est décompensé.

On retiendra donc un diagnostic de : Trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et histrionique existant depuis l'adolescence : F61.0.

Le diagnostic de THADA, amélioré par un traitement de Concerta est difficilement objectivable mais doit également être retenu : Perturbation de l'activité et de l'attention : F90.0.

On relèvera toutefois que Madame L._____ relève une amélioration de sa concentration grâce au Concerta alors que les analyses de sang relèvent un dosage inférieur au taux thérapeutique.

En raison des troubles moteurs avec difficultés à se mobiliser sans argument en faveur d'un trouble physique pouvant rendre compte des symptômes, mais avec des arguments en faveur d'une origine psychologique et vu la relation temporelle entre la survenue du trouble et celle de l'événement stressant, à savoir l'intervention chirurgicale, nous évoquerons un : Trouble moteur dissociatif : F44.4 tout en relevant l'amendement partiel des symptômes conversions décrits au cours de la dernière hospitalisation.

Il est vraisemblable que le trouble de la personnalité ait favorisé le développement du trouble moteur dissociatif.

Un trouble moteur dissociatif est à analyser comme un trouble somatoforme, diagnostic que [nous] retiendrons, par ailleurs, également au vu du tableau douloureux sans cause somatique objectivable : Trouble somatoforme douloureux persistant : F45.4.

Il existe en effet des éléments de nature émotionnelle et psychosociale, suffisamment importants au cours de son enfance pour créer chez elle un sentiment de détresse.

Comme mentionné ci-dessus, on observe plusieurs problématiques psychiatriques et un trouble de la personnalité pouvant entraîner des comportements dysfonctionnels.

On relève au cours de l'entretien quelques troubles des fonctions supérieures, un jugement parfois altéré avec une impression d'être victime, un mauvais contrôle des pulsions et des affects ainsi qu'une intolérance à la frustration. La perception de soi et des autres est par moment inadéquate avec une tendance à la projection.

Si l'expertisée a pu faire preuve d'adaptation, elle n'est aujourd'hui pas capable d'assurer par exemple la prise régulière de son traitement qui doit être donné quotidiennement par des infirmières.

La prise en charge médicale est adéquate.

Le traitement médicamenteux est adéquat mais doit être donné quotidiennement par le CMS pour que l'expertisée le prenne adéquatement ; les examens de laboratoire relèvent la cohérence

entre les dosages prescrits et les résultats sanguins sauf pour le Concerta.

Les ressources de l'expertisée sont actuellement très limitées dans le sens où celle-ci n'arrive pas à les mobiliser.

Sa vie sociale est également limitée. Madame L._____ a peu d'amis. Convaincue que les gens n'aimeraient pas parler avec une *femme aussi dépressive et folle qu'elle* et *convaincue d'être trop grosse*, elle sort peu et a peu de contacts avec les gens.

Elle bénéficie toutefois de ressources extérieures ; elle peut en effet compter sur ses proches bien qu'elle craigne qu'ils s'épuisent.

On relève des discordances entre certains propos de l'expertisée et ce que nous pouvons lire dans le dossier en raison principalement des difficultés de Madame L._____ à recentrer et à restituer certains éléments. On constate aussi des oublis importants, par exemple le trouble de l'attention et l'hyperactivité de son fils mentionné[s] dans le dossier médical.

L'aspect théâtral de l'expertisée masque certains éléments qu'elle évoque et que l'expert ne peut donc objectiver sans pour autant qu'il s'agisse de discordance.

Un trouble dissociatif n'est pas incapacitant.

Un trouble anxieux et dépressif n'est pas incapacitant non plus. Nous relevons par ailleurs une amélioration de l'état thymique de l'expertisée. Dès lors, nous ne retiendrons plus d'incapacité de travail en raison d'un trouble de l'humeur comme cela a pu être le cas lorsque l'expertisée présentait un trouble dépressif moyen ou sévère. Nous préciserons toutefois que la fatigabilité de l'expertisée qui la limite en effet est multifactorielle (trouble anxio-dépressif, perturbations variables du sommeil, impact médicamenteux) et ne résulte pas que de cette problématique.

Le THADA n'a pas empêché Madame L._____ de travailler préalablement et n'est de ce fait pas incapacitant.

Le trouble de la personnalité n'a pas empêché l'expertisée de travailler préalablement non plus.

Au cumul de ces diagnostics, la situation se péjore toutefois notamment en raison de la décompensation actuelle du trouble de la personnalité.

Nous ne pouvons évaluer l'incidence du THADA sur cette décompensation, mais il est vraisemblable qu'il puisse rendre l'équilibre encore plus précaire et majorer l'impulsivité de l'expertisée, et cela d'autant plus que le Concerta ne semble pas être pris en doses suffisantes. La digression de son discours et son besoin de revenir sur ses propos même si de réels troubles de l'attention n'ont pas été objectivés. S'il n'est pas incapacitant intrinsèquement, il le devient par interférence sur des autres problématiques psychiques.

Si nous n'avons pas d'objection relative aux conclusions du premier expert psychiatre, force est de constater que l'évolution se péjore.

Au vu de l'association de ces troubles psychiques et surtout de la décompensation du trouble de la personnalité, nous retiendrons une diminution de rendement de 20% en raison de la fatigabilité d'étiologie diverse influençant la capacité d'attention de l'expertisée, ses activités et générant parfois des difficultés cognitives. Nous relevons également comme limitations fonctionnelles une résistance au stress limitée et un ralentissement psychomoteur. Le trouble de la personnalité présenté par l'expertisée peut, par ailleurs, conduire à une restriction de sa capacité à élaborer les situations conflictuelles interpersonnelles.

L'intensité du traitement psychique actuel, à savoir une séance par semaine de psychothérapie avec son psychologue, deux séances par semaine de physiothérapie, une séance d'ergothérapie par semaine et une séance d'entretien psychothérapeutique avec son psychiatre par mois est importante. Ce suivi permet de maintenir un certain équilibre et de contenir la situation. Il semble avoir fait ses preuves selon ses thérapeutes. Il impacte toutefois le taux de présence de l'expertisée dans une activité professionnelle.

Vu la diminution de rendement et du taux de présence de l'expertisée, on retiendra une capacité de travail de 70% avec une diminution de rendement de 20%.

Cette situation sera néanmoins à réévaluer d'ici environ deux ans, vu la stabilisation potentielle du trouble de la personnalité laissant envisager une diminution de l'intensité du traitement."

Les expertes ont ajouté que depuis 2012, après la seconde intervention chirurgicale, l'évolution psychique avait été fluctuante générant des incapacités de travail variables entrecoupées de périodes de capacité totale que l'on ne pouvait toutefois pas quantifier précisément.

ee) Après avoir requis le point de vue du SMR revoyant à la baisse l'exigibilité médicale sur la base des derniers éléments recueillis au dossier (avis « Audition » du 19 août 2016 de la Dre A. _____), l'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du 26 janvier 2017, consécutif à une entrevue le jour précédent avec l'assurée à son domicile, l'enquêtrice a retenu un statut de 60 % active - 40 % ménagère de l'intéressée et mis en évidence une entrave de 34.4 % dans l'accomplissement des travaux habituels.

ff) Par projet de décision du 13 juillet 2017 - qui annule et remplace le précédent projet du 30 juin 2015 -, l'OAI a informé le conseil

de l'assurée qu'il entendait refuser sa demande de prestations, motif pris que le degré d'invalidité (13.76 %), calculé d'après la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, était insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Ses constatations étaient les suivantes :

“Selon nos observations, l'assurée exercerait une activité de femme de ménage à 60% si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Les 40% restants correspondent à ses travaux habituels dans la tenue de son ménage.

Pour des raisons de santé, elle présente une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 28 août 2012. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 28 août 2013 et après un examen complet de son dossier, nous constatons que la capacité de travail de l'assurée est de 70% avec une diminution de rendement de 20% dans toute activité adaptée à son atteinte. L'activité de femme de ménage est adaptée au vu des limitations fonctionnelles.

Pour déterminer le degré d'invalidité, nous devons évaluer le préjudice économique.

Pour ce faire, il convient de comparer le revenu que l'assurée aurait pu réaliser en bonne santé, soit CHF 24'864.60 (selon rapport employeur, élevé à 60%) avec celui auquel elle peut prétendre dans une activité adaptée à son atteinte.

Dans sa situation, étant donné qu'elle n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer le revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 24'795.00 en 2013 à 60% et en tenant compte d'une diminution de 20%.

Par ailleurs, après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation), nous estimons qu'aucun abattement n'est justifié dans son cas. En effet, les limitations fonctionnelles ont déjà largement été prises en compte dans le cadre de la diminution de rendement retenue également sur un taux de 60%.

Au vu de ce qui précède, il n'existe aucun préjudice économique dans la part active.

Par ailleurs, il ressort de l'enquête réalisée au domicile de l'assurée que ses empêchements dans la tenue de son ménage s'élèvent à

34.4% (sur un taux de 100%), ce qui correspond à des empêchements de 13.76%, ce qui ne donne pas droit à une rente.

S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci existe si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessite pas de formation particulière, le manque à gagner durable est encore de 20% au moins, ce qui n'est pas le cas au vu des indications qui précèdent. Ce droit doit dès lors également lui être nié."

Les 14 septembre et 29 novembre 2017, l'assurée, par son conseil, a fait part de ses remarques sur ce projet. S'estimant totalement incapable de travailler, elle a remis un rapport du 22 novembre 2017 relatif à un examen neuropsychologique pratiqué le 15 novembre 2017 par la psychologue FSP Q._____ ; il y est fait mention d'un dysfonctionnement exécutif sévère, d'une attention fluctuante, de faibles capacités d'apprentissage en mémoire épisodique, d'une dyspraxie constructive et d'une dyscalculie.

Après avoir requis le point de vue du SMR (avis « audition » du 22 janvier 2018 de la Dre A._____), l'OAI a, par décision du 10 décembre 2018, rejeté la demande de prestations de l'assurée. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, il estimait que son projet du 13 juillet 2017 reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

B. L._____, représentée par Me Anne-Luce Julsaint Buonomo, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 31 janvier 2019, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants. La recourante a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise S._____ et se plaignant de la non-prise en compte du rapport du 22 novembre 2017 de la psychologue consultée. Ce faisant, elle a contesté la capacité de travail de 70 % avec une diminution de rendement de 20 % dans toute activité, dont la profession habituelle, retenue par l'OAI. A titre de mesures d'instruction, elle a sollicité son

audition personnelle ainsi qu'en tant que témoins du Dr E._____ et de la psychologue spécialiste en addictologie FSP X._____.

Dans sa réponse du 21 mars 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise S._____, estimant que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Le 2 mai 2019, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions, la recourante a en outre requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise médicale par le tribunal.

Dans sa duplique du 24 mai 2019, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

C. Par décision du 21 février 2019, L._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 janvier précédent. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires moyennant le paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr., dès et y compris le 1^{er} avril 2019. Un avocat d'office en la personne de Me Anne-Luce Julsaint Buonomo lui a été désigné.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la capacité de travail et le degré d'invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme 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 et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne

droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Au cours des dernières années, la jurisprudence a plus particulièrement 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 (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 49).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a toutefois modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place

de l'ancien catalogue de critères (cf. ATF 141 V 281 consid. 4 s). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7).

Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2).

Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (cf. TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 avec les références citées).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des

circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1).

Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'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 déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit 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 s'agit également de tenir 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 - étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a un recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la

provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. art. 61 let. c LPGA). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. En l'espèce, l'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures professionnelles, au motif que la recourante bénéficie, au terme du délai légal d'attente, d'une capacité de travail de 70 % avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée telle celle habituelle de femme de ménage. Retenant un statut de 60 % active et de 40 % ménagère, avec la mise en évidence d'une entrave de 34.4 % dans l'accomplissement des travaux habituels, le degré d'invalidité serait de 13.76 %.

De son côté, la recourante conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle, respectivement présenter un taux d'invalidité, tels que

pris en compte par l'intimé dans sa décision. Elle critique d'une part le caractère probant de l'expertise S. _____ qui, à ses yeux, ne satisfait pas aux standards requis par la jurisprudence en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux. D'autre part, elle reproche à l'intimé de ne pas avoir correctement instruit son dossier en ne tenant, à tort, pas compte du diagnostic posé par la psychologue consultée à la mi-novembre 2017.

a) L'expertise bidisciplinaire S. _____ retient, au plan psychique, un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et histrionique (F61.0) depuis l'adolescence et une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0). Sans répercussion sur la capacité de travail, il est constaté un trouble moteur dissociatif (F44.4) ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux persistant (F45). L'experte psychiatre (la Dre I. _____) estime, avec sa co-experte (la Dre Z. _____), qu'en raison du cumul de ces atteintes psychiques, et surtout de la décompensation du trouble de la personnalité, depuis 2012, la capacité de travail est de 70 % avec une diminution de rendement de 20 % en raison de la fatigabilité d'étiologie diverse influençant la capacité d'attention de l'assurée, ses activités et générant parfois des difficultés cognitives, le tout dans le contexte d'une évolution fluctuante ponctuée par l'alternance de périodes d'incapacité de travail et de capacité de travail totales. Les limitations fonctionnelles à respecter sont les suivantes : fatigabilité, perturbation de la capacité d'attention, ralentissement psychomoteur, résistance au stress limitée et difficultés dans le travail en équipe. Cette expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, après la description du fonctionnement, respectivement des ressources, de la recourante. De surcroît, la description du contexte médical faite par la Dre I. _____ et son appréciation de la situation médicale sont claires. En effet, elle a expliqué que malgré son trouble de la personnalité depuis l'adolescence la recourante a fait preuve d'adaptation par le passé lui permettant de mener à bien son activité de responsable dans une entreprise de textile au Portugal mais qu'actuellement, ses ressources sont très limitées dans le sens où elle n'arrive pas à les mobiliser, et ceci malgré une prise en

charge adéquate. Dans le même sens, l'experte psychiatre a considéré que l'assurée présente une vie sociale également limitée mais qu'elle bénéficie toutefois de ressources extérieures (en l'occurrence, l'aide de ses proches) avec des discordances entre certains de ses propos et les éléments au dossier en raison principalement des difficultés de l'intéressée à recentrer et restituer certains éléments. A cet égard, l'experte a indiqué que « l'aspect théâtral de l'expertisée masque certains éléments qu'elle évoque et que l'expert ne peut donc objectiver sans pour autant qu'il s'agisse de discordance » (expertise S. _____ pp. 37-39). Sur ce point, il est le lieu de relever que le côté démonstratif, théâtral et manipulateur de la recourante ressort de plusieurs pièces au dossier. Ainsi, celle-ci était décrite comme « très ludique et manipulative » par le psychiatre de liaison (pièce 17 p. 73). Les médecins de l'Hôpital de [...] ont constaté que « lors de son admission, la patiente se montrait très démonstrative » (pièce 27 p. 181). Le Dr E. _____ a noté, dans son anamnèse, une « dramatisation des situations quotidiennes », l'assurée supportant mal les frustrations et étant émotionnellement immature (pièce 28). Quant à eux, les spécialistes en réinsertion professionnelle à l'OAI qui se sont entretenus avec elle à son domicile le 26 avril 2013 ont noté un sentiment d'injustice qui la rongait intérieurement (pièce 23 p. 98). Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 28 juin 2014, le Dr F. _____ a, de son côté, indiqué que « le début du contact est marqué par l'expression dramatique de douleurs et du handicap d'une expertisée qui accompagne ses propos de gesticulations vives et de pleurs par moments ». Cet expert a relevé que la recourante souffre de « crises ponctuelles présentées de manière dramatique avec par exemple des idées suicidaires, suivies par une rémission rapide », avec la précision que ces crises « témoignent d'une labilité et hyper-expressivité émotionnelle à l'origine d'un théâtrisme, d'une expertisé[e] se sentant facilement blessée » (pièce 59). Lors des examens au S. _____ il a été constaté une expertisée qui « s'est levée très péniblement, démonstrativement de la salle d'attente pour se rendre à la salle d'examen » et qui « persiste dans une attitude démonstrative, et par moments, théâtrale », chez laquelle existe une « démonstrativité marquée, avec tendance à souligner de façon insistante, voire dramatique, ses différentes problématiques ». S'agissant

de l'aspect théâtral de la recourante relevé, l'expertise S._____ ne considère toutefois pas ce comportement comme un motif d'exclusion, de sorte qu'il n'y pas lieu d'admettre une exagération qui conduirait d'emblée à nier une justification pour une rente d'invalidité ; en revanche, les effets des atteintes devront être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération.

Contrairement à ce que soutient la recourante, la Dre I._____ a mis en évidence suffisamment de constatations cliniques et de circonstances permettant d'admettre la valeur probante de son appréciation relative à une capacité résiduelle de travail de 70 %, avec une diminution de rendement de 20 %, depuis 2012, dans une activité adaptée telle celle usuelle de femme de ménage.

En effet, on observera tout d'abord que les diagnostics ont été posés en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) et au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR), à la lumière des éléments cliniques constatés et moyennant des indications claires sur le degré de gravité des symptômes et sur les limitations fonctionnelles inhérentes à ces atteintes.

Concernant les indicateurs du degré de gravité fonctionnelle, l'experte psychiatre a dûment tenu compte de l'intensité des manifestations concrètes des atteintes à la santé diagnostiquées, relevant qu'« au cumul de ces diagnostics, la situation se péjore toutefois notamment en raison de la décompensation du trouble de la personnalité ». Qualifiant la prise en charge d'adéquate, son analyse prend en compte le succès partiel d'un traitement dispensé dans les règles de l'art, et sans mettre en lien les troubles de l'assurée avec un échec thérapeutique ; en particulier, il a été relevé le peu de cohérence entre les plaintes de l'assurée et le traitement psychiatrique actuel qui permet le maintien d'un certain équilibre et de contenir la situation. S'agissant de l'analyse des comorbidités, l'experte n'a signalé aucune atteinte dont les effets auraient pu se faire sentir en parallèle aux troubles

psychiques diagnostiqués. Enfin, au niveau des ressources pouvant être tirées du contexte social, il est ressorti de l'évaluation de l'experte la plainte d'une incapacité de travail totale et une vie quotidienne somme toute préservée, malgré des ressources limitées dans le sens où l'assurée n'arrive actuellement pas à les mobiliser.

Concernant les indicateurs de la cohérence, l'experte psychiatre a estimé que compte tenu des diagnostics retenus, l'assurée offrait de manière globale un tableau clinique cohérent. Il a néanmoins été relevé une tendance à l'amplification ou à la majoration des symptômes par l'intéressée, qualifiée d'« aspect théâtral ».

Sans se référer scrupuleusement au cadre institué par la « *Mini-ICF-Rating für psychische Störungen* » (Mini-ICF-APP) pour évaluer les ressources et limitations de l'assurée, l'experte psychiatre a considéré que les troubles mis en évidence, et en particulier celui de la personnalité, n'avaient pas empêché l'intéressée de travailler préalablement et, que depuis 2012, après la seconde intervention chirurgicale, l'évolution psychique avait fluctué générant des incapacités de travail variables entrecoupées de périodes de capacité totales (ce qui ressort du dossier). Dans ce contexte, il a été constaté une capacité de travail partielle devant être réexaminée dans deux ans. Ce faisant, l'experte a procédé à une appréciation pondérée des différents indicateurs entrant en considération.

Compte tenu de ce qui précède, la recourante et les pièces au dossier ne donnent aucun élément permettant de remettre en cause les conclusions de l'experte psychiatre du S._____. Dans le contexte d'une péjoration survenue dans l'intervalle, ces conclusions ne contredisent en particulier pas celles du Dr F._____ qui, deux ans plus tôt et sans poser de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail mais retenant ceux non incapacitants de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et histrionique (F 61.0) depuis l'adolescence, et de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) depuis probablement 2009, avait constaté une pleine capacité de travail de l'assurée dans toute

activité depuis toujours, la profession usuelle de femme de ménage étant adaptée au plan psychique.

b) Sur le plan somatique, posant les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, suivants : hypo-dyesthésie dans le territoire du nerf génito-fémoral et du nerf ilio-hypogastrique droit, status postcure de varices en octobre 2010, lombalgies chroniques communes, discrète périarthrite scapulo-humérale droite sur tendinopathie du sus-épineux, obésité (BMI à 39.79 kg/m²), la Dre Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, a estimé que la capacité de travail était entière dans toute activité, sans limitations fonctionnelles. L'experte rhumatologue du S._____ a en effet décrit un examen ostéo-articulaire strictement dans les limites de la norme, les lésions dégénératives lombaires radiologiquement observées étant très modérées. L'examen neurologique était aussi inchangé et superposable à celui du Dr J._____ (rapport d'expertise du 18 juillet 2016 p. 36) ; l'experte rhumatologue s'est dès lors ralliée à l'avis de cet expert neurologue.

Cela étant précisé, il y a lieu de considérer que l'état de santé est stable même si les expertes du S._____ ont préconisé de revoir la situation dans deux ans ; à cet égard, et comme déjà signalé plus haut, les expertes étaient d'avis qu'une évolution favorable était possible dans les deux ans, compte tenu de l'état décompensé actuel ; or, aucun signe d'amélioration n'a été rapporté ni même allégué. Le rapport de l'examen « succinct » réalisé par la psychologue FSP Q._____ consultée et auquel se réfère la recourante dénote, certes, une appréciation différente de l'état de santé, ce qui se traduit dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, mais est insuffisamment motivé pour remettre en doute les appréciations des experts successivement appelés à se prononcer par l'assurance-invalidité. Ces experts sont des médecins spécialistes et qui ont fait une étude détaillée tenant compte de l'attitude démonstrative de la recourante ; en effet, on retrouve le manque de fiabilité du comportement de l'intéressée lors des examens (hésitations étonnantes, des scores trop bas) et dont la psychologue ne tire aucun

argument ; dans ces circonstances, ses conclusions ne sauraient se voir accorder une valeur probante, susceptible de remettre en cause les conclusions claires et étayées des expertes du S._____. Les données médicales permettent une appréciation plus objective du cas et l'emportent ici sur les constatations faites à l'occasion de l'examen de la psychologue influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la recourante durant l'examen. En outre, si la Dre I._____ avait retrouvé au cours de l'entretien quelques troubles des fonctions supérieures (des oublis, des troubles de l'attention, un ralentissement psychomoteur), ceux-ci auraient pu être mis en relation avec la décompensation de l'atteinte psychiatrique en cours, une surcharge de l'importante médication anxiolytique normalement prise, le très faible niveau de scolarité, comme, d'ailleurs la psychologue le mentionne aussi. Les atteintes neuropsychologiques ont donc déjà été prises en considération lors de la dernière expertise psychiatrique lors de laquelle seule une diminution de la capacité de travail, et non pas une totale incapacité de travail, a été retenue par les expertes du S._____ (cf. en ce sens, l'avis SMR du 22 janvier 2018 de la Dre A._____). De ce point de vue également, l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée par les expertes doit être suivie.

c) Aussi convient-il de constater qu'à l'échéance du délai d'attente légal d'un an, soit en l'occurrence le 28 août 2013, la recourante bénéficie d'une capacité de travail résiduelle de travail de 70 % avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telle la profession habituelle de femme de ménage.

Il reste à ce stade à examiner l'évaluation du préjudice économique de la recourante effectuée par l'intimé.

5. a) Sous l'angle de la détermination du degré d'invalidité, la recourante ne critique pas, et à juste titre, les conclusions de l'enquête économique sur le ménage mise en œuvre par l'intimé, qui a retenu un

statut de 60 % active - 40 % ménagère et conclu à un empêchement de 34,4 % dans les travaux ménagers.

b) Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

Selon la jurisprudence, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques - soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne pouvait pas être déterminé avec suffisamment de précision -, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 ; TF 9C_962/2017 du 12 mars 2018 consid. 5 ; TFA I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3).

c) L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 s. de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références citées).

d) Dans la mesure où la décision litigieuse est intervenue après l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2018, de la nouvelle du 1^{er} décembre 2017 modifiant le RAI, mais qu'elle porte sur une période antérieure également, à cet égard, il convient de distinguer la situation qui prévalait jusqu'au 31 décembre 2017 de celle qui a cours depuis le 1^{er} janvier 2018. Selon la jurisprudence, il y a lieu en effet d'appliquer, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 137 V 334 consid. 4.1, 136 V 24 consid. 4.3 et 129 V 1 consid. 1.2 et les références citées).

aa) Jusqu'au 31 décembre 2017, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir effectivement dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) était comparé au revenu qu'elle pouvait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain - était comparé au gain hypothétique qu'elle pouvait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap. Lorsque la personne assurée continuait à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subissait pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail était plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exerçait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1 et les références).

bb) Depuis le 1^{er} janvier 2018, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) n'est plus déterminé sur la base du revenu effectivement réalisé, mais est

désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (art. 27bis al. 3 let. a RAI).

e) Au vu de la modification de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité intervenue au 1^{er} janvier 2018, il convient de procéder en l'espèce à une double comparaison.

En l'occurrence, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé (abattement) ne se justifie pas dès lors que les limitations fonctionnelles ont déjà largement été prises en compte dans le cadre de la diminution de rendement retenue de 20 %.

aa) Pour la période du 28 août 2013 au 31 décembre 2017, avec un statut de 60 % active, une incapacité de travail initialement fixée à 30 % et une diminution de rendement de 20 % – qui n'apparaît pas critiquable (cf. consid. 4c supra) – sur le revenu d'invalidé, le taux d'invalidité se calcule en appliquant la diminution de rendement de 20 % à la part du salaire toujours réalisable (20 % de 70 %, soit 14 %), puis en déduisant le résultat obtenu de ladite part salariale (70 % - 14 % = 56 %). La différence entre le montant obtenu, qui correspond à la capacité résiduelle, et la part de salaire active, correspond à la perte de gain effective pour une part active de 60 %, soit 4 % (60 % - 56 % ; sur la méthode de calcul, voir TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 2 et 4.3 et TFA I 151/06 du 29 juin 2017 consid. 7.2.1 [méthode mixte] ; voir également TF 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.2 et 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5 [méthode ordinaire]). Après pondération au vu de l'enquête ménagère qui conclut à une invalidité de 34,4 % dans les travaux ménagers, le degré d'invalidité global est de 16,16 % ([60 % x 4 %] + [40 % x 34.4 %]), ce qui n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité, ni à des mesures d'ordre professionnel.

bb) S'agissant du mode de calcul après le 1^{er} janvier 2018, le taux d'invalidité de la recourante se monte à 44 % (100 % - 56 %) après comparaison du revenu d'invalidé de 56 % au revenu sans invalidité de 100 %. Après pondération au vu de l'enquête ménagère qui conclut à une

invalidité de 34,4 % dans les travaux ménagers, le degré d'invalidité global est de 40,16 % ($[60 \% \times 44 \%] + [40 \% \times 34.4 \%]$), ce qui ouvre désormais le droit à un quart de rente.

Le taux d'invalidité précité ouvre en principe également le droit à des mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI, notamment un reclassement selon l'art. 17 al. 1 LAI dans une nouvelle profession (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3).

Comme on l'a vu, l'activité habituelle de femme de ménage est adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante de sorte que celle-ci ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement dans une autre profession (TF 9C_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2). En outre, la rééducation dans la même profession, que la loi assimile au reclassement (art. 17 al. 2 LAI), comprend un ensemble de mesures de réadaptation de nature professionnelle, nécessaires et adéquates pour procurer à la personne assurée – dans l'activité qui est déjà la sienne – une possibilité de gain équivalant à peu près à celle dont elle disposerait si elle n'était pas invalide (ATF 99 V 34 consid. 2). La jurisprudence a par exemple considéré comme adéquate au titre de cette rééducation, chez un dessinateur en chauffage qui n'avait plus exercé cette activité depuis des années, une remise à niveau des connaissances accompagnée d'une formation destinée à maîtriser les outils informatiques et qui devait lui permettre d'offrir à nouveau ses services sur le marché de l'emploi sans subir de perte de gain (TFA I 702/00 du 30 avril 2001 consid. 2b). En l'occurrence, étant rappelé que jusqu'en août 2012 l'assurée a œuvré comme femme de ménage à mi-temps (quatre heures par jour, respectivement vingt heures hebdomadaire) auprès d'un ménage privé [...] (cf. le questionnaire de l'employeur complété le 19 mars 2013), l'exercice de cette activité usuelle à temps partiel reste possible sans nécessiter une rééducation de la recourante dans cette même profession pour lui procurer une possibilité de gain équivalant à peu près à celle dont elle disposerait si elle n'était pas invalide. Il convient de rappeler par ailleurs que lors de son examen clinique du 19 juin 2014, l'expert F._____ a observé que l'intéressée montrait des signes d'adoption d'un

rôle d'invalidé rendant le succès de mesures de réadaptation professionnelle peu probable. Dans ces conditions, la recourante ne peut donc pas non plus prétendre à un reclassement au sens de l'art. 17 al. 2 LAI.

6. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Les requêtes d'expertise médicale et d'audition personnelle ainsi que de témoins formulées par la recourante doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

7. En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision entreprise réformée en ce sens que la recourante est mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ces frais doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par l'intimé qui succombe.

b) La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens légèrement réduits vu l'issue du recours (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. TVA comprise, au regard de l'importance et des difficultés de la cause, et de les mettre à la charge de l'OAI. Vu que ce montant dépasse l'indemnité à laquelle pourrait prétendre la mandataire

de la recourante dans le cadre de l'assistance judiciaire, il est renoncé à fixer cette indemnité.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 10 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que L._____ a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés 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 L._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Anne-Luce Julsaint Buonomo (pour L._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :