

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Peter, juge assesseur
Greffière : Mme Juillerat Riedi

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourante, représenté par Me Karim Hichri, avocat
auprès du Service juridique d'Inclusion Handicap, à Lausanne

et

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

Art. 4 al. 1 LAI ; 6, 8 al. 1 et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1977, au bénéfice d'un diplôme de l'Ecole Nationale des Arts et Techniques du Théâtre obtenu en 2002 auprès du département de la réalisation des costumes de l'académie de Lyon, a travaillé en Suisse comme salariée en tant que costumière auprès de différents employeurs tels que des théâtres, troupes de danse, compagnies artistiques, connaissant des périodes de chômage entre les emplois.

Le 25 janvier 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'atteintes présentes depuis 2016 sous forme de neuroborréliose chronique, coïnfections et paralysie d'une corde vocale.

Interrogée sur son statut, l'assurée a indiqué le 22 mars 2018 que sans atteinte à sa santé elle travaillerait à 100%, en précisant que son dernier salaire mensuel était de 5'500 francs.

Par rapport du 29 mars 2018, le Dr M._____, médecin praticien traitant, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome d'inadaptation à l'effort prolongé et encéphalopathie myalgique depuis le 8 mai 2017. Il a précisé que les limitations fonctionnelles se manifestaient par de la fatigue après le moindre effort, à la marche, et polyalgies à la nuque, aux épaules, coudes, poignets, hanches, lombes et genoux, ainsi que des difficultés à la concentration et au travail intellectuel. Il a ajouté que l'activité de la patiente n'était plus exigible depuis le 4 décembre 2017, qu'il ne lui connaissait aucune activité adaptée et qu'elle ne supportait pas le bruit, la station debout, le contact humain et les variations de température.

En annexe figurait notamment un rapport du 20 février 2018 des Drs Z._____ et Q._____, respectivement chef de clinique adjoint et

médecin assistant auprès du service de médecine interne du CHUV, qui écartaient le diagnostic de borréliose sur la base d'un avis du Dr T._____, médecin adjoint du service des maladies infectieuses, et posaient les diagnostics de probable trouble somatoforme, trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen à sévère) et suspicion de côlon irritable. Les Drs Z._____ et Q._____ avaient requis l'avis de leurs collègues neurologues qui avaient indiqué qu'au vu de l'examen clinique normal et de l'absence de corrélation des mouvements avec l'électroencéphalogramme, ils suspectaient fortement le diagnostic de trouble fonctionnel. Ils ont en outre produit un extrait du rapport de consultation en psychiatrie de la Dre D._____ qui retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques ; F33.2), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et DD : trouble dissociatif (de conversion).

Sur demande de l'OAI, l'assureur perte de gain P._____ a transmis son dossier le 13 avril 2018, montrant notamment que l'intéressée se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 4 décembre 2017, avec une précédente période d'incapacité de travail totale du 8 mai au 30 septembre 2017. Le complément apporté le 6 février 2019 indique une capacité de travail retrouvée à hauteur de 30% dès le 4 avril 2018, puis 40% dès le 26 novembre 2018 attestée par le Dr M._____.

En parallèle, le Service de l'emploi a indiqué qu'il avait reconnu l'assurée apte au placement et a produit les fiches d'indemnités de l'assurance chômage perçues de février 2016 à juin 2017. Il est lieu de préciser que l'assurée a été engagée par la Fondation du Petit Théâtre du 1^{er} octobre au 4 décembre 2017 en qualité de costumière. Puis, elle a obtenu un emploi de costumière auprès de l'Association de la Fête des vigneronns à un taux de 40% du 14 janvier au 28 juin 2019.

Par rapport du 26 juin 2018, la Dre W._____, spécialiste en neurologie, psychiatrie et neuropathologie, a posé les diagnostics de maladie de Lyme avec anticorps IgM, primo-infection à toxoplasmose,

infection à chlamydia pneumoniae, primo-infection à cytomégalo virus, infection à Giardia Lamblia et présence d'anticorps pour mycoplasma pneumoniae. Les tests sérologiques devraient toutefois être répétés.

Dans un rapport du 9 et 10 juillet 2018, la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait à nouveau l'assurée depuis le 21 janvier 2018, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent (épisode actuel d'intensité moyenne ; F33.1), probable trouble moteur dissociatif/de conversion (F44.4) et trouble mixte de la personnalité, à traits émotionnellement labile, type borderline et post-traumatique (F61). Elle a attesté d'une incapacité de travail de 70% depuis avril 2018, celle-ci ayant été de 100% dès le 1^{er} janvier 2018, et a indiqué qu'à moyen terme une amélioration de la capacité de travail à 50% était possible. A son avis, il n'y avait pas lieu d'adapter son activité, qu'elle exerçait avec compétence, et une réadaptation professionnelle était vouée à l'échec ; elle a précisé à cet égard que l'assurée avait déjà tenté des remplacements scolaires comme enseignante de couture mais qu'au vu de la paralysie de sa corde vocale droite, il lui avait été difficile de se faire entendre sur un temps prolongé. Elle a enfin noté que l'intéressée avait pris des antidépresseurs par le passé mais qu'elle les avait refusés dans l'épisode actuel par crainte des effets secondaires, notamment gastro-intestinaux puisqu'elle souffrait déjà de difficultés digestives ; hormis cette résistance, elle était compliant au traitement et s'engageait dans sa physiothérapie.

Le 6 septembre 2018, la Dre N._____ a rappelé les diagnostics psychiques précités ainsi que les diagnostics somatiques de neuroborréliose/encéphalopathie myalgique, syndrome d'inadaptation à l'effort prolongé et status post-spondylodèse C5-C7 pour fracture C6. Elle a indiqué que la symptomatologie affectant en premier lieu la capacité de travail de l'assurée était son état somatique, avec la fatigue chronique, la difficulté à soutenir un effort prolongé et des arthralgies. Elle a précisé que l'épisode dépressif était actuellement en rémission ; il subsistait des symptômes thymiques fluctuants sous forme d'une dérégulation émotionnelle avec moments de détresse intense en réaction à certains

facteurs déclenchants. Ces crises émotionnelles accroissaient la fatigue et provoquaient un épuisement psychique et physique qui durait quelques jours, étant précisé que ce genre de symptômes était typique d'une personnalité fonctionnant sur un mode borderline et souffrant de séquelles de traumatismes infantiles. Elle a ajouté que la patiente acceptait un traitement antidépresseur mais exclusivement sous forme phytothérapeutique.

L'assurée a ensuite été suivie par la Dre V._____, psychiatre, laquelle a retenu, dans un rapport du 27 février 2019, les mêmes diagnostics que précités, sous réserve du trouble dépressif récurrent qualifié d'épisode actuel moyen à sévère (F33.2). Elle a estimé que la capacité de travail était difficile à évaluer en l'état compte tenu de la gravité des symptômes dépressifs actuels. Elle a décrit les limitations fonctionnelles suivantes : douleurs musculaires et articulaires cervicales et dorsales, fatigue à l'effort, syndrome vagal, difficulté à gérer son anxiété et hyperacousie. Elle a en outre constaté que la patiente en activité à 40% était à la limite de ses capacités.

[...] (assurance contre les risques décès et invalidité de l'institution de prévoyance de l'assurée) a mandaté un expert spécialiste en psychiatrie et psychothérapie en la personne du Dr F._____, qui a déposé son rapport le 22 mars 2019. Après un examen des plaintes de l'assurée et de son dossier médical, l'expert a dressé une anamnèse, puis a rapporté ses constatations cliniques, avant de faire état de ses conclusions motivées. Il a retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (épisode actuel de moyenne intensité ; F33.1), somatisations (F45.0), personnalité anxieuse et psychonévrotique correspondant à un trouble mixte de la personnalité (F61.0) et épuisement physico psychique (burnout) récurrent (Z73.0). Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 50% dès la date de l'expertise, les taux indiqués préalablement par le médecin-traitant pouvant être avalisés. Les limitations fonctionnelles sont les variations dépressives, l'anxiété, les somatisations, les difficultés relationnelles et l'épuisement important à répétition. Il a précisé que l'activité de

costumière était adaptée et que ces difficultés existeraient dans toute autre activité. Il a recommandé la clarification des éventuelles atteintes somatiques.

Selon un rapport faisant suite à un examen rhumatologique qui a eu lieu le 17 avril 2019, le Dr L._____, mandaté par P._____, a rappelé les diagnostics retenus par le médecin-traitant, soit syndrome de fatigue chronique, encéphalopathie myalgique et neuroborréliose, ainsi que les périodes d'incapacité de travail, celle-ci étant à nouveau de 100% depuis le 3 avril 2019 selon le médecin-traitant. Le Dr L._____ a cependant indiqué qu'un examen somatique n'était pas réalisable et qu'il ne pouvait pas poser de diagnostic, l'assurée ne se levant de sa chaise qu'extrêmement difficilement, tenant à peine debout en s'appuyant sur une canne et sur un meuble, s'affalant sur le bureau, flageolante et présentant des spasmes sur tout le corps ou tremblements de membres. Il a ajouté qu'il ne pouvait pas préciser les limitations fonctionnelles mais qu'elle était totalement incapable de travailler en l'état. Il a préconisé une expertise multidisciplinaire.

Par avis médical du 21 août 2019, le Dr X._____, médecin auprès du Service médical régional Suisse Romande (ci-après : SMR), a indiqué qu'il partageait l'avis des médecins du CHUV excluant une borréliose. Il a requis que soit versé au dossier l'intégralité de l'expertise psychiatrique du Dr F._____ ainsi que l'éventuelle expertise rhumatologique qui aurait été réalisée par l'assurance perte de gain.

Cette dernière a répondu qu'elle n'avait finalement pas mis en œuvre d'expertise rhumatologique.

Le 2 octobre 2019, le Dr X._____ a retenu sur le plan somatique le trouble somatoforme, ainsi que sur le plan psychiatrique la dépression moyenne, la somatisation et le trouble mixte de la personnalité observés par l'expert psychiatre. Il a considéré que les éléments de l'expertise étaient suffisants pour étudier le retentissement du trouble

somatoforme sous l'angle des indicateurs et a adhéré aux conclusions de l'expert psychiatre.

En date du 31 octobre 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'un trois quarts de rente dès le 1^{er} décembre 2018, puis à une demi-rente dès le 1^{er} juillet 2019. Il a expliqué que l'incapacité de travail totale était reconnue dès le 5 décembre 2017, de sorte que le délai de carence avait échu le 5 décembre 2018. Il a ajouté que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et sa capacité de travail avait passé à 30% dès le 4 avril 2018, puis à 40% dès le 26 novembre 2018. A l'échéance du délai de carence, l'incapacité de travail et de gain était de 60%, ce qui donnait le droit à trois-quarts de rente ; dès le 22 mars 2019, la capacité de travail et de gain était de 50%, de sorte qu'une demi-rente lui était reconnue dès le 1^{er} juillet 2019, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé (art. 88a al. 1 RAI).

Le 12 décembre 2019, l'assurée a fait part de sa contestation du taux de capacité de travail de 50% retenu et a produit des certificats d'incapacité de travail établis par le Dr M._____.

Constatant que les certificats médicaux ne résultaient pas d'un nouvel examen clinique, l'OAI a confirmé par décision du 17 janvier 2020 le projet précité. Il a rappelé qu'il adhérait aux conclusions des médecins du CHUV constatant qu'il n'existait aucune atteinte à la santé infectieuse ou neurologique et suivait les conclusions claires et convaincantes de l'expert psychiatre.

Le 23 janvier 2020, l'assurée a contesté cette décision et a produit une lettre du 4 décembre 2019 de la Dre R._____, cheffe de clinique auprès de l'Inselspital, service de neurologie et psychiatrie, qui a posé les diagnostics de trouble neurologique fonctionnel (F44.4), soit secousses involontaires intermittent tétra appendiculaire et du tronc, de fatigue diurne chronique, en investigation, et de troubles gastro-intestinaux chroniques, en investigation.

Le 3 février 2020, l'OAI a répondu à l'assuré qu'il maintenait sa décision.

B. Par acte posté le 15 février 2020, B._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} juillet 2019.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 7 avril 2020.

Désormais assistée par Me Hichri d'Inclusion Handicap, la recourante a déposé une réplique le 8 juin 2020, en prenant les conclusions suivantes :

1. A titre liminaire, il est mis en œuvre une expertise judiciaire portant sur les volets rhumatologique, neurologique et de médecine interne.
2. A titre principal, la décision litigieuse est réformée en ce sens que B._____ a tout le moins droit à un trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2018 au 31 juin 2019 et à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 2019, la cause étant néanmoins renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
3. A titre subsidiaire, la décision litigieuse est réformée, à savoir que B._____ a droit à un trois-quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2018.
4. Le tout sous suite de frais et dépens.

A l'appui de son écriture, elle a produit les documents médicaux suivants :

- Une attestation médicale du Dr M._____ du 1^{er} février 2020, qui expose les diagnostics les plus probables et qui

relève qu'à ce jour l'assurée a du mal à assurer un travail à un taux supérieur à 30% du fait d'un épuisement physique et mental ;

- Un rapport du 30 août 2019 de la Dre [...], médecin adjointe du Service de Rhumatologie et Centre des Maladies Osseuses du CHUV, qui exclut un syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile ou une maladie infectieuse et affirme qu'elle a peu d'arguments en faveur d'une maladie auto-immune ou auto-inflammatoire, qu'à cet égard le complément de bilan biologique et carentiel s'est avéré sans particularité, et qu'il y a lieu, selon elle, de continuer à explorer la piste neurologique ;
- Un rapport du 2 mars 2020 de la Dre [...], neuropsychologue, rédigé à la suite d'un examen médical de l'assurée du 28 février 2020, qui retient un trouble neuropsychologique de gravité moyenne limitant légèrement la capacité fonctionnelle au quotidien mais pouvant impacter significativement le fonctionnement dans les tâches requérant un niveau d'exigence élevé, entraînant une capacité de travail fortement limitée d'un point de vue neuropsychologique ;
- Une demande de prise en charge adressée le 12 mars 2020 par le Dr F. _____ au médecin conseil du [...] pour une médialisation de la corde vocale de l'assurée par injections d'acide hyaluronique, en raison de la paralysie de la corde vocale droite entraînant une voix chuchotée ;
- Un rapport de la Dre V. _____ du 22 avril 2020, qui retient que la capacité de travail de la recourante serait impossible à un niveau supérieur à 40%, dès lors qu'elle risquerait de péjorer ses symptômes dépressifs ;

- Une lettre de consultation du 3 février 2020 des Drs [...], spécialiste en neurochirurgie, et [...], spécialiste en chirurgie spinale, qui constatent sur la base des images de CT cervical et IRM cervicale, une absence de myélopathie ou radiculopathie, une absence de dégénérescence des niveaux sus- et sous-jacents et une fusion vertébrale atteinte et qui ne retiennent aucune indication opératoire ;

- Un rapport de consultation ambulatoire des troubles neurologiques fonctionnels établi le 7 février 2020 par les Drs [...] et R._____, du Neurocentre de l'Hôpital universitaire de Berne, dans lequel ces médecins se réfèrent à leur précédent rapport du 18 novembre 2019 et retiennent un trouble neurologique fonctionnel, sous forme de mouvements anormaux fonctionnels du tronc et tétra-appendiculaires, non stéréotypés et avec une survenue très situative, ainsi que des troubles gastro-intestinaux chroniques et un état de fatigue chronique revenus dans les limites de la norme et pouvant possiblement s'inscrire dans un « somatic symptom disorder ».

L'intimé a déposé une duplique le 30 juin 2020, dans laquelle il indique que les éléments produits par la recourante n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision. Il s'est référé à l'avis médical du 22 juin 2020 du Dr X._____, du SMR, qu'il a produit en annexe à son écriture. Après avoir résumé la situation, ce médecin a émis l'avis suivant :

Discussion

L'ensemble de ces éléments non seulement n'infirmant pas notre décision mais au contraire la confortent. En effet, les neurologues de Berne maintiennent leur diagnostic de trouble neurologique fonctionnel (dont le retentissement relève de l'expert psychiatre), les rhumatologues ne retiennent pas de pathologie précise dans leur domaine (le léger doute qui pouvait exister sur le plan rhumatologique a été totalement levé), l'ORL évoque une paralysie

de corde vocale conduisant à une voix chuchotée. Dans la profession de costumière, ce n'est pas vraiment incapacitant et en tout cas, pas à plus de 50% (avec, à notre sens, une CTAA totale). Il demeure l'avis de la psychiatre qui décrit des troubles stables depuis 2 ans. Or l'expertise datant d'un an, les troubles allégués ont bien été pris en compte. Enfin il existe un bilan neuropsychiatrique assez peu détaillé. Nous retenons que globalement l'atteinte est moyenne, pas incapacitante dans la vie quotidienne mais pouvant l'être fortement dans les activités exigeantes. Au-delà du flou de cette conclusion, nous rappelons que l'assurée est costumière, activité essentiellement manuelle et que les praxies ne sont pas atteintes (autrement dit, tout ce qui est gestuel). Nous rappelons aussi qu'un abaissement de toute CT à 50% a été retenu et que ceci est tout à fait cohérent avec le bilan neuropsychologique fourni.

Dans ces conditions, la situation nous paraît claire aussi bien sur le plan somatique que sur le plan psychologique. Nous estimons que le dossier a été instruit de manière complète et ne nécessite pas d'expertises complémentaires. Il n'y a pas lieu de revenir sur sa décision.

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. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son

ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité après le 1^{er} juillet 2019.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne

droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes

échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. *A contrario*, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

4. 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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

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).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

5. 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).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une

comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. Dans son recours, la recourante soutient qu'elle est en incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} juillet 2019 et qu'auparavant sa capacité de travail ne dépassait pas 40%. Dans sa réplique, elle admet que l'incapacité totale de travail reconnue par le Dr L._____ ne peut être retenue, tout en soutenant la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire en raison de la complexité du cas, comme le proposait ce médecin. Elle reproche à l'intimé d'avoir englobé l'ensemble des troubles dans la sphère psychiatrique, évitant par là des diagnostics somatiques et la prise en compte d'une incapacité de travail y relative à part entière. Enfin, elle fait valoir que la paralysie de sa corde vocale droite justifierait une incapacité de travail de 10% en raison du trouble et des effets secondaires du traitement. Elle se réfère en particulier aux certificats de son médecin traitant, ainsi qu'au rapport médical de la Dre R._____ du 4 décembre 2019.

Après avoir reconnu une incapacité de travail totale dès le 5 décembre 2017, l'intimé a relevé que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et sa capacité de travail avait passé à 30% dès le 4 avril 2018, puis à 40% dès le 26 novembre 2017 sur la base des certificats médicaux du Dr M._____ et de la Dre N._____. Dès le 22 mars 2019, il s'est

fondé sur l'expertise psychiatrique du Dr F._____ pour retenir un taux de capacité de travail de 50%. Sur le plan somatique, il a retenu, sur la base de l'avis du SMR du 21 août 2019, lequel se réfère aux rapports médicaux des médecins du CHUV, qu'il n'y avait aucune atteinte infectieuse ou neurologique, le rapport de la Dre R._____ confirmant que l'examen clinique neurologique était normal. En se fondant sur l'avis du SMR, il a conclu que les documents médicaux produits par la recourante dans sa réplique n'apportaient aucun élément qui pouvait remettre en cause les éléments qui précèdent.

Il y a lieu de déterminer les diagnostics des atteintes dont souffre la recourante, avant d'examiner l'incidence des troubles sur la capacité de travail.

7. a) Sur le plan somatique, on constate que plusieurs diagnostics ont été émis par les médecins.

Le SMR a retenu le trouble somatoforme en suivant le diagnostic posé par les Drs Z._____ et Q._____ du CHUV et n'a pris en considération aucune autre atteinte somatique.

Les examens réalisés par les différents médecins spécialistes du CHUV début 2018 font un tour d'horizon complet de la situation. Après avoir constaté que l'examen clinique internistique était sans particularité, les Drs Z._____ et Q._____ ont requis l'avis de leurs collègues neurologues sur les mouvements involontaires de la recourante. Les neurologues ont émis une suspicion de trouble fonctionnel en relevant qu'à l'anamnèse, la recourante racontait des mouvements polymorphes, myocloniques d'un bras ou des deux bras, appendiculaires, d'une ou des deux jambes, d'une durée de quelques secondes, intermittents depuis février 2017, mais que l'examen neurologique était normal et qu'il n'y avait pas de corrélation des mouvements avec l'électroencéphalogramme. Les Drs Z._____ et Q._____ ont noté que pendant l'entretien avec la patiente, celle-ci n'avait présenté aucun mouvement involontaire lors de l'anamnèse (20 à 30 minutes), mais de nombreux spasmes lors de

l'examen clinique, ce qui les confortait quant à une origine somatoforme de ces troubles. Ils ont donc posé le diagnostic principal de probable trouble somatoforme après un examen circonstancié, dont les conclusions peuvent être adoptées.

On peut en outre suivre l'avis du Dr Z._____ et du Dr T._____ lorsqu'ils ont constaté l'absence d'arguments cliniques et biologiques pour une infection active, après une investigation complète sur le sujet par un spécialiste en infectiologie, dont l'avis doit être préféré à ceux des autres médecins non spécialistes en la matière.

Au niveau gastroentérologique, les Drs Z._____ et Q._____ ont indiqué que la multiplicité des symptômes, indépendamment du temps ou de l'alimentation, laissait suggérer un trouble fonctionnel de type côlon irritable, la calprotectine négative écartant une maladie inflammatoire. Cette atteinte n'a cependant jamais été qualifiée d'incapacitante par les médecins.

Les Drs Z._____ et Q._____ ont par ailleurs rappelé les diagnostics posés par leur collègue psychiatre et qui seront examinés plus bas.

Le Dr M._____ a posé le diagnostic d'encéphalomyélite myalgique et d'inadaptation à l'effort prolongé. Il n'a toutefois pas indiqué les éléments qui lui ont permis de retenir ce diagnostic, soulignant que la recourante présentait une fatigue après le moindre effort, des polyalgies et des difficultés de concentration. Cette maladie d'intolérance systémique à l'effort est reconnue par l'organisation mondiale de la santé dans son code diagnostique CIM-10 sous le nom Syndrome de fatigue post-virale, Encéphalomyélite myalgique bénigne (numéro G93.3), qui la place au rang des troubles neurologiques. Ce diagnostic, qui n'a pas fait l'objet d'un examen circonstancié et détaillé par le Dr M._____, n'a cependant pas été confirmé par les neurologues consultés par la recourante, dont les examens neurologiques ont révélé une situation normale, mais qui ont évoqué un trouble somatoforme qui sera examiné plus bas.

Le Dr L. _____ n'a pas pu réaliser l'examen rhumatologique en avril 2019, ni poser de diagnostic compte tenu de l'état physique de la recourante lors de l'entretien. Il a constaté que l'assurée ne se levait de sa chaise qu'avec une extrême difficulté, qu'elle tenait à peine debout en s'appuyant sur une canne et sur un meuble, qu'elle s'affalait sur le bureau, flageolante, et présentait des spasmes sur tout le corps ou tremblements de membres. Il a ajouté qu'il ne pouvait pas préciser les limitations fonctionnelles puisqu'il n'était pas possible de procéder à un examen clinique somatique, mais a noté que la recourante était totalement incapable de travailler en l'état et a préconisé une expertise multidisciplinaire. Ce rapport ne contient aucune autre constatation clinique ou médicale, ni examen et conclusions, si ce n'est que l'assurée paraissait incapable de travailler. Il ne saurait être probant. Certes, l'état de l'assurée observé par ce médecin interpelle. Si en avril 2019, le Dr L. _____ a observé un état de santé inaccessible à l'emploi sans pouvoir même faire un examen clinique ni poser de diagnostic, on constate que cette seule conclusion n'est toutefois même pas confirmée par le médecin traitant, le Dr M. _____, qui a attesté d'une incapacité de travail de 60% notamment entre le 21 novembre 2018 et le 7 mai 2019, puis de 80% du 8 mai 2019 au 27 août 2019, puis à nouveau de 60% dès le 28 août 2019. Il apparaît davantage que l'état observé par le Dr L. _____ reflétait une situation de crise passagère comme on le verra plus bas, ce d'autant plus que dans le rapport du 22 mars 2019, le Dr F. _____ ne faisait pas ce genre de constatations.

Au dossier, figure le rapport de la Dre R. _____ du 4 décembre 2019, qui constate que les symptômes de la recourante sont fluctuants avec des périodes d'aggravation inférieures à 3 mois de la fatigue décrite, une faiblesse et des douleurs généralisées. Il est lieu de préciser que la Dre R. _____ indique dans son rapport que la recourante a bénéficié d'un bilan rhumatologique par le Dr [...] et une évaluation chez la Dre [...], spécialiste du syndrome d'Ehlers-Danlos qui a été infirmé chez la patiente. Elle a ajouté qu'il y avait également eu des consultations d'ORL auprès du Dr [...] et neurologique chez la Dre W. _____ qui étaient

revenues dans les normes. La Dre R._____ ajoute que la recourante a bénéficié d'un électroencéphalogramme, d'une IRM de la moelle et plusieurs radiologies cervicales, comme examen complémentaire. A l'examen neurologique, elle note en particulier que la marche et le tonus sont dans la norme, puis que la force musculaire proximale et distale, ainsi que la sensibilité tacto-algique sont conservées aux quatre membres. En bref, l'examen neurologique ne révèle pas de particularité, il est dans la norme.

La Dre R._____ observe, au début de la consultation, respectivement de l'examen clinique, quelques rares secousses intermittentes du tronc, non stéréotypées et de durée trop longue pour des myoclonies, qui disparaissent par la suite complètement. Elle considère que ces mouvements anormaux relèvent d'un trouble fonctionnel neurologique, au vu de leur survenance situationnelle et favorisé par l'état de détente/stress/contrariété, l'influence de l'attention ciblée ainsi que leur aspect non stéréotypé et fluctuant. Elle écarte le diagnostic différentiel de myoclonies proprio spinales car les mouvements décrits sont trop lents et ne représentent pas de stéréotypé. Elle laisse ouvert le diagnostic différentiel qui concerne la fatigue diurne ainsi que les douleurs chroniques et diffuses, tout en notant que la fatigue, les douleurs chroniques et les troubles de la concentration sont des symptômes typiques accompagnant des troubles neurologiques fonctionnels. Ce rapport médical n'apporte ainsi pas de nouveau diagnostic sur le plan somatique, malgré les nouveaux examens opérés par divers praticiens, le trouble fonctionnel neurologique (F44.4) étant examiné plus bas avec les autres atteintes psychiques.

Ces avis médicaux confirment, ou en tout cas ne permettent pas de remettre en cause l'examen effectué sur le plan somatique début 2018 par des médecins du CHUV, établi par des spécialistes de chaque domaine et par ailleurs complet et motivé. Or cet examen ne retient que le trouble somatoforme qui sera examiné plus bas sur le plan psychiatrique. Le rapport de la Dre R._____ de décembre 2019 ne reflète pas une

situation différente. Il en va de même des nouveaux documents produits par la recourante dans le cadre de sa réplique.

En définitive, il y a lieu de considérer, contrairement à ce que soutient la recourante, que l'état de santé de celle-ci, sur le plan somatique, a bien fait l'objet d'une analyse pluridisciplinaire approfondie et que c'est à juste titre que l'intimé n'a retenu l'existence d'aucune atteinte invalidante à cet égard.

b) Sur le plan psychiatrique, les Drs Z. _____ et Q. _____ du CHUV ont indiqué que leur collègue psychiatre, la Dre D. _____, retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques ; F33.2), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et diagnostic différentiel : trouble dissociatif (de conversion). La Dre D. _____ a constaté que la recourante présentait des symptômes somatiques sous forme de douleurs et de symptômes neurologiques de longue date, aggravés dernièrement dans le contexte de difficultés au travail et d'une perte d'étayage, au vu de la distance relationnelle qu'elle avait mise avec ses parents. Elle a ajouté qu'au vu du tableau clinique et de l'histoire des symptômes et même si elle n'avait vu qu'une fois l'assurée, elle retenait un probable diagnostic de trouble somatoforme persistant ainsi que de trouble de conversion chez une patiente qui peinait à faire des liens entre sa souffrance psychique et ses symptômes douloureux et neurologiques. Elle a relevé également des critères cliniques actuellement pour un épisode dépressif moyen à sévère.

En juillet 2018, la Dre N. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel d'intensité moyenne sans symptômes somatiques ; F33.1), probable trouble moteur dissociatif (tremblements des membres, difficulté à tenir debout ; F44.4) et trouble mixte de la personnalité, à traits émotionnellement labile, type borderline et post-traumatique (F61). La Dre N. _____ a observé des troubles de la régulation des émotions avec fluctuations de l'humeur, avec des moments d'intense désespoir déclenchés par des facteurs de stress identifiés. Elle a précisé que la thymie était globalement meilleure en comparaison avec le

début de l'année et qu'elle vivait une anxiété liée à sa santé et ses répercussions sur sa capacité de travail. Elle a constaté que la recourante se déplaçait lentement et qu'elle présentait des symptômes somatiques en séance sous forme de spasmes occasionnels suivant les événements de vie abordés. Puis, elle a relevé que la patiente avait un passé infantile de négligence parentale avec des épisodes de maltraitance ayant contribué au développement d'un trouble de personnalité borderline qui interférait avec sa vie professionnelle et relationnelle. En septembre 2018, la Dre N._____ a ajouté que les crises émotionnelles accroissaient la fatigue et provoquaient un épuisement psychique et physique qui durait quelques jours, ce genre de symptômes étant typiquement d'une personnalité fonctionnant en mode borderline et souffrant de séquelles de traumatismes infantiles. La Dre V._____ a retenu, dans un rapport du 27 février 2019, les mêmes diagnostics que précités, sous réserve du trouble dépressif récurrent qualifié d'épisode actuel moyen à sévère (F33.2).

Comme indiqué plus haut, le 4 décembre 2019, la Dre R._____ a posé les diagnostics de trouble neurologique fonctionnel (F44.4), soit secousses involontaires intermittentes tétra appendiculaires et du tronc, de fatigue diurne chronique en investigation, et de troubles gastro-intestinaux chroniques en investigation.

L'expert F._____ a retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (épisode actuel de moyenne intensité ; F33.1), somatisations (F45.0), personnalité anxieuse et psychonévrotique correspondant à un trouble mixte de la personnalité (F61.0) et épuisement physico psychique (burnout) récurrent (Z73.0).

Ainsi, il existe un consensus sur le trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne qui doit être retenu ; certes la Dre V._____ a qualifié l'épisode de moyen à sévère mais sans que l'on puisse déduire de son rapport une aggravation durable de la situation. Les autres diagnostics doivent être examinés selon le genre d'atteintes, soit les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles

somatoformes (aa), puis les troubles de la personnalité (bb) et les autres troubles (cc).

aa) L'expert a retenu la somatisation (F45.0), alors que la Dre R._____ a retenu un trouble neurologique fonctionnel en indiquant le code CIM F44.4 qui équivaut au trouble moteur dissociatif/de conversion ; ce dernier a été qualifié de probable par la Dre Racine, puis a été évoqué par la Dre D._____ qui a cependant posé le diagnostic de probable syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Le SMR a considéré comme possible l'atteinte de trouble moteur dissociatif/de conversion mais a avalisé le trouble somatoforme observé par les médecins du CHUV, ainsi que la somatisation retenue par l'expert psychiatre.

Le trouble moteur dissociatif/de conversion a été écarté par l'expert psychiatre car, selon les critères, ce diagnostic sous-entendait une perte partielle ou complète des fonctions normales des mouvements corporels et de son fonctionnement et pas une production comme c'était le cas en l'espèce. Il a en revanche retenu le diagnostic de somatisation (F45.0). Il a constaté en examen que la recourante présentait une forte instabilité positionnelle, des secousses régulières bien décrites aussi par les confrères somaticiens, une attitude corporelle latéralisée, des signaux algiques et une hypertonie musculaire un peu disséminée. Il a relevé que le discours de la recourante était totalement centré sur son historique médical (somatique), sur les très nombreux symptômes physiques actuels et sur les (tout aussi nombreuses) recherches diagnostiques et thérapeutiques. Etant un peu dans un registre neurasthénique et en auto-observation accrue, la recourante cherchait elle-même des dénominateurs/diagnostics pour les problèmes qu'elle rencontrait, elle développait ou maintenait une certaine interprétation comme par exemple son récent auto diagnostic du syndrome d'Ehlers-Danlos. Elle émettait ainsi des hypothèses d'explications et des diagnostics extrêmement variés. Il n'y avait pas de trouble cognitif proprement dit, mais elle était digressive dans sa pensée, submergée par toutes ces hypothèses et réflexions, peu structurée malgré une intelligence intacte et tout ceci la faisait percevoir pour l'extérieur comme envahissante et fatigante pour

autrui. Le Dr F._____ a indiqué que le problème venait du fait que la recourante était très largement soutenue par son médecin et d'autres thérapeutes dans une vision pathologique de son corps et de son fonctionnement. Elle était toujours confortée dans la vision d'être victime de plusieurs infections. Le Dr F._____ n'a pas retenu un épisode dépressif avec syndrome somatique car une bonne partie des manifestations somatiques n'était pas suffisamment éclaircies et une autre partie appartenait au diagnostic de somatisation.

Le Dr F._____ a posé un diagnostic motivé, après un examen circonstancié ; les avis médicaux au dossier ne permettent pas de jeter le doute sur cette appréciation qui peut être suivie. La petite divergence de diagnostic entre les différents psychiatres ne paraît de toute manière pas déterminante ; ils reconnaissent tous l'existence d'un trouble sur la base des mêmes constatations sans que l'on puisse noter que l'expert psychiatre n'aurait pas retenu des éléments observés par les autres spécialistes lors de son appréciation divergente du cas, qu'il a expliquée.

bb) Les Dres N._____ et V._____ ont posé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité, à traits émotionnellement labile, type borderline et post-traumatique (F61), alors que le Dr F._____ l'a écarté au profit du diagnostic de personnalité anxieuse et psychonévrotique correspondant à un trouble mixte de la personnalité (F61.0). Le SMR a émis des doutes quant au trouble de la personnalité dans sa dimension post-traumatique étant donné l'absence de sensation de mort imminente. Ce trouble n'a par ailleurs pas été retenu par la Dre D._____.

L'expert a rappelé l'allégation par la recourante de problèmes familiaux particuliers, notamment sous forme de violences verbales de la part de son père et un rejet affectif, voir des disqualifications chroniques ; sa mère aurait en outre cautionné ces agissements. Le Dr F._____ a relevé que dans le dossier on trouvait la notion même de maltraitance et de traumatisme, mais que ceci était à prendre avec précaution car il n'existait aucune trace objective. En tant qu'intermittente du spectacle, la recourante vivait dans une certaine précarité et connaissait des difficultés

professionnelles avérées, en devant alterner des emplois temporaires avec des périodes de chômage. Elle assumait son travail avec beaucoup d'intensité, ce qui avait conduit aussi à des épuisements périodiques. Elle avait eu des relations sentimentales mais avec certaines difficultés, seulement de courte ou moyenne durée, ce qui pouvait être un indice pour des difficultés structurelles de personnalité. Le Dr F. _____ a observé que la recourante présentait une assez forte anxiété, sous-jacente et somatisée. Il a considéré qu'il existait réellement une particularité de personnalité depuis l'enfance de la recourante et/ou sa jeunesse et avec des caractéristiques qui n'étaient pas du type borderline. Il a précisé que cet aspect anxieux était étroitement lié aussi au registre de trouble névrotique en général et qu'il avait trouvé une forte tendance à la somatisation et en moindre mesure neurasthénique.

L'avis du Dr F. _____ est ainsi motivé et fondé sur une appréciation complète de la situation. La petite divergence de diagnostic entre la psychiatre traitante et l'expert psychiatre ne paraît encore une fois pas décisive ; ils reconnaissent tous deux l'existence d'un trouble mixte de la personnalité et il n'apparaît pas que l'expert n'aurait pas retenu des éléments constatés par la première lors de son appréciation divergente du cas, qu'il a justifiée. Les conclusions de l'expert sur ce point peuvent être approuvées.

cc) L'expert a encore retenu le diagnostic d'épuisement physico psychique (burnout) récurrent (Z73.0), qui tient compte du surmenage de la recourante. Ce diagnostic n'a pas été posé par les autres médecins, mais il est fondé sur des éléments du dossier, les constatations de l'expert et sur les plaintes de la recourante. Il n'est pas remis en cause et peut être admis.

c) En définitive, les diagnostics psychiatriques retenus par l'intimé sont ainsi fondés sur un examen complet de la situation de la recourante et peuvent être approuvés. L'expert a en effet pris des conclusions motivées et circonstanciées, en toute connaissance du dossier de l'assurée et de son anamnèse, et en tenant compte de ses plaintes. Le

rapport d'expertise peut donc se voir reconnaître une pleine valeur probante et forger à juste titre la conviction de l'intimé.

L'inexistence d'une atteinte somatique retenue par l'intimé est fondée sur un examen des avis médicaux au dossier et résulte également d'une correcte appréciation de la situation dans son ensemble, tenant compte des avis des différents spécialistes.

8. Les diagnostics étant posés, il convient d'examiner si, à l'aune des indicateurs, la recourante dispose d'une capacité de travail résiduelle.

L'incapacité totale de travail jusqu'au 4 avril 2018, ainsi que l'amélioration de l'état de santé permettant une activité à 30% dès lors et jusqu'au 26 novembre 2018, puis à 40% dès cette date ne sont pas contestées. Ces appréciations reposent sur les avis médicaux du Dr M. _____ et de la Dre N. _____ et sont approuvées par le SMR.

La recourante soutient dans son recours que dès le 1^{er} juillet 2019, elle aurait droit à une rente entière, son incapacité de travail étant totale. Elle n'a pas motivé davantage sa contestation, mais a produit le rapport du 4 décembre 2019 de la Dre R. _____. Elle paraît toutefois avoir réduit ses conclusions dans sa réplique.

L'intimé a considéré que, dès le 22 mars 2019, la capacité de travail et de gain de l'assurée était de 50%, de sorte qu'une demi-rente lui était reconnue dès le 1^{er} juillet 2019, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé (art. 88a al. 1 RAI). Il s'est basé sur l'avis du Dr F. _____.

L'expert a constaté qu'il s'agissait d'une atteinte psychique complexe, multifactorielle et multimodale et qu'il y avait une interaction entre les différents diagnostics, qui en expliquait notamment la durée et la persistance. Les atteintes étant interconnectées, il a considéré que l'ensemble des diagnostics avait un effet sur la capacité de travail. Il a ajouté qu'il existait également des facteurs extra médicaux en particulier

des conditions de travail difficiles, spécifiques et liées à son métier, mais qu'il y avait des ressources que l'assurée mobilisait d'ores et déjà en travaillant à 40%. Après analyse et pondération des parties malades versus les ressources, il a conclu qu'il existait au stade actuel une incapacité de travail de 50%, applicable dès l'expertise. Pour la période antérieure, il a affirmé qu'il était quasi impossible de se déterminer avec précision ; une progression lente mais nette avait été décrite. Il a considéré que les taux d'incapacité de travail évoqués par les médecins dans le passé pouvaient être reconnus. Il a considéré que l'activité de costumière était exigible et adaptée, ce qui est d'ailleurs confirmé par les autres médecins. Les limitations fonctionnelles sont les variations dépressives, l'anxiété, les somatisations, les difficultés relationnelles et l'épuisement important à répétition. A titre de facteurs étrangers à l'invalidité qui influencent la capacité de travail, l'expert a cité les croyances et la fixation sur symptômes.

On constate ainsi que les limitations fonctionnelles retenues par l'expert pour justifier l'incapacité de travail de l'assurée sont dûment fondées sur les symptômes psychiques et sont corroborées par les éléments médicaux mis en évidence par le dossier. Les conclusions de l'expert reposent sur des données objectives et prennent en considération les plaintes de l'assurée ; elles ont été rendues à l'issue d'une analyse réfléchie. Si l'expert a attesté la persistance de plusieurs symptômes handicapants, il a simultanément mis en évidence que l'assurée disposait encore de certaines ressources. A cet égard, on observe que l'expert a notamment indiqué que la recourante parvenait à assumer son activité professionnelle à 40%, faire ses recherches d'emploi entre les activités temporaires et s'occuper de son ménage et de ses courses. Par ailleurs, l'expert a observé des éléments dans le sens d'un pronostic défavorable pour la reprise d'un emploi adapté à un taux supérieur à celui occupé actuellement qui relèvent de facteurs extra-médicaux et il les a écartés pour ne pas en tenir compte dans l'appréciation de la capacité de travail. La Dre N._____, la Dre V._____ et le Dr M._____ ont également évoqué comme événements déclencheurs des crises notamment des heures supplémentaires de travail non payées, la précarité de ses emplois,

soit des événements non médicaux. L'expert a dûment motivé la capacité de travail de la recourante et son expertise satisfait aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle remplit en outre les critères de la jurisprudence en matière de troubles psychiques. En comparant les ressources mobilisables aux limitations induites par les atteintes, l'expert a en effet procédé à une analyse conforme à la grille d'évaluation désormais exigée par la jurisprudence, au terme de laquelle il a conclu à une capacité de travail de 50% dans toute activité.

Le Dr M. _____ n'a pas motivé les taux de capacité de travail moins élevés qu'il a attestée dès le printemps 2019.

Quant à la Dre V. _____, elle n'a pas été en mesure de déterminer le taux de capacité de travail lors de son rapport du 27 février 2019. Elle a en revanche relevé que la patiente avec une activité de 40% arrivait à ses limites avec des difficultés relationnelles, fatigue, contractions neuromusculaires liées à ses angoisses, liées à ses difficultés dues au travail (précarité de l'emploi, difficultés relationnelles avec certains employeurs...), humeur dépressive, troubles du sommeil, baisse de l'estime d'elle-même, allant parfois jusqu'à des idées suicidaires lorsqu'elle poussait trop ses limites. Si l'on fait abstraction des critères non médicaux, tels que la précarité de l'emploi et les difficultés relationnelles avec certains employeurs, le taux de capacité de travail évalué à 50% par l'expert est proche de l'appréciation de la Dre V. _____ qui semble fixer la limite à 40%, ce qu'elle a confirmé dans son rapport du 22 avril 2020.

Le rapport de la Dre R. _____ ne fait pas état d'une péjoration durable des atteintes affectant la recourante, mais indique que les symptômes sont fluctuants avec des périodes d'aggravation de 2 à 3 mois de la fatigue et des douleurs décrites, ce qui ne suffit pas pour prendre en considération une aggravation durable de son état de santé. En outre, la Dre R. _____ relève, en se fondant sur les déclarations de l'intéressée, que la recourante était dans une bonne période depuis juillet 2019, soit à une date même antérieure à celle à laquelle le Dr M. _____ a

constaté une amélioration de l'état de santé de la recourante et augmenté son taux de capacité de travail.

Il n'y a ainsi aucun argument permettant de mettre en doute les conclusions de l'expert, ni de constater une aggravation durable de l'état de santé de la recourante depuis mars/juillet 2019. Les taux d'incapacité de travail fixés par l'intimé sont donc admissibles. On relève encore que l'on ne saurait admettre une réduction de 10% de la capacité de travail de la recourante en raison de la paralysie de sa corde vocale droite, comme elle le soutient, eu égard à l'impact réduit que cette paralysie a sur son activité professionnelle de costumière et au fait que les éventuels effets secondaires des médicaments qui justifieraient une telle incapacité ont été indirectement pris en compte.

9. Lorsque l'activité adaptée peut être poursuivie à un taux inférieur à celui pratiqué avant l'invalidité, le taux d'incapacité de travail et de gain se confond avec le degré d'invalidité. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu un degré d'invalidité de 60% à l'échéance du délai de carence, ce qui donnait le droit à trois-quarts de rente, puis, dès le 22 mars 2019, un degré d'invalidité de 50%, de sorte qu'une demi-rente était reconnue à la recourante dès le 1^{er} juillet 2019, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé (art. 88a al. 1 RAI).

10. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). La partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être

arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 17 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est confirmée.

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

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap, Service juridique, 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).

La greffière :