

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juin 2021

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Armand Hichri,
avocat à Lausanne auprès d'Inclusion Handicap,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI ; 17 al. 1 LPGA.

E n f a i t :

A. a) D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé à 100 % en qualité d'employée de restauration pour le compte d'K. _____, dès le 1^{er} juillet 2011 jusqu'au 30 novembre 2014, pour un salaire mensuel brut de 3'800 fr., versé treize fois l'an.

En incapacité de travail complète depuis le 24 juin 2014, l'assurée a déposé le 17 décembre 2014 une demande de mesures professionnelles et de rente de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), mentionnant une « opération de la hanche "prothèse" ».

Dans un rapport du 8 juillet 2015, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic de status post-PTH (prothèse totale de la hanche) droite avec des douleurs post-opératoires persistantes autour de la hanche et du membre inférieur droit depuis la date opératoire, soit le 21 juillet 2014. Il a mentionné que l'évolution était défavorable. Différents examens radiologiques et une évaluation par un neurologue avaient été effectués, sans que n'ait pu être apportée une explication claire s'agissant des gênes décrites par la patiente.

Par courrier du 4 mai 2017, le Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne, a remis à l'OAI un rapport du 7 février 2017 du Prof. M. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin chef, du Dr H. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique, et du Dr A. _____, médecin assistant, lesquels indiquaient que l'assurée avait séjourné du 9 janvier au 27 janvier 2017 dans le service de médecine physique et réhabilitation (MPRH) du Centre T. _____ (ci-après : le Centre T. _____) pour se soumettre à des thérapies physiques et fonctionnelles dans le cadre de lombalgies et douleurs de la hanche droite chroniques et invalidantes. Ces médecins avaient posé le diagnostic principal de lombalgies et cruralgies chroniques post-arthroplastie totale de la hanche droite le 21 juillet 2014, avec deux

infiltrations du psoas au mois de mai 2015 (suspicion de conflit à l'arthro-CT ; inefficaces), de la physiothérapie bi-quotidienne (inefficace) et une infiltration de cortisone périrochantérienne le 22 décembre 2016 (inefficace). Ils avaient également posé les diagnostics secondaires de céphalées mixtes, de migraines et de céphalées de tension (lesquelles avaient motivé une hospitalisation au début novembre 2016), de status post-pose de PTH droite le 21 juillet 2014, d'épigastalgies, d'obésité et d'état anxiodépressif très probable. Ils avaient conclu que l'évolution était à considérer comme stationnaire, précisant que la psychologue consultée au cours de la prise en charge avait objectivé un état dépressif pour lequel une prise en charge appropriée en ambulatoire était recommandée.

Le 13 juin 2017, la Dre Q._____, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a requis la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et neurologique, laquelle a été confiée à la Clinique DD._____. (ci-après : la Clinique DD._____).

Dans leur rapport d'expertise du 26 septembre 2017, les Drs B._____, spécialiste en médecine interne générale, O._____, spécialiste en neurologie, N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et E._____, spécialiste en rhumatologie, ont diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail des douleurs chroniques de la hanche et du membre inférieur droit après mise en place d'une PTH le 21 juillet 2014. Ils ont également posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'évolution psychique pathologique de type somatoforme, hypocondriaque et avec majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques suite aux symptômes résiduels douloureux après la pose de la PTH – soit les diagnostics d'autres troubles somatoformes, de trouble hypocondriaque et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques –, ainsi qu'un état douloureux chronique diffus de type fibromyalgie et des migraines. Ils ont notamment retenu ce qui suit (sic) :

Appréciation

[...] **Au total, sur le plan somatique**, on peut retenir un status après implantation d'une PTH droite pour ostéonécrose de la tête fémorale le 21 juillet 2014. L'évolution post-opératoire est marquée par des douleurs importantes de la racine de la cuisse droite qui s'étendent dans la région fessière et lombaire avec une impression de paralysie du membre inférieur droit. Les différents examens effectués et l'avis des spécialistes orthopédistes évoquent la possibilité d'un conflit antérieur entre une pièce cotyloïdienne avec un léger débord antérieur et le tendon ilio-psoas. Une infiltration ciblée n'a cependant permis aucune amélioration et l'hypothèse du conflit antérieur ne permet pas d'expliquer l'importance et l'extension du syndrome douloureux, même s'il a pu jouer un rôle d'épine irritative au début de l'évolution. A l'évidence il y a des facteurs extra-somatiques qui entrent en jeu, justifiant une évaluation des caractéristiques psychologiques de l'assurée.

Au terme de son **expertise psychiatrique, le Dr N._____** ne retrouve aucune psychopathologie incapacitante. Il conclut à une évolution pathologique de type somatoforme et hypocondriaque avec majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques suite aux symptômes résiduels douloureux. Il souligne la recherche active d'une reconnaissance d'une cause somatique à ses souffrances et, en arrière-fond, la reconnaissance d'une faute et d'un droit à une compensation. Bien qu'elle ait des symptômes dépressifs, ceux-ci ne remplissent pas les critères pour un syndrome dépressif majeur ou même mineur. Il n'y a pas de symptomatologie anxieuse ou psychotique. Il n'y a donc pas de comorbidité psychiatrique qui jouerait un rôle aggravant. Les différents critères de gravité du syndrome douloureux sont analysés. Le Dr N._____ souligne le fait que l'assurée a un entourage soutenant et positif et qu'elle dispose indéniablement encore de ressources.

En conclusion, les experts s'accordent à estimer que les anomalies somatiques susmentionnées justifient des limitations fonctionnelles qui concernent les déplacements prolongés et les positions accroupies ou à genoux. Au vu de ce qui précède, il y a une incapacité de travail complète dans l'activité d'aide de cuisine ou femme de ménage, dès le 25 juin 2014, de façon définitive.

D'un point de vue médico-théorique, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est exigible, en l'absence d'une psychopathologie incapacitante et de critères de gravité du syndrome douloureux. D'après le dossier, la situation est stabilisée et sans changement significatif au moins depuis la fin de l'année 2014. Une activité adaptée était donc théoriquement exigible à 100 % à partir du 1^{er} janvier 2015.

Dans un rapport SMR du 30 octobre 2017, la Dre Q._____ a estimé que cette expertise pluridisciplinaire répondait aux critères de qualité requis, de sorte que l'OAI pouvait en suivre les conclusions. Dès lors, la capacité de travail exigible était complète dès le 1^{er} janvier 2015

dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit les activités qui n'exigeaient pas de déplacements prolongés, de positions accroupies / à genoux et de tâches physiques lourdes.

Par rapport du 4 janvier 2018, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée était suivie au Centre P._____ depuis le 1^{er} juin 2017, tout d'abord par la Dre AA._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, puis par lui-même. Il a exposé que sa patiente présentait, en date du 24 novembre 2017, les cinq critères nécessaires pour poser le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé, d'intensité modérée. Le 16 décembre 2017, la mère de l'assurée était brutalement décédée, ce qui avait majoré la symptomatologie dépressive. L'ensemble des symptômes était toutefois partiellement lié à la perte d'autonomie subie depuis l'opération de la hanche et l'assurée présentait probablement une composante psychosomatique, ce qui ne signifiait toutefois pas pour autant qu'elle « mimait » ses douleurs. Celles-ci étaient bien réelles, influençaient négativement l'humeur et étaient probablement partiellement à l'origine de l'épisode dépressif actuel, lequel majorait lui-même le ressenti douloureux. En conclusion, le Dr X._____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif, d'intensité sévère, associé à une composante douloureuse importante et limitant l'autonomie, d'une part, et les capacités fonctionnelles, d'autre part. Ces éléments empêchaient actuellement une reprise de l'activité professionnelle.

Par projet de décision du 26 janvier 2018, l'OAI a communiqué son intention de refuser toute rente d'invalidité et mesures professionnelles à l'assurée, dans la mesure où elle disposait d'une capacité de travail exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} janvier 2015.

Par courrier du 23 mars 2018, l'assurée, représentée par sa protection juridique, a contesté ledit projet de décision. Elle a en substance exposé que l'expertise réalisée par les médecins de la Clinique DD._____ n'était pas probante. S'agissant singulièrement de l'atteinte

psychique, elle a produit un rapport du 9 mars 2018 du Dr X._____, lequel indiquait que, depuis le rapport d'expertise psychiatrique du mois de septembre 2017, la symptomatologie s'était nettement aggravée. Dans le courant du mois de décembre 2017, la situation s'était progressivement péjorée en raison de la persistance des symptômes douloureux et du décès de la mère de l'intéressée. Le diagnostic avait évolué en épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère sans symptômes psychotiques. Le score retrouvé à l'échelle de dépression MADRS (Montgomery-Asberg depression rating scale ou échelle d'évaluation de la dépression) était de 40 sur 60, soit un score de dépression sévère. Sur le plan fonctionnel, les limitations d'ordre psychique concernaient, d'une part, des troubles cognitifs (mémoire et attention), lesquels compliquaient la réalisation de tâches habituelles, et, d'autre part, l'hyperesthésie émotionnelle, laquelle rendait les relations interpersonnelles compliquées. Enfin, la gestion du stress était difficile du fait de l'angoisse de fond et du sentiment d'indignité de la patiente. Selon ce médecin, l'incapacité de travail était actuellement de 100 % et aucune activité professionnelle n'était adaptée à la situation actuelle, de sorte qu'une baisse de rendement était certaine dans toutes activités.

A teneur d'un avis SMR du 5 avril 2018, la Dre Q._____ a requis qu'un complément d'expertise psychiatrique soit réalisé au vu des nouveaux rapports des 4 janvier et 9 mars 2018 du Dr X._____.

Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 8 octobre 2018, le Dr FF._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant, ainsi que celui, sans incidence sur la capacité de travail, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il a précisé que ce dernier diagnostic, bien que n'ayant pas un impact direct sur la capacité de travail, exerçait toutefois une énorme influence sur le maintien de la symptomatologie dépressive et algique. En conclusion, l'expert a retenu que la capacité de travail dans les activités exercées jusqu'ici, y compris la dernière activité, était nulle, au

vu des limitations fonctionnelles d'ordre somatique. En revanche, dans une activité adaptée à ses aptitudes – soit qui permettrait de pouvoir changer de position en cas de douleurs particulièrement pénibles et qui ne nécessiterait ni port de charges, ni de devoir se baisser ou de rester debout (tel que le travail de caissière, par exemple) –, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50 % du point de vue strictement psychiatrique, sans diminution de rendement à ce taux. Une réinsertion professionnelle progressive et une reconversion professionnelle menée par les organes de OAI étaient cependant nécessaires au vu du fonctionnement psychique de l'expertisée. A cet égard, il a souligné que la capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être améliorée ou stabilisée (peut-être même de manière flagrante) par des mesures médicales adaptées, telles que l'intensification du suivi psychiatrique, la modification du traitement psychotrope (en particulier par l'introduction d'antidépresseurs, lesquels n'avaient pas été supportés par l'assurée, conformément aux indications du Dr X._____) et des activités paramédicales. Le degré de succès prévisible ne pouvait en revanche être établi avec certitude, en raison de l'état psychique cristallisé. En définitive, l'expert a recommandé que soit mise en place « une alliance thérapeutique autour de la patiente [...], ce réseau devant être composé du médecin-traitant, d'un psychothérapeute, d'un physiothérapeute et d'un « coach » pour la réinsertion professionnelle ».

Dans un avis du 10 décembre 2018, le Dr GG._____, médecin auprès du SMR, a considéré que les diagnostics retenus dans le rapport d'expertise psychiatrique complémentaire étaient cohérents avec l'anamnèse et le tableau clinique décrits. Il a repris les suggestions de l'expert s'agissant des pistes de réinsertion et de la prise en charge en réseau avec médecin-traitant, suivi régulier par un psychothérapeute et un physiothérapeute et coaching en matière de réinsertion. A cet égard, le médecin-conseil a proposé de retenir « une période de trois à quatre mois à partir de la date de l'expertise comme nécessaire pour un reconditionnement afin de pouvoir appliquer l'exigibilité de 50 % dès février-mars 2019 ».

Dans un rapport du 22 janvier 2019, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a indiqué vouloir questionner les différents médecins sur la situation, dans la mesure où il semblait actuellement difficilement envisageable de mettre en place une quelconque mesure.

Par rapport du 6 février 2019, le Dr X._____ a réitéré les explications fournies dans ses rapports des 4 janvier et 9 mars 2018, tout en ajoutant que sa patiente souffrait toujours actuellement d'un épisode dépressif d'intensité sévère et qu'elle n'était pas apte à reprendre le travail, ce qui avait également été constaté par son médecin-traitant, le Dr Z._____, ou encore par le Dr H._____, rhumatologue en charge de son suivi au Centre T._____.

A teneur d'un rapport du 22 mai 2019, le Dr Z._____ a également indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était défavorable avec persistance de douleurs à la marche et, en particulier, une aggravation d'un état dépressif avec parfois des idées suicidaires. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis l'opération du 21 juillet 2014. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'assurée ne pouvait pas fournir d'activité soutenue (même légère), puisqu'elle était dans l'impossibilité de se tenir en position assise ou debout plus de quelques minutes sans devoir se déplacer. Elle présentait les limitations fonctionnelles suivantes : grandes difficultés à la marche nécessitant l'usage de deux cannes anglaises et impossibilité d'assumer les tâches ménagères, hormis l'habillement et sa toilette.

Dans un avis SMR du 20 juin 2019, la Dre G._____, spécialiste en chirurgie, a considéré qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments en l'état actuel pour remettre en question les conclusions de l'avis SMR du 10 décembre 2018.

Dans un rapport du 19 juillet 2019, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a estimé que l'assurée ne présentait aucun potentiel de réinsertion réaliste à ce jour, celle-ci ne parlant pas français,

n'ayant pas de permis de conduire, ne pouvant plus se déplacer physiquement ou assumer ses tâches ménagères et ayant un besoin permanent de l'aide d'un tiers. Pour ces raisons, aucune mesure ne pouvait être mise en place.

Le 29 juillet 2019, l'OAI a rendu un projet de décision, aux termes duquel l'assurée avait droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2018 au 30 avril 2019 et à une demi-rente dès le 1^{er} mai 2019.

Par courrier du 30 juillet 2019, l'assurée, représentée désormais par Procap Suisse, a communiqué ne pas avoir d'objections à formuler à l'encontre de ce projet.

Par décisions du 21 janvier 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière du 1^{er} décembre 2018 au 30 avril 2019, puis une demi-rente dès le 1^{er} mai 2019. En substance, il a retenu que l'assurée présentait depuis le 1^{er} janvier 2015 une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au mois de décembre 2017, l'état de santé psychique de l'assurée s'était toutefois péjoré. Depuis lors, elle avait présenté une incapacité totale de travailler jusqu'au 1^{er} février 2019, date à compter de laquelle elle disposait à nouveau d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, l'OAI a refusé le droit à des mesures professionnelles, dans la mesure où il n'avait pas été démontré que celles-ci étaient propres, de manières objective et subjective, à réduire le préjudice économique.

B. **a)** Par acte du 20 février 2020 - daté, par erreur, du 6 juillet 2018 -, D. _____, sous la plume de Me Karim Armand Hichri, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des deux décisions du 21 janvier 2020, concluant à leur réforme en ce sens que l'intéressée a droit à une rente d'invalidité entière, principalement, dès le 1^{er} décembre 2018, et, subsidiairement, du 1^{er} décembre 2018 au 30 avril 2019, avec, dans ce dernier cas, renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision

concernant le droit à la rente au-delà du 30 avril 2019, étant précisé que le droit à une demi-rente d'invalidité devait, à tout le moins, être maintenu dès le 1^{er} mai 2019. Elle a également requis que l'effet suspensif du recours soit retiré. En substance, D._____ contestait le passage dès le 1^{er} mai 2019 d'une rente d'invalidité entière à une demi-rente. Selon elle, l'OAI aurait dû fonder sa décision sur le rapport d'expertise du 8 octobre 2018, lequel considérait que la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée après une période de réadaptation / reconditionnement progressif. Or le médecin conseil du SMR avait retenu à tort que cette période était de trois à quatre mois à compter de la date de l'examen psychiatrique du mois d'octobre 2018. Au surplus, l'ensemble des médecins-traitants de la recourante s'accordaient sur une complète incapacité de travail.

b) Dans sa réponse du 31 mars 2020, l'OAI a admis, à titre liminaire, le retrait de l'effet suspensif au recours, et, principalement, conclu au rejet du recours sur le fond, renvoyant en particulier à l'avis du SMR du 20 juin 2019.

c) Par réplique du 15 juin 2020, D._____ a maintenu ses conclusions et transmis un rapport médical du 11 juin 2020 du Dr X._____. Ce médecin constatait que l'état psychiatrique était actuellement tout à fait comparable à celui du 9 mars 2018. Sur l'échelle de MADRS, le score de sa patiente était de 50 sur 60, soit celui d'une dépression sévère. Par ailleurs, les conséquences fonctionnelles de cet état dépressif étaient nombreuses : les troubles cognitifs, de mémoire et d'attention empêchaient la réalisation de tâches simples (actuellement, l'assurée n'effectuait pas les tâches du quotidien à son domicile), tout en entraînant un risque d'erreur élevé. L'hyperesthésie émotionnelle et la douleur morale rendaient impossibles toutes relations interpersonnelles, avec une forte tension interne et une hypersensibilité qui entraînaient un risque de mauvaise interprétation et de conflits interpersonnels. Enfin, la gestion du stress restait extrêmement délicate au vu des symptômes anxieux et dépressifs. Le Dr X._____ concluait qu'au regard du tableau clinique actuel et de l'évolution péjorative de la situation, il apparaissait

illusoire d'espérer une amélioration de l'état de santé de l'assurée sous les trois à quatre mois. Par ailleurs, il confirmait qu'à ce jour, la capacité de travail était nulle dans toute activité.

d) A l'appui de sa duplique du 30 juillet 2020, l'OAI a communiqué un avis SMR du 2 juillet 2020 de la Dre G._____, laquelle considérait qu'il était délicat d'affirmer que l'état de santé s'était aggravé depuis le mois d'octobre 2018, mais qu'il pouvait néanmoins être admis que l'état psychique n'avait pas eu l'évolution favorable prévue dans le complément d'expertise psychiatrique du 8 octobre 2018 et l'avis SMR du 10 décembre 2018. Il apparaissait que les ajustements thérapeutiques n'avaient pas produit les effets escomptés et qu'il n'avait pas été possible de stimuler et motiver D._____ à s'investir dans un processus de réadaptation permettant l'amélioration du tableau clinique, ainsi que la récupération partielle de la capacité de travail. En conclusion de son rapport, la Dre G._____ suggérait à la Cour de céans de requérir un rapport médical complémentaire auprès du psychiatre-traitant, respectivement une évaluation psychiatrique neutre se prononçant sur l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de décembre 2017.

e) Le 12 août 2020, D._____ a constaté que l'OAI admettait le bien-fondé du recours dans le sens d'une instruction complémentaire, faisant ainsi suite à ses conclusions subsidiaires. Elle a laissé le soin au juge instructeur de déterminer s'il était préférable de mettre en œuvre une expertise judiciaire ou de requérir un avis complémentaire auprès du psychiatre-traitant, option préférable, selon elle.

f) Par ordonnance du 24 août 2020, le juge instructeur a requis de la Dre V._____, médecin auprès du Centre P._____, d'établir un rapport médical circonstancié relatif à la prise en charge de D._____ sur le plan psychiatrique.

Dans un rapport du 24 septembre 2020, les Drs V._____ et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont répondu aux questions du juge instructeur de la manière suivante (sic) :

1. Depuis quand suivez-vous personnellement Mme D._____

?

Mme D._____ est suivie par nos soins depuis le 28 janvier 2020.

2. Quel(s) diagnostic(s) reprenez-vous actuellement ?

Trouble affectif bipolaire de type I, épisode actuel de dépression sévère avec caractéristique mixte (DSM-5 [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux] : 296.52 ; CIM-10 : F31.4).

3. Sur la base de quelles observations cliniques les diagnostics retenus sont-ils posés ?

Mme D._____ présente une humeur fluctuante associée à une irritabilité difficile à vivre et à un trouble important des fonctions cognitives. Elle présente une anxiété persistante importante et un comportement désorganisé et dispersé. On relève aussi une fuite des idées assortie d'un comportement imprévisible ; la patiente voulait par exemple se rendre à pied depuis Lausanne jusque dans le canton de Fribourg pour visiter ses petits-enfants. Elle éprouve par ailleurs un sentiment d'injustice (intervention chirurgicale échouée selon la patiente). Il lui arrive de dire vouloir terminer sa vie toute seule dans la forêt et mettre fin à sa souffrance psychique et physique. Elle mentionne également des difficultés relationnelles manifestes avec une agressivité verbale envers les gens (dans le bus, à la réception, dans la rue) et une hétéro-agressivité physique limite. Les activités de la vie quotidienne sont profondément perturbées. Mme D._____ évoque le désir constant de parler, et elle pleure souvent en entretien. Elle dit avoir toujours aimé travailler. Par le passé, elle a présenté des phases maniaques marquées par une humeur exaltée, voir euphorique, une logorrhée et une augmentation de l'énergie et des activités, sans aucun ressenti de fatigue malgré les réveils précoces et le dur travail effectué toute la journée. Après une période de stabilité, la patiente peut présenter une phase de dépression durant laquelle elle ressent une grande tristesse (affect non congruent à l'humeur) et un manque d'énergie manifeste, ainsi qu'une perte de plaisir et d'intérêt pour tout. Elle perd tout simplement goût à la vie. Son sommeil est perturbé, caractérisé par des périodes de réveil nocturnes et précoces, une insomnie et une hypersomnie. Elle a parfois tendance à se renfermer sur elle-même et à développer des idéations suicidaires avec projet précis (se jeter sous un train). De temps à autre, elle est envahie par des idées noires (souhaite disparaître).

4. Quelle est la nature du traitement instauré et quelle est son évolution ?

Au Centre P._____, Mme D._____ bénéficie d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré. Au niveau psychopharmacologique, une modification du traitement psychotrope a eu lieu, à savoir que son traitement psychotrope (Lexotanil, benzodiazépine) a été maintenu et qu'un stabilisateur

d'humeur (Lamictal) et un traitement anxiolytique (Lyrica) ont été introduits. [...]

L'évolution psychique est faible. Le traitement psychotrope est en cours de modification (augmentation du stabilisateur de **l'humeur à 200 mg**).

5. Comment décririez-vous la situation actuelle de votre patiente sur le plan clinique et diagnostique ?

Décompensation dépressive dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire.

Dégradation de l'état psychique.

6. Comment décririez-vous l'évolution de l'état de santé de votre patiente depuis le début de la prise en charge au Centre P. _____ ?

Evolution psychique faible.

7. Les atteintes à la santé de votre patiente sur le plan psychiatrique la limitent-elles dans l'exercice d'une activité professionnelle ?

Oui.

8. Dans l'affirmative, quelles sont les limitations fonctionnelles qui affectent votre patiente dans l'exercice d'une activité professionnelle ?

Concentration diminuée, faible résistance au stress, anxiété, impatience et irritabilité, agitation psychomotrice, important risque auto- et hétéro- agressif. Comportement imprévisible. Fatigue et tension psychique.

9. Dans quelle mesure (par exemple heures par jour, pourcentage) votre patiente est-elle affectée par des limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique dans l'exercice d'une activité professionnelle ?

Capacité de travail nulle sur le plan psychiatrique.

10. Comment les limitations fonctionnelles ont-elles évolué depuis le début de votre prise en charge ?

Evolution défavorable des limitations fonctionnelles.

11. Quel est votre pronostic quant à l'évolution de l'état de santé de votre patiente sur le plan psychiatrique ?

Mme D. _____ souffre d'une maladie psychique grave et sérieuse. Un intérêt grandissant est porté à ce trouble, compte tenu du pronostic sévère de la maladie, de son retentissement fonctionnel et du risque suicidaire élevé. Afin d'éviter d'éventuelles complications telles que des problèmes dus à des comportements agressifs, un comportement suicidaire et un abus de médicaments dans le contexte d'une tentative d'automédication, le traitement à long terme est souvent nécessaire et les résultats peuvent varier en fonction de l'individu. Les complications dites psychosociales sont fréquentes.

La maladie expose à des difficultés professionnelles (licenciement, démissions impulsives, conflits professionnels), mais aussi des difficultés familiales et sociales [...].

Par déterminations du 19 octobre 2020, D._____ a considéré que le rapport du 24 septembre 2020 des Drs V._____ et L._____ était probant. Elle a encore produit un rapport du 28 septembre 2020 du Dr Z._____, lequel estimait que sa patiente était actuellement en incapacité complète de trouver une occupation professionnelle, tout en ajoutant qu'il n'en existait aucune qui soit adaptée à son état de santé.

Le 13 novembre 2020, l'OAI a estimé que les rapports du 24 septembre 2020 des Drs V._____ et L._____ et du 28 septembre 2020 du Dr Z._____ étaient de nature à remettre en cause la décision attaquée, étant donné que l'évolution favorable prévue dans l'expertise complémentaire du 8 octobre 2018 et l'avis SMR du 10 décembre 2018 ne s'était pas produite. Compte tenu de la nouvelle appréciation diagnostique (soit un trouble affectif bipolaire de type I, épisode actuel de dépression sévère avec caractéristique mixte) et de l'insuffisance d'éléments permettant de comprendre les raisons de l'absence d'amélioration, l'OAI proposait l'annulation de la décision litigieuse avec renvoi de la cause pour complément d'instruction, sous la forme d'une expertise psychiatrique, puis nouvelle décision. A l'appui de ses déterminations, il a produit un avis SMR du 8 octobre 2020 de la Dre G._____.

Par acte du 28 décembre 2020, D._____ a requis que soit mise en œuvre une expertise judiciaire, dont les frais devaient être mis à la charge de l'OAI, quelle que soit l'issue du litige.

Le 14 janvier 2021, l'OAI a indiqué ne pas être opposé à une expertise judiciaire ; néanmoins, aucune raison n'imposait de mettre les frais de celle-ci à sa charge, dans la mesure où l'obligation d'instruction avait été respectée.

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 l'espèce, le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si son état de santé s'est amélioré de manière à influencer son droit à la rente à compter du 1^{er} février 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).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, soit le cas où en accordant une rente avec effet rétroactif, l'administration prévoit en même temps sa réduction ou sa suppression (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible

de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. 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).

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 un élément important 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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

5. a) À titre liminaire, on rappellera que l'état de santé somatique de la recourante est stabilisé et n'est pas incapacitant dans une activité adaptée. En effet, dans leur rapport d'expertise du 26 septembre 2017, les médecins de la Centre P. _____ ont fait état de l'apparition de douleurs importantes dans l'évolution post-opératoire de la pose d'une prothèse totale de la hanche (PTH) effectuée le 21 juillet 2014 et posé le diagnostic invalidant de douleurs chroniques de la hanche et membre inférieur droit. Cela posé, ils ont mis en évidence que les constatations objectives et les résultats des examens cliniques ne permettaient pas d'expliquer la totalité de la symptomatologie douloureuse et qu'il existait une discordance avec l'importance des douleurs décrites, des facteurs extrasomatiques entrant en jeu dans le cas d'espèce. En conclusion, ils ont considéré qu'au vu de l'atteinte somatique, la recourante était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'aide cuisinière ou de femme de ménage. En revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (éviter les déplacements prolongés et les positions accroupies ou à genoux), la situation n'entraînait aucune incapacité de travail.

b) S'agissant de l'état de santé psychique, le Dr N._____ a considéré, dans son rapport d'expertise psychiatrique du 30 août 2017 - lequel est probant au regard de jurisprudence du Tribunal fédéral -, que la recourante avait développé une symptomatologie psychiatrique non-invalidante au cours de l'année qui avait suivi l'opération du 21 juillet 2014 et que celle-ci était restée stable depuis lors. Il avait exclu un éventuel diagnostic d'épisode dépressif moyen ou léger, indiquant notamment que la recourante se plaignait d'une baisse de l'humeur, avec des pleurs fréquents (surtout lors de retours négatifs des médecins quant à la possibilité d'améliorer sa souffrance avec des mesures somatiques), décrivait des troubles du sommeil (à savoir des difficultés à l'endormissement, plusieurs réveils nocturnes et des difficultés à retrouver le sommeil) avec toutefois une absence de fatigue diurne due à un manque de sommeil accumulé de gravité importante, et qu'elle éprouvait du plaisir à l'occasion d'activités habituellement agréables. L'expert avait néanmoins constaté l'absence de symptômes dépressifs dans le sens d'une dépression caractérisée ; il n'existait pas de ralentissement psychomoteur et de la pensée, de monidélisme et de perte de la capacité d'éprouver du plaisir. En revanche, la mimique était vive et la projection dans le futur conservée. Il avait également fait état de l'absence de symptômes de la lignée anxieuse. Il a néanmoins précisé que « quelques oscillations dépressives plutôt légères » n'étaient pas à exclure dans le futur.

c) L'état de santé psychique de la recourante s'est toutefois aggravé dès le mois de décembre 2017, soit quelques mois après le rapport d'expertise susdit, conduisant à une incapacité totale de travailler.

Dans ses rapports des 4 janvier 2018, 9 mars 2018, 6 février 2019 et 11 juin 2020, le Dr X._____ a exposé que la symptomatologie dépressive de la recourante s'était considérablement aggravée à la suite du décès de sa mère survenu le 16 décembre 2017 et avait évolué dans le sens d'un état dépressif d'intensité sévère. Au regard des observations contenues dans le rapport du 30 août 2017 du Dr N._____, on constate

effectivement une péjoration du tableau clinique et des symptômes psychiques, le Dr X. _____ décrivant (en particulier dans son rapport du 9 mars 2018) que sa patiente présentait un discours clair, mais ralenti, une hygiène limite, une douleur morale extrême, une tristesse de l'humeur importante, une anhédonie majeure, des troubles du sommeil envahissants (avec des ruminations hypnagogiques compliquant l'endormissement, des réveils multiples durant la nuit et un réveil précoce le matin), une hyporexie avec perte de poids d'environ 5 kg, une absence de libido, une irritabilité, des troubles cognitifs de la mémoire et de l'attention, ainsi que des idées suicidaires scénarisées par noyade, des idées d'incurabilité et de culpabilité au sujet du poids que l'intéressée disait représenter actuellement pour l'ensemble de sa famille du fait de son incapacité, une forte anxiété et des symptômes neurovégétatifs quotidiens.

Cette péjoration a également été confirmée par le Dr FF. _____ dans son rapport d'expertise du 8 octobre 2018. Cet expert a en effet considéré que la recourante était atteinte d'une symptomatologie polymorphe et que le tableau clinique était compatible avec un épisode dépressif moyen et un syndrome douloureux somatoforme persistant. En ce qui concernait plus particulièrement l'épisode dépressif moyen, il observait que la recourante présentait une humeur dépressive (faisant notamment état d'un repli sur soi, d'un retrait social, d'une aboulie et d'un sentiment de vide chronique), une diminution marquée de l'intérêt / du plaisir (notamment une anhédonie, un apragmatisme et un manque d'initiative), une augmentation de la fatigabilité (asthénie), une diminution de la concentration et de l'attention, un sentiment de culpabilité / de dévalorisation et une perturbation du sommeil (insomnie). On ne retrouvait en revanche pas de ralentissement psychomoteur / agitation, un manque de confiance en soi, une attitude pessimiste face à l'avenir (l'expert relevant toutefois que la recourante avait « une incapacité à se projeter dans l'avenir »), des idées / actes suicidaires (bien que l'expert ait indiqué que la présence d'une symptomatologie algique de longue date évoquait chez l'intéressée des

fantasmes de mort et de dégradations physiques) ou de diminution de l'appétit.

d) Certes, le Dr FF. _____ a estimé, dans son rapport d'expertise du 8 octobre 2018, que, d'un point de vue strictement psychiatrique, la recourante disposait théoriquement d'une capacité de travail de 50 %, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses aptitudes, soit une activité permettant de pouvoir changer de position en cas de douleurs particulièrement pénibles et ne nécessitant pas de port de charges ou de devoir se baisser ou rester debout. Néanmoins, il était primordial que la recourante, avant de pouvoir déployer une telle capacité de travail, puisse se reconditionner et se réentraîner au travail, ce qui impliquait une reprise d'activité progressive. L'expert préconisait à ce titre une reconversion professionnelle avec l'aide des organes de l'assurance-invalidité, ainsi qu'un accompagnement étroit dans le cadre d'une telle démarche, eu égard au fonctionnement psychique de la recourante. En effet, selon ce médecin, celle-ci était persuadée de ne jamais pouvoir améliorer son état de santé, n'était pas proactive et devenait de moins en moins autonome. De même, ces mesures lui permettraient de se revaloriser, de reprendre confiance en elle, d'exister autrement qu'à travers les plaintes somatiques, d'améliorer la situation financière de son ménage et d'améliorer les relations familiales en diminuant les tensions générées par la frustration permanente qu'elle ressentait en raison de son « impotence » et de son « inutilité » (décrites par cette dernière). L'état dépressif étant non seulement provoqué par la problématique douloureuse, mais également par les conséquences de celle-ci sur la vie privée et sur les conditions socio-économiques précaires, la reprise d'une activité adaptée et d'une reconversion professionnelle seraient bénéfiques sur le plan psychiatrique.

Se déterminant sur cette expertise, le Dr GG. _____ a estimé, dans son avis SMR du 10 décembre 2018, qu'il fallait retenir une période de trois à quatre mois à partir de la date de l'expertise pour que la recourante se reconditionne et que puisse être appliquée une exigibilité de 50 %.

Si l'office intimé a bel et bien examiné le droit à des mesures d'ordre professionnel, tel que cela ressort des rapports des 22 janvier 2019 et 19 juillet 2019 du spécialiste en réinsertion de l'OAI, il n'en demeure pas moins qu'il ne s'est pas engagé dans une quelconque mesure de réintégration au travail en faveur de la recourante, respectivement ne l'a pas mise en demeure d'entreprendre des démarches en vue de reprendre progressivement une activité. Ce faisant, il n'a pas examiné, avant de rendre les décisions litigieuses du 21 janvier 2020, si les conditions strictes d'une reprise d'activité mises en évidence par le Dr FF. _____ avaient été mises en œuvre et si, partant, la capacité de travail de la recourante s'était améliorée. Pourtant, le spécialiste en réinsertion de l'OAI avait requis, dans son rapport du 22 janvier 2019, des renseignements supplémentaires des médecins-traitants et ceux-ci avaient unanimement fait état de l'absence d'amélioration de l'état de santé, respectivement de capacité travail (rapports du 6 février 2019 du Dr X. _____ et du 22 mai 2019 du Dr Z. _____).

En réalité, l'office intimé a présumé l'existence d'une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante, sans vérifier concrètement dans les faits si celles-ci était advenue. Or il ressort de manière claire des différents rapports médicaux établis le 11 juin 2020 par le Dr X. _____, le 28 septembre 2020 par le Dr Z. _____ et le 24 septembre 2020 par les Drs V. _____ et L. _____ que l'état de santé psychique de la recourante s'est plutôt aggravé. Singulièrement, le Dr X. _____, dans son rapport du 11 juin 2020, a insisté sur le fait que, contrairement à ce que retenait le médecin du SMR, il semblait extrêmement peu probable que la symptomatologie dépressive s'amende en « trois à quatre mois ». En effet, celle-ci existait depuis 2018 et s'était progressivement aggravée au cours des deux dernières années, l'essai de plusieurs molécules antidépressives n'ayant pas entraîné d'amélioration. Tous ces éléments, additionnés à la comorbidité que constituaient le syndrome douloureux, l'aggravation des difficultés de mobilisation et la perte d'autonomie, représentaient des facteurs de mauvaise évolution. Plus généralement, les rapports médicaux sont unanimes à constater que

la capacité de travail était nulle dans toute activité professionnelle au moment où l'office intimé a rendu les décisions attaquées.

e) Finalement, il est exact que les Drs V._____ et L._____ ont retenu un trouble affectif bipolaire de type I, épisode actuel de dépression sévère avec caractéristique mixte, et que ce diagnostic diffère de ceux du Dr X._____, lequel s'est référé à un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, et du Dr FF._____, lequel a mentionné un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Cela étant, on rappellera que ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail ; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient n'est dans ce contexte que secondaire (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et les références citées). Or, en l'occurrence, tous les spécialistes consultés par la recourante ont retenu un diagnostic correspondant à un trouble sévère de la lignée dépressive et s'accordent - y compris le SMR (cf. avis des 2 juillet et 8 octobre 2020) - sur le fait que l'état de santé psychique de la recourante n'a pas eu l'évolution favorable escomptée par l'office intimé et que celle-ci demeure actuellement totalement incapable de travailler dans toute activité. Contrairement à ce que propose l'office intimé dans ses déterminations du 13 novembre 2020, cette absence d'évolution ne justifie pas de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique.

f) En l'absence de toute amélioration objective de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique, l'office intimé n'avait aucun motif pour réduire le droit à la rente à compter du 1^{er} février 2019.

6. S'agissant de la requête de retrait de l'effet suspensif du 20 février 2020 de la recourante, celle-ci est sans objet, en tout cas depuis que l'intimé a confirmé le 31 mars 2020 qu'il verserait les prestations allouées par les décisions litigieuses, conformément à sa pratique en cas

de recours contre une décision d'allocation de prestations. Elle est définitivement sans objet compte tenu du présent arrêt.

7. a) En définitive, le recours de D._____, bien fondé, doit être admis et, partant, les décisions litigieuses du 21 janvier 2020 réformées, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2018.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'office intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un avocat du service juridique d'un organisme d'utilité publique, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire, il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle elle a droit à 2'550 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

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

I. Le recours est admis.

II. Les décisions du 21 janvier 2020 rendues par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, sont réformées, en ce sens que D._____ a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité entière à compter du 1^{er} décembre 2018.

III. Les frais de justice, 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 D._____ une indemnité de 2'550 fr. (deux mille cinq cents cinquante francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Armand Hichri (pour D._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :