

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 septembre 2022

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu et Mme Berberat, juges  
Greffière : Mme Berseth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Bernard de Chedid,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI ; art. 87 al. 2  
et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** X. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 19[...], est mère de deux enfants nés en 2001 et 2004. Titulaire d'une maîtrise en langues étrangères appliquées obtenue en France, elle travaillait depuis 1999 en qualité de secrétaire de direction pour le compte de la société M. \_\_\_\_\_, au taux de 90%.

En incapacité de travail à taux variables depuis février 2016 en raison d'un lymphome B de la zone marginale de stade IV, l'assurée a déposé le 4 octobre 2016 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé). Il est ressorti de la procédure d'instruction qu'elle présentait également une constipation chronique, non incapacitante, pour laquelle elle avait bénéficié de nombreuses interventions thérapeutiques. Après avoir été mise au bénéfice d'un traitement par immunothérapie et par chimiothérapie, l'assurée a été déclarée en rémission et a progressivement repris son activité auprès de M. \_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017, d'abord à 50%, puis à 70% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2017, pour finalement atteindre son taux d'activité habituel de 90% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Par décision du 22 octobre 2018, l'Office AI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 30 novembre 2017, puis un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 28 février 2018.

**B.** Le 28 mars 2019, X. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité motivée par des troubles gastroentérologiques (côlon irritable, constipation chronique, rectocèle opérée en 2009 sans succès, rectum atrophié et douleurs chroniques), à l'origine d'une incapacité de travail de 100% quasi continue depuis le 28 janvier 2019.

A l'appui de sa demande, l'assurée a produit un lot de pièces, parmi lesquelles :

- un rapport du 23 janvier 2019 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, sollicitant l'avis spécialisé du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et chirurgie viscérale, en raison d'une récurrence de constipation, l'assurée ayant récemment échappé au traitement qui avait permis une stabilisation durant deux ans ;
- un rapport du 22 avril 2019 du Dr G.\_\_\_\_\_, généraliste traitant, signalant une détérioration de l'état de sa patiente en raison d'un état dépressif et d'un épuisement lié à la décompensation d'une constipation terminale sur rectocèle, avec l'aggravation des douleurs abdominales et l'augmentation du temps d'auto-soins, passé de deux à quatre heures par jour, laissant la patiente complètement épuisée avant d'avoir pu commencer sa journée ;
- un rapport du 19 juin 2019 de N.\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute FSP, déclarant suivre à nouveau l'assurée depuis février 2019 (après deux prises en charge antérieures en 2004 et 2011-2012), observant un état d'épuisement psychique et physique ainsi qu'une grande détresse psychologique, l'assurée ayant notamment expliqué qu'elle devait se lever trois heures avant toute activité matinale, car elle n'avait plus la capacité de contrôler ses sphincters et ne pouvait donc pas sortir avant de « s'être vidée ».

Considérant que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé, l'Office AI a procédé à l'instruction de sa nouvelle demande et interpellé ses médecins traitants.

Dans un rapport du 9 septembre 2019 à l'Office AI, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a constaté que l'assurée ne semblait pas présenter de constipation colique ascendante, transverse ou descendante particulière susceptible d'expliquer les troubles de la défécation et l'inconfort à la digestion signalés. La zone pathologique se situait au niveau du rectum distal, qui semblait atone. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a préconisé soit une nouvelle stimulation sacrée, comme déjà réalisée en 2010, soit une résection

chirurgicale au niveau du rectum distal avec confection d'une anastomose colorectale basse voire colo-anale, sous protection d'iléostomie, cette dernière option nécessitant toutefois des investigations préliminaires.

Dans un rapport du 28 septembre 2019 à l'Office AI, le Dr V.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics incapacitants de constipation chronique terminale (syndrome dyschésique) sur rectocèle antérieure récidivante et status post-rectopexie avec promontofixation et atonie rectale, et d'état dépressif chronique, depuis 2010. Il a mis en évidence des troubles défécatoires majeurs malgré un traitement laxatif et prokinétique important, l'assurée nécessitant deux heures le matin pour aller à selles. Une neurostimulation sacrée de 2010 à 2015 et une injection intrasphinctérienne de Botox en décembre 2018 s'étaient soldées par un échec. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail de 4 à 5 heures par jour tant dans l'activité habituelle de l'assurée que dans une activité adaptée à son état de santé. Il estimait qu'une capacité de travail de 100% serait très difficilement atteignable compte tenu des différents diagnostics et de l'état d'épuisement lié aux troubles dyschésiques. Le pronostic dépendait de la cure chirurgicale proposée par le Dr Z.\_\_\_\_\_.

Dans un avis du 16 octobre 2019, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), s'est déterminé en ces termes :

Nous sommes devant la situation d'une assurée qui présente des troubles du transit et des douleurs abdominales depuis 2009 et qui n'ont pas empêché auparavant l'assurée de travailler. Il n'y a pas actuellement de modification thérapeutique, la chirurgie ne sera envisagée qu'en dernière solution compte-tenu des risques d'échec. De plus, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a objectivé, à son grand étonnement, l'absence de constipation colique pouvant expliquer la symptomatologie de l'assurée.

Du point de vue psychologique, il est indiqué que l'assurée présente une symptomatologie dépressive depuis 2002 avec uniquement un suivi psychologique (nous avons réinterrogé l'assurée GED 18/09/2019) de longue date et qui n'a pas auparavant empêché l'assurée d'assumer son poste de travail.

Du point de vue oncologique, le lymphome B est en rémission.

L'instruction médicale détaillée n'a pas permis objectivement, selon l'adage de la vraisemblance prépondérante, de mettre en évidence une atteinte à la santé durablement incapacitante.

Par projet de décision du 17 octobre 2019, l'Office AI a signifié à l'assurée son intention de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'elle disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité.

Le 30 décembre 2019, le Dr G.\_\_\_\_\_ a signalé au Dr K.\_\_\_\_\_ que l'avis du SMR du 16 octobre 2019 avait retranscrit de manière erronée son rapport du 14 septembre 2019, qui annonçait la prévalence d'un syndrome dépressif depuis le « 20.02.2019 », et non pas depuis « 2002 », comme retenu par le SMR. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a demandé au Dr K.\_\_\_\_\_ de reconsidérer sa conclusion selon laquelle le syndrome dépressif chronique n'avait aucun impact sur la capacité de travail de l'assurée, puisqu'il n'avait « pas empêché l'assurée de travailler jusque-là ».

Le 18 février 2020, l'Office AI est entré en possession d'un rapport d'expertise établi le 4 février 2020 par le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de l'assureur perte de gain maladie, retenant le diagnostic de dysthymie, restant sans incidence sur la capacité de travail dans l'activité habituelle. Le Dr A.\_\_\_\_\_ a exclu tout trouble de la personnalité, relevant seulement des traits de personnalité évitante et histrionique, sans valeur de maladie. Au niveau des limitations fonctionnelles, il a objectivé un découragement, un sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, une démotivation et une indécision, dont il a cependant considéré qu'ils pouvaient en général être surmontés par un effort de volonté raisonnable.

Par décision du 24 mars 2020, l'Office AI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante et qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité. Dans un courrier du même jour, l'Office AI a indiqué que les remarques du Dr G.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de remettre en cause l'appréciation du SMR et le bien-fondé du projet de décision du 17 octobre 2019.

**C.** Par acte du 11 avril 2020, X.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 24 mars 2020, dont elle a implicitement conclu à la réforme dans le sens de l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Dans un mémoire complémentaire du 8 juin 2020, elle a fait valoir que ses troubles physiques étaient à l'origine de fortes limitations dans tous les domaines de sa vie et que ses souffrances quotidiennes engendraient un état d'épuisement psychologique et physique, compte tenu de son obligation de pratiquer un auto-soin chaque matin, durant quatre heures voire plus, à l'issue desquelles elle n'était souvent plus en mesure de sortir. Elle a indiqué que, comme constaté par le Dr V.\_\_\_\_\_, elle se trouvait en échec thérapeutique malgré tous les traitements et opérations consentis depuis 2009. L'assurée a encore précisé qu'elle était suivie depuis novembre 2019 par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en raison de l'aggravation de son état de santé psychique depuis le 20 février 2019.

Dans sa réponse du 6 août 2020, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, estimant que les pièces médicales au dossier ne parlaient pas en faveur d'une incapacité de travail durable au plan somatique et que la prise en charge de l'assurée au plan psychiatrique ne suffisait pas à remettre en cause les conclusions de l'expertise du 4 février 2020.

Par réplique du 29 septembre 2020, l'assurée, dorénavant représentée par Me Bernard de Chedid, a précisé ses conclusions dans le sens, principalement, de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2019, subsidiairement, de l'octroi de trois-quarts de rente d'invalidité dès la même date, et, plus subsidiairement encore, de l'annulation de la décision attaquée suivie du renvoi de la cause à l'Office AI pour mise en œuvre d'une expertise et nouvelle décision. L'assurée a remis en cause la valeur probante de l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_. Se fondant sur des récents rapports des Drs G.\_\_\_\_\_ du 20 août 2020 et V.\_\_\_\_\_ du 24 août 2020, elle a soutenu que son état de santé entraînait une incapacité de travail de 50 à 70 %. Elle a requis la tenue d'une audience

avec audition de témoins selon une liste à produire, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, si le tribunal devait considérer le dossier comme incomplet. Elle a également produit un rapport du 18 septembre 2020 du Dr C.\_\_\_\_\_, qui retenait une altération psychique majeure à type d'épuisement associée à un syndrome de stress post-traumatique, dont l'intrication avec la pathologie digestive constante et sévère était la clé de compréhension du déficit majeur dans lequel évoluait la recourante et qui conduisait à une totale incapacité de travail dans toute activité.

Par duplique du 16 novembre 2020, l'Office AI a maintenu ses conclusions, estimant que, selon l'avis du SMR du 19 octobre 2020, les rapports médicaux produits par l'assurée n'apportaient aucun élément objectif susceptible de remettre en cause le bien-fondé de sa décision.

Le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, gastroentérologie et psychiatrie), dont il a confié la réalisation à l'Unité d'expertises médicales d'O.\_\_\_\_\_. Dans un rapport de synthèse du 17 novembre 2021 se fondant sur les conclusions des examens spécialisés de médecine interne, gastroentérologique et psychiatrique, les Drs J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, T.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie, et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont retenu les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne (F33.1) et de constipation chronique sur dyssynergie pelvienne et atonie du rectum distal (K59.9). Ils ont également mis en évidence un lymphome non Hodgkinien de type B de la zone marginale de stade IV médullaire en rémission complète (Z85.8) et de probable consommation excessive d'alcool avec hépatopathie alcoolique (K70.1). Les experts ont attesté une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée, depuis le mois de mars 2019. Au titre des limitations fonctionnelles physiques, ils ont retenu que l'assurée devait bénéficier de temps pour pouvoir aller à selle et assurer ses soins d'hygiène le matin, de même qu'elle devait disposer d'un accès aux toilettes de manière libre. Au plan psychique, ils ont observé une diminution de l'endurance, de la

confiance en soi, des activités spontanées et de l'accès aux compétences spécifiques. Au titre des mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer l'état de santé physique et psychiatrique, les experts ont proposé une nouvelle tentative de biofeedback et une neurostimulation sacrée.

Dans ses déterminations du 7 décembre 2021 fondées sur un avis du Dr K.\_\_\_\_\_ du 2 décembre 2021, l'Office AI a conclu à un complément d'instruction auprès des experts afin de déterminer les implications des traitements préconisés sur la capacité de travail ainsi que leurs éventuelles contrindications.

Dans ses déterminations du 10 janvier 2022, l'assurée, se fondant sur les constatations des experts d'O.\_\_\_\_\_, a réitéré ses griefs à l'encontre des conclusions du SMR, estimant que de nouvelles investigations ou interventions ne pouvaient pas lui être imposées. Elle a conclu que son état de santé justifiait que lui soit reconnue une incapacité de travail « à temps partiel et, a fortiori, à plein temps, lui donnant droit à l'allocation d'une rente pleine pour invalidité ». Elle a produit un courriel du Dr V.\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2022, selon lequel la neuro-stimulation n'était plus envisageable compte tenu de l'échec de la précédente tentative et que le biofeedback ne pouvait se faire sous sédation, puisqu'il nécessitait la pleine collaboration du patient, qui devait avoir une perception et un contrôle complets des organes à ré-entraîner. L'assurée a demandé l'audition de son compagnon et de son ancien employeur en qualité de témoins.

## **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.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 24 mars 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le taux à la base de cette prestation.

**4. 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 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain, qui ne peut être retenue que si elle est objectivement insurmontable (art. 7 al. 2 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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.

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou, comme en l'espèce, accordé pour une période limitée dans le temps, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée

de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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.

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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). Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient cependant aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de

l'intéressé. En particulier, l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281, dont les principes ont ultérieurement été étendus à l'ensemble des troubles psychiques ou psychosomatiques (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 et les références citées ; voir consid. 3a infra).

**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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**6. a)** Au terme du précédent examen matériel du droit à la rente, le 22 octobre 2018, l'intimé a retenu que la recourante avait présenté une incapacité de travail dès la fin février 2016 en raison d'un lymphome et de son traitement, d'abord à 50% jusqu'à décembre 2016, puis à 100% de décembre 2016 à août 2017. L'assurée avait ensuite progressivement recouvré une capacité de travail dans son activité habituelle, d'abord à 50% depuis septembre 2017, avant de progressivement retrouver une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, sans aucune limitation

fonctionnelle. Il a été considéré que l'évolution de son état de santé avait été favorable, avec une récupération des troubles et des toxicités secondaires à la chimiothérapie, et que la recourante se trouvait en rémission.

**b)** A l'issue de l'instruction de la nouvelle demande, l'intimé a fondé son refus de prestations sur l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_ du 16 octobre 2019, selon lequel les troubles du transit et la symptomatologie dépressive existaient de longue date (2009 s'agissant de la problématique gastroentérologique et 2002 s'agissant de l'atteinte au plan psychique) et n'avaient pas empêché la recourante de travailler jusqu'en 2019. Au plan somatique, le Dr K.\_\_\_\_\_ a en particulier retenu qu'il n'existait aucune modification thérapeutique et que le Dr Z.\_\_\_\_\_ avait objectivé, à son grand étonnement, l'absence de constipation colique susceptible d'expliquer la symptomatologie dont se plaignait la recourante. Sur ces quelques considérations, le médecin du SMR a conclu à l'absence d'atteinte durablement invalidante. Dans son avis du 19 octobre 2020, le Dr K.\_\_\_\_\_ a précisé sa position en s'appuyant sur le rapport d'expertise du 4 février 2020 du Dr A.\_\_\_\_\_. Il a retenu qu'il ressortait des pièces au dossier que la recourante présentait depuis 2009 des troubles dyschésiques dont les atteintes somatiques n'expliquaient pas la symptomatologie, et qu'au plan psychiatrique, le gastro-entérologue décrivait une atteinte psychiatrique sévère, non reprise par le psychiatre traitant, l'expert A.\_\_\_\_\_ retenant pour sa part une dysthymie non incapacitante. Considérant que la recourante présentait une symptomatologie ne reposant sur aucune étiologie claire, il a estimé qu'il convenait de procéder à l'analyse de ses ressources, qu'il a qualifiées de nombreuses, précisant que l'intéressée faisait au demeurant état de limitations fonctionnelles qui ne s'exprimaient pas de manière uniforme dans tous les domaines de la vie. Ce faisant, le Dr K.\_\_\_\_\_ a abordé la problématique sous l'angle d'un trouble psychique ou psychosomatique, en reprenant les constatations de l'expert psychiatre A.\_\_\_\_\_ à la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral régissant l'examen du caractère invalidant des troubles psychiatriques et psychosomatiques (cf. ATF 141 V 281).

Ce procédé ne convainc pas, et ce à plusieurs titres. Il est tout d'abord permis de douter de la pertinence des constatations du Dr A.\_\_\_\_\_ sur lesquelles le Dr K.\_\_\_\_\_ s'est fondé. D'une part, le Dr A.\_\_\_\_\_ affirme que les douleurs abdominales ne sont pas entièrement expliquées par un processus physiologique ou un trouble physique, mais il ne précise pas sur quel élément médical il tire cette conclusion, laquelle sort au demeurant de son domaine de spécialisation. D'autre part et surtout, le Dr A.\_\_\_\_\_ soutient que les douleurs abdominales ne s'accompagnent pas d'une altération du fonctionnement social ou dans la vie de couple et ne sont pas responsables de difficultés à gérer les activités du quotidien. Ces considérations ne manquent pas de surprendre, puisqu'il ressort clairement du dossier que la recourante doit se plier à plusieurs heures d'auto-soins chaque matin pour parvenir à aller à selle.

En évaluant la problématique somatique sous l'angle d'un trouble psychosomatique, le Dr K.\_\_\_\_\_ est complètement passé à côté des impacts concrets de la problématique somatique affectant la recourante. Il a clairement minimisé les troubles somatiques objectifs présentés par la recourante et n'a notamment pas tenu compte des contraintes engendrées par l'atteinte gastroentérologique dans sa vie quotidienne. Il a singulièrement ignoré l'aggravation de la constipation chronique survenue en 2019, telle que signalée par les Drs V.\_\_\_\_\_ (rapports des 23 janvier et 28 septembre 2019) et G.\_\_\_\_\_ (rapports des 22 avril et 14 septembre 2019). Le Dr V.\_\_\_\_\_ a expliqué à cet égard que la recourante souffrait de constipation chronique terminale (syndrome dyschésique) sur rectocèle antérieure récidivante et de status post-rectopexie avec promontofixation et atonie rectale et que l'aggravation signalée en janvier 2019 était due à la perte d'efficacité du traitement dispensé jusqu'alors. Il avait alors consulté le Dr Z.\_\_\_\_\_, qui avait pratiqué plusieurs examens et confirmé une constipation terminale, dans le contexte d'une atonie rectale distale. Contrairement à ce qu'affirme le Dr K.\_\_\_\_\_, le fait que le Dr Z.\_\_\_\_\_ a constaté l'absence de constipation colique ascendante transverse ou descendante ne signifie pas encore que la symptomatologie reste inexpliquée, puisque le chirurgien a

précisé dans le même rapport que la zone pathologique se situait au niveau du rectum distal, qui semblait atone, et a préconisé une nouvelle stimulation sacrée ou une résection chirurgicale avec stomie, intervention invasive s'il en est (cf. rapport du 9 septembre 2019). Hormis la symptomatologie douloureuse, cette constipation chronique exige de la recourante, chaque matin, plusieurs heures d'auto-soins pour permettre l'exonération des selles. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a signalé des troubles défécatoires majeurs nécessitant deux heures le matin pour aller à selle et indiqué que ces troubles dyschésiques provoquaient un état d'épuisement (cf. rapport du 28 septembre 2019). Le Dr G.\_\_\_\_\_ a quant à lui relevé une augmentation des douleurs et de la durée des auto-soins, passée de deux à quatre heures par jour, laissant sa patiente complètement épuisée avant d'avoir même commencé sa journée (rapport du 22 avril 2019). La psychologue N.\_\_\_\_\_ a également observé que sa patiente, chez qui elle constatait un épuisement, était obligée de consacrer trois heures chaque matin à des soins lui permettant de « se vider » avant de pouvoir envisager de sortir, car elle ne pouvait pas contrôler ses sphincters. Le Dr K.\_\_\_\_\_ ne s'est absolument pas penché sur ces contraintes, somme toute sévères, et sur leurs conséquences au niveau de la capacité de travail. Il n'a notamment pas expliqué pour quels motifs il estimait que ce long processus, se déroulant sur plusieurs heures et aboutissant à de multiples exonérations urgentes, n'empêchait pas la recourante d'exercer une activité professionnelle le matin.

C'est également de manière peu convaincante que le Dr K.\_\_\_\_\_ a conclu à une pleine capacité de travail au plan psychiatrique, au motif que la recourante souffrirait d'une symptomatologie dépressive attestée par son médecin traitant depuis 2002 déjà, qui n'était pas invalidante puisqu'elle ne l'avait pas empêchée de travailler jusqu'en 2019, et qu'elle n'était au bénéfice que d'un suivi psychologique. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a procédé à une lecture biaisée du rapport du 14 septembre 2019 du Dr G.\_\_\_\_\_, qui avait fait état de troubles dépressifs depuis le « 20.02.2019 », et non pas depuis « 2002 ». L'argumentation soutenue par le Dr K.\_\_\_\_\_ perd donc son fondement. On relèvera d'ailleurs à ce propos qu'interpellé le 30 décembre 2019 sur

son erreur de lecture par le Dr G.\_\_\_\_\_, il ne s'est pas déterminé plus avant. Quant au type de suivi dont la recourante bénéficie au plan psychique, s'il est exact qu'elle n'a dans un premier temps consulté qu'une psychologue, il ressortait déjà de l'expertise du Dr A.\_\_\_\_\_ du 18 février 2020 qu'elle était suivie par le Dr C.\_\_\_\_\_. La recourante a encore confirmé cette prise en charge par courriel trois jours plus tard, en demandant à l'expert de prendre contact avec son nouveau psychiatre, ce que le Dr A.\_\_\_\_\_ indique avoir tenté, sans succès. Fort de cette information, il appartenait à l'intimé d'actualiser son dossier au plan psychiatrique, avant de rendre la décision de refus de prestations du 24 mars 2020.

En définitive, les conclusions du SMR ne pouvaient se voir reconnaître une valeur probante suffisante et les pièces en mains du tribunal ne suffisaient pas pour se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante. Partant, il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

**c)** Dans un rapport d'expertise consensuel du 17 novembre 2021, les Drs J.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics incapacitants de constipation chronique sur dyssynergie pelvienne et atonie du rectum distal (K59.9) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne (F33.1).

**aa)** Au plan gastroentérologique, le Dr T.\_\_\_\_\_ a considéré que le diagnostic était corroboré par des investigations endoscopiques, une manométrie anorectale, des mesures du transit et des marqueurs ainsi qu'une IRM défécographie et une défécographie standard du 4 juillet 2019, ces deux derniers examens ayant mis en évidence une descente importante du compartiment postérieur, et légère du compartiment moyen antérieur, avec une ampoule rectale ne se vidant pas à la fin de la défécation ainsi qu'un manque de relaxation de l'anse pubo-rectale et du sphincter anal. Il a décrit une recourante qui ne semblait pas avoir de douleurs mais qui présentait un niveau de stress très élevé durant l'entretien, et qui avait dû sortir en courant deux fois

pour aller aux toilettes. Il a relevé que la recoursante avait toujours le sentiment de devoir aller aux toilettes mais que rien ne sortait, malgré beaucoup de gaz et des douleurs abdominales. Elle essayait de chercher une position optimale sur les toilettes et de stimuler l'intestin avec les mains en poussant l'abdomen. Elle devait aller aux toilettes environ dix fois par jour et les séances duraient jusqu'à 30 minutes, le temps passé sur les toilettes se montant à environ quatre heures par jour. Elle gardait toujours le sentiment de ne pas être vidée après avoir été à selle. L'expert a retenu que la symptomatologie de la patiente était bien expliquée par les diagnostics, les symptômes et les pertes de fonctionnalité signalées étant cohérents et possibles. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a estimé qu'avec une dyssynergie pelvienne sévère sur un sphincter hypertonique, une prise en charge chirurgicale devrait être discutée, soit par colectomie soit par sigmoïdostomie, toutefois strictement refusées par la recoursante.

**bb)** Au plan psychiatrique, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que son examen clinique avait mis en évidence une thymie résolument sur le versant dépressif avec des idées noires et des pleurs congruents à l'humeur et au sujet discuté, une perte d'espoir, un découragement, une tristesse, une perte d'envie et de plaisir et une fatigue. Il a motivé son diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, par le nombre et l'intensité des signes et symptômes constatés, ainsi que par l'existence d'épisodes passés, séparés par des périodes de rémission. Il a écarté tout trouble de la personnalité, estimant que les traits de personnalité relevés par le Dr A.\_\_\_\_\_ faisaient partie de l'expression de l'épisode dépressif (auto-dévalorisation, évitement social, anxiété, restriction du style de vie, hyperactivité émotionnelle). Le Dr L.\_\_\_\_\_ a considéré que la recoursante avait connu un épuisement de ses ressources adaptatives depuis 2020, en lien avec sa pathologie digestive. Dans leur rapport consensuel du 17 novembre 2021, les experts ont précisé qu'ils écartaient le diagnostic d'état de stress post-traumatique mis en avant par le Dr C.\_\_\_\_\_, estimant que le psychiatre traitant ne l'avait pas étayé et que la recoursante ne présentait aucun élément de la lignée post-traumatique, tels que flash-back, hypervigilance et évitement, pas plus que d'autres éléments évoquant une modification durable de la

personnalité. Ils ont également précisé qu'ils se distançaient du diagnostic de dysthymie retenu par le Dr A. \_\_\_\_\_ le 4 février 2020, au motif que la symptomatologie dépressive apparaissait dorénavant plus prononcée, avec par exemple l'abandon des activités que l'assurée avait avec son conjoint, telles que les promenades, la diminution des activités sportives et la diminution globale des activités quotidiennes.

**cc)** Sur la base des constats cliniques précités, les experts ont estimé que la recourante connaissait des limitations fonctionnelles portant atteinte à sa capacité de travail. Au plan physique, elle devait ainsi bénéficier de temps pour aller à selle et assurer ses soins d'hygiène le matin, de même qu'elle devait disposer d'un accès libre aux toilettes. Au plan psychique, elle connaissait une diminution de l'endurance, de la confiance en soi, des activités spontanées et de l'accès aux compétences spécifiques. Les experts ont précisé que les limitations fonctionnelles engendrées par la pathologie digestive et par la pathologie psychiatrique n'étaient pas additionnelles, la réduction du temps de travail nécessaire aux soins d'hygiène quotidiens permettant également à l'assurée une diminution du stress et prenant en compte la diminution d'endurance.

Les experts ont attesté une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée, à raison de quatre heures par jour, depuis le mois de mars 2019, en raison de ses atteintes somatiques, tout en précisant que la capacité de travail était également limitée à 50% pour des motifs psychiatriques, dès septembre 2020. Ils ont estimé que l'activité d'assistante de direction, exigeante en termes de relations sociales, était difficilement compatible avec les troubles digestifs actuels de la recourante, de sorte qu'elle n'était plus exigible, jusqu'à amélioration desdits troubles par l'un des traitements préconisés (nouvelle tentative de biofeedback et neurostimulation sacrée), actuellement refusés par la recourante. L'expert gastro-entérologue a expliqué à cet égard que si la recourante entreprenait les traitements préconisés, elle pourrait alors recouvrer une capacité de travail dans son activité habituelle d'assistante de direction, de l'ordre de 70 à 80%, moyennant un accès garanti aux toilettes compte tenu des crises

abdominales, une telle reprise n'étant toutefois pas envisageable en l'état, en raison de l'état psychique et des troubles de dyssynergie pelvienne avec quatre heures sur les toilettes.

**dd)** En tant qu'elle constate une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée pour des motifs gastroentérologiques, l'expertise judiciaire peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les experts ont recueilli une anamnèse fouillée et se sont prononcés en pleine connaissance du dossier médical, après avoir entendu les plaintes de la recourante et procédé un examen clinique. Leurs conclusions au plan somatique, prises sur la base d'une description claire du contexte médical et d'une étude circonstanciée des points litigieux à l'issue d'une discussion consensuelle, sont bien motivées, de sorte qu'elles satisfont aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux (cf. consid. 4 supra). La question de la capacité de travail de la recourante au plan psychiatrique peut quant à elle rester ouverte, puisqu'elle est sans incidence sur le droit à la rente. Il importe peu en effet de déterminer à partir de quelle date la recourante présente une incapacité de travail de 50% au plan psychiatrique, dans la mesure où les atteintes gastroentérologiques fondent quoi qu'il en soit une incapacité de travail de 50% dès le mois de mars 2019, les experts précisant que les limitations fonctionnelles de la pathologie digestive et de la pathologie psychiatrique n'étaient pas considérées comme additionnelles.

**ee)** L'avis du 2 décembre 2021 du Dr K.\_\_\_\_\_ produit par l'intimé à l'appui de ses déterminations du 7 décembre 2021 n'apporte aucun élément qui aurait été ignoré des experts d'O.\_\_\_\_\_ et qui serait susceptible de remettre sérieusement en cause les conclusions de ces derniers. L'intimé n'a d'ailleurs pas contesté les constatations des experts s'agissant des atteintes à la santé et de leur impact sur la capacité de travail de la recourante. Il s'est limité à requérir un complément d'expertise au sujet des traitements préconisés par les experts au plan gastroentérologique, sur leurs risques d'échec et chances de succès, ainsi que sur leur impact sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail, en lien avec la notion d'exigibilité des traitements. Or,

contrairement à ce que soutient l'intimé, il n'y a pas lieu d'examiner, dans le cadre du présent recours, la question de savoir si les différents traitements évoqués dans le cadre de l'expertise d'O.\_\_\_\_\_ sont exigibles de la part de la recourante. S'il est vrai qu'en principe, il peut raisonnablement être exigé d'un assuré qu'il se soumette à une mesure thérapeutique qui est susceptible de lui faire retrouver une capacité de travail et de gain importante et lui permette de réintégrer le monde du travail, il appartient à l'office intimé de demander à la recourante qu'elle entreprenne les mesures thérapeutiques préconisées. En cas de refus de sa part, l'intimé est alors en droit de mettre en œuvre la procédure de sommation prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA, en vertu de laquelle les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si la personne assurée se soustrait ou s'oppose, dans les limites de ce qui peut être exigé d'elle, à un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle capacité de gain (voir également ATF 122 V 218). Il n'en reste pas moins que pour la période écoulée, la recourante a acquis un droit à une rente de l'assurance-invalidité, qui subsistera aussi longtemps que l'incapacité de gain n'aura pas été effectivement supprimée, ou diminuée dans une mesure sensible pour le droit à la rente par des mesures thérapeutiques appropriées, ou jusqu'à ce que, sur la base de la procédure de sommation précitée, on puisse sanctionner le refus d'entreprendre ces mesures (cf. TF 9C\_538/2009 du 8 janvier 2010 consid. 4). Cela étant, le complément d'expertise requis par l'intimé sur les effets à attendre des traitements recommandés par les experts, leur durée, leurs implications sur la capacité de travail de l'assuré, les éventuelles contre-indications à leur mise en œuvre, n'a pas à être mis en œuvre dans le cadre de la présente procédure de recours.

**d)** Le dossier étant complet au plan médical, il permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte que l'on ne voit pas en quoi la tenue d'une audience et l'audition de témoins, telles que sollicitées par la recourante, serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par

appréciation anticipée des preuves (ATF 124 V 190 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

**7.** Une fois la question de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles tranchée, il convient d'aborder le dossier sous l'angle économique et de déterminer le taux d'invalidité de la recourante.

**a) aa)** 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021]).

**bb)** L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

**cc)** Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de

son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**b)** Avant la détérioration de son état de santé en 2016, la recourante travaillait en qualité de secrétaire de direction à 90%. Elle a repris la même activité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017, d'abord à 50%, puis à 70% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2017, avant de retrouver son taux habituel de 90% habituel dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Les experts d'O. \_\_\_\_\_ ont retenu de manière convaincante que la recourante présentait une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée depuis mars 2019 en raison de ses atteintes somatiques. Dès lors qu'ils ont estimé que l'activité habituelle d'assistante de direction n'était plus exigible en raison des exigences élevées qu'elle requérait en termes de relations sociales, difficilement compatibles avec les troubles digestifs dont elle souffrait, il n'est pas possible de procéder à une simple comparaison des revenus en pour-cent pour fixer le degré d'invalidité pour la part consacrée par la recourante à l'exercice d'une activité lucrative. Plus généralement, il y a lieu de constater que l'instruction menée par l'intimé sur le plan économique est lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit, dès lors que le dossier ne contient, notamment, aucun élément relatif au salaire que la recourante percevait au moment de la survenance de son incapacité de travail, ni de rapport d'enquête économique sur le ménage destiné à établir le taux d'empêchement pour

la part que l'intéressée consacrait à l'accomplissement de ses travaux habituels.

Pour ces motifs, il se justifie de renvoyer le dossier à l'office intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il recueille les renseignements nécessaires au calcul du degré d'invalidité de la recourante.

**8. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, lesdits frais doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA VD).

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et 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'ensemble des circonstances du cas d'espèce, il convient d'arrêter cette indemnité à 4'000 fr. débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**d)** Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (cf. TF 9C\_13/2012 du 20 août 2012 consid. 3, in SVR 2013 IV n° 1 p. 1 ; TF 8C\_984/2012 du 6 juin 2013 consid. 3). Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Dans un arrêt ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque le tribunal cantonal des assurances constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même une expertise en œuvre (consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Les frais d'expertise peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur-accidents lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3 ; TF 8C\_251/2016 du 10 avril 2017 consid. 7).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (TF 8C\_251/2016 du 10 avril 2017 consid. 7).

En l'occurrence, l'office intimé n'a, sur le plan médical, entrepris aucune mesure d'instruction, hormis l'examen des pièces médicales versées au dossier. Or, comme on l'a vu (cf. supra consid. 6b), l'examen desdites pièces par le SMR s'est avéré pour le moins sommaire et superficiel. Une analyse attentive et objective de la documentation médicale réunie aurait à l'évidence conduit au constat de la nécessité de procéder à des investigations complémentaires. L'instruction déficiente menée par l'office intimé a par conséquent contraint la Cour de céans à ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Aussi se justifie-t-il de mettre à la charge de l'office intimé la totalité des frais de l'expertise judiciaire, soit un montant de 10'000 francs.



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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 24 mars 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et le dossier est renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Les frais d'expertise judiciaire, à hauteur de 10'000 fr. (dix mille francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. \_\_\_\_\_ le montant de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens, débours et TVA compris.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Bernard de Chedid (pour la recourante),
- 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 :