

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 février 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Piguet, juge, et Peter, assesseur
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par Me Henri Bercher, avocat à Nyon,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 LAI ; 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 61 let. c LPGA.

E n f a i t :

A. **a)** W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, mariée et mère d'une fille majeure, titulaire d'un certificat d'une école supérieure de commerce, exerçait l'activité d'assistante des ressources humaines auprès de J._____ (ci-après : J._____).

Le 3 novembre 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'un burnout et d'une incapacité de travail complète depuis le 23 mars 2015.

Par rapport du 29 novembre 2015 à l'OAI, le Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de burnout sévère et de migraines récurrentes. Il a attesté une incapacité de travail totale dès le 23 mars 2015. Au titre des restrictions existantes, il a énuméré des migraines en situation de stress et des troubles de la concentration et de la mémoire lors d'activités sur ordinateur ; lesdits troubles restaient importants.

Dans une note interne du 16 mars 2016, un collaborateur de l'OAI a relevé que l'assurée avait augmenté son taux d'activité de 60 % à 100 % à la demande de son employeur à partir du 1^{er} février 2014. Il a relevé qu'ensuite de l'incapacité de travail totale depuis le 27 mars 2015 et selon les informations médicales en sa possession, une reprise progressive avait été envisagée dans l'activité habituelle pour le mois de janvier 2016, mais que cette reprise n'avait pas pu être possible en raison de l'état de santé de l'intéressée. Ledit état de santé était encore fragile. Sur la base de ces constatations, il a ainsi été décidé de mettre un terme au mandat d'intervention précoce (« IP ») de l'OAI et d'ouvrir un mandat de réadaptation (« REA »).

Dans une communication du même jour, soit le 16 mars 2016, l'OAI a dès lors indiqué prendre en charge une mesure de réinsertion, consistant en un entraînement à l'endurance du 7 mars au 7 septembre

2016 auprès de R._____ à [...]. Par nouvelle communication du 23 août 2016, l'OAI a prolongé la prise en charge de cette mesure jusqu'au 15 octobre 2016, précisant que l'objectif était d'atteindre un taux d'activité de 50 %.

Par rapport final du 1^{er} septembre 2016, R._____ a notamment indiqué que la fatigue de l'assurée, très présente lors des deux premiers mois de la mesure, s'était estompée au fur et à mesure qu'elle avait pu organiser son temps autour de ses besoins. L'augmentation de son endurance avait ainsi pu se faire progressivement et atteindre un taux de 40 %. R._____ a conclu que cela laissait entrevoir de réelles possibilités de réinsertion dans le monde du travail.

Le 7 septembre 2016, une convention pour le placement à l'essai concernant le poste de réceptionniste à 50 % auprès de P._____ a été établie. Ce placement devait se dérouler du 5 septembre au 30 novembre 2016. Le 12 septembre 2016, l'OAI a confirmé octroyer à l'assurée ledit placement à l'essai, lequel a ensuite été prolongé jusqu'au 28 février 2017, conformément à la communication du 28 novembre 2016.

Par rapport du 15 décembre 2016, la Dre M._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, avec épuisement prolongé (CIM-10 [Classification internationale des maladies] F43.28), de personnalité anankastique (CIM-10 F60.5) et de burnout (CIM-10 Z73.0), existant depuis mars 2015. Elle a fait état d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, depuis mars 2015, et de 50 % dans une activité adaptée, depuis le 5 septembre 2016. Au titre des restrictions existantes, elle a mentionné la fatigabilité importante et les difficultés de concentration et de mémoire, ainsi qu'une hypersensibilité aux conflits, et le fait que, visuellement, l'assurée ne supportait plus les écrans d'ordinateur (épuisement visuel). Ces limitations se manifestaient au travail sous la forme d'une incapacité à soutenir un effort professionnel pendant plus de quatre heures de suite. L'intéressée présentait par ailleurs une hypersensibilité au stress, ainsi que des difficultés dans la gestion des émotions et dans les déplacements, ainsi que liées aux tâches

administratives, dans les autres activités de la vie quotidienne que celle du maintien de l'hygiène personnelle et dans l'organisation du temps.

Le 22 février 2017, une « convention pour la période d'initiation et de mise au courant avec allocation d'initiation au travail » a été conclue entre l'OAI, P._____ et l'intéressée. Par cette convention, l'assurée était engagée en qualité d'assistante administrative polyvalente à 50 %. La période de mise au courant devait se dérouler du 1^{er} mars au 31 août 2017. A teneur d'une communication du 20 mars 2017, l'OAI a informé l'assurée prendre en charge les frais de cette allocation d'initiation au travail.

Par rapport du 7 juillet 2017, le Dr A._____ a expliqué que la capacité de travail de l'intéressée auprès de son ancien employeur restait définitivement nulle. Ce médecin a ajouté que, vu l'évolution clinique globale durant cette dernière année, l'assurée aurait une capacité de travail maximale de 50 % dans toute activité professionnelle dans un cadre administratif. En effet, malgré un environnement de travail actuel moins exigeant (auprès de P._____) que dans son précédent emploi, l'intéressée présentait de la fatigue, de la tension intérieure, des maux de tête, voire même de l'agitation des membres inférieurs.

Dans un rapport final interne du 21 août 2017, le gestionnaire de l'OAI a précisé que l'intervention de l'OAI était achevée étant donné que les mesures de réinsertion s'étaient concrétisées par l'engagement définitif de l'assurée dès le 1^{er} août 2017 auprès de P._____.

Par rapport du 22 août 2017, la Dre M._____ a confirmé les différents diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail posés dans son rapport du 15 décembre 2016, ainsi que les limitations fonctionnelles qui y étaient mentionnées. Sa patiente n'était plus capable de travailler dans son activité habituelle auprès de J._____, en raison de la pression au rendement trop élevée et le stress que cela engendrait. Elle était dans l'incapacité à moyen terme de travailler à plus de 50 % dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 29 novembre 2017, la Dre K._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a conclu que la personnalité anankastique de l'assurée ne l'avait pas empêchée de travailler et n'avait dès lors pas un caractère incapacitant. Le trouble de l'adaptation et le burnout n'étaient pas des atteintes durables, aucun traitement et suivi psychiatrique n'ayant été mis en place. De même, l'intéressée avait repris une activité à 50 % dans une garderie comme assistante polyvalente par choix personnel. La Dre K._____ a ainsi considéré que la capacité de travail de l'assurée était totale tant dans une activité adaptée que dans son activité habituelle.

Par projet de décision du 4 décembre 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande. Il a estimé que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte incapacitante et que sa capacité de travail était totale dans toute activité.

Le 15 janvier 2018, l'assurée, représentée par Me Henri Bercher, a formulé des objections à l'encontre de ce projet. A l'appui de sa position, elle a produit un rapport du 7 janvier 2018, par lequel le Dr A._____ a, en substance, confirmé la teneur de son rapport du 7 juillet 2017, ajoutant que l'intéressée supportait désormais difficilement le bruit et le monde autour d'elle.

Par avis du 23 mars 2018, la Dre K._____ du SMR a relevé que le changement de poste de travail, pour lequel l'assurée était à même de remplir toutes les exigences, confirmait que l'incapacité de travail était liée à l'environnement et non à une atteinte à la santé durable indépendante du poste occupé.

Par décision du 27 mars 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 4 décembre 2017.

b) Par acte du 1^{er} mai 2018, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonale,

déplorant en particulier l'absence d'examen médical de la part de la Dre K. _____ du SMR. A l'appui de son recours, l'intéressée a produit un rapport du 25 avril 2018, par lequel la Dre M. _____ avait estimé que sa patiente, qui avait évolué depuis le rapport de septembre 2017 dans un environnement de travail relativement stable et adapté à ses difficultés (possibilité d'organiser son travail, pression modérée, petite structure, etc.), continuait, malgré une évolution lente mais positive de son trouble, à réagir aux événements de la vie en entreprise qui étaient vécus comme une source de stress « anormalement » forte. La Dre M. _____ estimait que l'assurée allait au-devant d'une incapacité de travail durable, de l'ordre de 50 %. Elle était en outre devenue anormalement sensible à des facteurs de stress normaux dans le monde professionnel ; ainsi, un environnement bruyant, de fréquentes interruptions dans son travail, ou des tensions perçues entre ses collègues déclenchaient chez elle un épuisement intense et durable. Ces manifestations étaient la conséquence du burnout dont elle souffrait.

c) Par arrêt du 22 octobre 2018 (AI 137/18 - 299/2018), la Cour de Céans a admis le recours de l'assurée contre la décision du 27 mars 2018, a annulé cette décision et a renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction et rende une nouvelle décision. Elle a en particulier retenu ce qui suit (consid. 5b, p. 19 de l'arrêt précité) :

« **b)** En l'occurrence, les avis médicaux du SMR, sur lesquels l'intimé s'est fondé pour rendre la décision litigieuse, ne sont pas probants et les faits médicaux pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il apparaît que l'instruction doit être complétée afin que les diagnostics à poser et l'étendue de leur caractère invalidant éventuel puissent être examinés. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une évaluation psychiatrique, ainsi que toutes autres mesures utiles. Le psychiatre veillera en particulier à déterminer la capacité de travail de l'intéressée dans l'activité habituelle, de même que dans une activité adaptée, en application de la procédure probatoire structurée à l'aide d'indicateurs posés par le Tribunal fédéral à l'ATF 141 V 281 (cf. ATF 143 V 409 et 418). Il procédera en outre notamment à une anamnèse psychosociale détaillée et décrira les répercussions provoquées par les troubles psychiques retenus sur la vie quotidienne de la recourante. Cela fait, il appartiendra

ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de l'intéressée. »

B. A la suite de cet arrêt, l'OAI a repris l'instruction de la cause.

Aux termes d'un avis SMR du 11 décembre 2018, la Dre K. _____ a indiqué qu'afin d'apprécier la présence d'une atteinte à la santé durable et d'objectiver les troubles cognitifs retenus par la psychiatre traitante, il convenait de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et un examen neuropsychologique.

Par courrier du 21 février 2019, l'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et lui a soumis une liste de questions en lien avec le cas, notamment relatives à la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Par courrier séparé du même jour, l'OAI en a informé l'assurée et lui a également donné l'occasion de poser des questions à l'expert.

Dans une correspondance du 1^{er} mars 2019, l'assurée a informé l'OAI avoir pris bonne note du mandat de l'expert, se réserver le droit de poser des questions complémentaires une fois le rapport d'expertise rendu et indiqué que de son côté, la Dre M. _____ avait également ordonné une évaluation neuropsychologique auprès du Centre L. _____.

A l'appui de sa correspondance du 20 juin 2019, l'assurée a transmis à l'OAI les résultats des examens effectués par les médecins du Centre L. _____, à savoir les documents suivants :

- Un rapport d'examen neuropsychologique du 16 avril 2019 de la psychologue E. _____, laquelle faisait état des plaintes de l'assurée, qui lui avait spontanément indiqué une fatigabilité intellectuelle associée à des difficultés d'attention soutenue, ainsi qu'une électro-sensibilité aux ondes entraînant des céphalées et une perte d'énergie ; concernant son avenir

professionnel, l'intéressée disait être « dans le flou », car elle se sentait actuellement incapable de travailler avec un ordinateur ou dans une atmosphère de stress. E._____ avait relevé que l'examen neuropsychologique mettait en évidence un fléchissement exécutif (soit des difficultés de flexibilité mentale, une fragilité en programmation et inhibition), une fragilité des temps de réaction et un discret manque du nom propre, dans un examen se situant par ailleurs dans les normes ; cette symptomatologie représentait un trouble neuropsychologique de degré de gravité minimale, et pouvait s'inscrire dans le cadre d'une fatigue chronique et d'un sommeil altéré. Pour la psychologue, la fatigabilité qui se manifestait après 45 minutes d'entretien rendait difficile, actuellement, une reprise professionnelle ; de ce fait, la patiente pouvait présenter des capacités professionnelles limitées dans des tâches requérant un niveau d'exigence élevé en raison de cette fatigabilité émotionnelle ;

- Un rapport du 20 mai 2019 du Dr C._____, spécialiste en neurologie, qui avait fait l'évaluation suivante du cas (sic) :

« Le status neurologique se révèle sans particularité, n'apporte pas d'indice en faveur d'une atteinte du SNC [système nerveux central], du SNP [système nerveux périphérique] ou d'une neuropathie crânienne.

L'anamnèse n'apporte pas d'indice en faveur d'une céphalée primaire, avec la manifestation de céphalées tensionnelles, déclenchées en réponse à diverses sollicitations psychiques et physiques. Il n'y a pas d'indice pour une migraine ou autre céphalée primaire. Il n'y a pas d'indice pour une pathologie intracrânienne vasculaire, inflammatoire, tumorale ou autre.

En considération du bilan paraclinique déjà effectué, je ne retiens pas d'indication à la pratique d'autres examens complémentaires » ;

- Un bilan du 13 juin 2019 de la Dre N._____, spécialiste en médecine interne générale, dans lequel cette médecin avait retenu les diagnostics de fléchissement exécutif, de fragilité des temps de réaction et de discret manque du nom propre ; ces résultats étaient à mettre sur le compte de troubles du sommeil chroniques et d'une fatigue chronique dans le

contexte de troubles de l'adaptation avec épuisement prolongé, sans toutefois que ne soit retenue de pathologie cérébrale à l'origine de ces symptômes. La Dre N._____ avait également posé le diagnostic de céphalées de tension.

Dans son rapport d'expertise du 26 juin 2019, rendu après examen du 29 mars 2019 de l'assurée et auquel étaient notamment annexés les rapports du 16 avril 2019 d'E._____, du 20 mai 2019 du Dr C._____ et du 13 juin 2019 de la Dre N._____, le Dr V._____ a indiqué ce qui suit (sic) :

« **6.1.3 Status psychiatrique**

[...]

Tests psychologiques complémentaires :

Dans la mesure où nous ne retenons pas d'épisode dépressif caractérisé, il n'a pas été pratiqué d'échelle de Hamilton (HAD Scale).

Des examens de la mémoire ont été réalisés au Centre L._____ à [...] le 4 juin (documents reçus le 20 juin 2019) :

La symptomatologie représente un trouble neuropsychologique de degré de gravité minimale.

Il n'existe pas de pathologie neurologique évolutive.

Le status neurologique se révèle sans particularité, n'apporte pas d'indice en faveur d'une atteinte du système nerveux central, du système nerveux périphérique ou d'une neuropathie crânienne.

[...]

6.3 Diagnostics

[...] **Nihil.**

- Je ne retiens pas d'atteinte cérébro-organique patente, en l'absence de trouble de la concentration et de dysmnésie manifeste chez une assurée qui maintient le focus d'attention durant les plus d'une heure 30 de notre entretien, elle est correctement orientée dans le temps, l'espace et quant à sa situation personnelle.
- Il n'y a pas de signe de la lignée psychotique floride, cette assurée est exempte de vécu de dépersonnalisation / déréalisation. Il n'existe pas de signes directs ou indirects de phénoménologie hallucinatoire, visuelle, cénesthésiques, acoustico-verbale. Il n'y a pas de signes persécutoires.

En dehors d'une allégation de vécu de « sensibilité aux ondes électromagnétiques », Madame apparaît correctement corrélée à la réalité. Elle n'a pas d'antécédent psychotique et la nature du contact interpersonnel est sans particularité, exempt de bizarrerie.

- Les fonctions thymiques sont indemnes chez une assurée qui émet une modulation affective efficiente autour de son intérêt pour autrui ou la nature. Elle est souriante, hédonique et se projette dans l'avenir.
- Elle n'émet pas de manifestations anxieuses paroxystiques, telles que potentiellement présentes dans des attaques de panique.
- Enfin l'assurée rapporte un milieu d'origine non carencé et exempt de traumatisme, le développement et la scolarité ont pu se dérouler sans accroc.

Madame a correctement fonctionné jusqu'aux faits en cours aujourd'hui et un trouble de la personnalité ne saurait être retenu.

Limitations fonctionnelles, capacité de travail, réadaptation :

Il n'existe pas de limitations fonctionnelles au motif psychiatrique chez une assurée en bonne santé psychiatrique.

La CT [capacité de travail] est entière (CT de 100 %) au motif psychiatrique depuis toujours en l'absence de psychopathologie incapacitante dans ce cas.

Seules des inflexions ponctuelles de la CT, tel qu'en APG, ont pu être retenues.

Recommandations thérapeutiques et pronostic :

Poursuite d'une psychothérapie de soutien en vue de soutenir des mesures professionnelles.

Evaluation médicale et médico-assurantielle du point de vue psychiatrique

[...] Il n'y a jamais eu d'hospitalisation en psychiatrie.

Il n'y a pas de traitement psychopharmacologique prescrit.

L'état de santé psychiatrique de cette assurée est très éloigné des grands syndromes incapacitants.

Elle est en bonne santé psychiatrique et son état n'est pas préoccupant.

[...]

Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

[...] Le tableau clinique présent ce jour n'est pas compatible avec une incapacité totale de travail durable au motif psychiatrique quel que soit le domaine d'activité envisagé.

L'assurée verbalise être « sensible aux ondes magnétiques, aux ordinateurs, au stress des endroits peuplés », elle souhaite travailler dans la relation d'aide à la personne sans exigence de rentabilité.

Il s'agit de choix existentiels conscients qui ne sont pas en lien avec une éventuelle psychopathologie sous-jacente.

Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

[...] Les ressources sont nombreuses :

L'assurée sait s'adapter aux règles et aux routines, elle vient aux RDV comme convenu, elle s'intègre dans les processus d'organisation.

Elle sait planifier et structurer des tâches dans ses repas pris à l'extérieur ou promenades effectués dans la nature.
Elle sait être capable d'adaptation, elle modifie sa réflexion à des situations changeantes.

Elle sait faire usage de compétences spécifiques notamment dans les rapports humains ou l'aide à la personne, activité dans laquelle elle se projette.

Sa capacité de jugement et de prise de décision est indemne chez une assurée non psychotique.

Sa capacité d'endurance est amoindrie de par l'asthénie.

Le sens du contact envers des tiers est efficient notamment dans la sphère des amis et relations. Elle entre aisément et de manière informelle avec autrui.

Elle sait évoluer au sein d'un groupe notamment amical, elle en discerne les règles et elle s'y adapte.

Les relations proches ne font pas défaut, madame sait donner et recevoir un soutien affectif significatif.

Elle a des activités de loisir spontanées tel que se promener dans la nature Y/C [y compris] si elle ne pratique plus de sport.

Son hygiène et ses soins corporels ne font pas défauts, l'assurée prend soin d'elle. Elle se déplace aisément.

Ses difficultés sont représentées par une asthénie isolée et un conflit avec son ancien employeur (J. _____). [...] »

Par courrier du 16 juillet 2019, l'avocat de l'assurée a adressé à l'OAI un rapport du 8 juillet 2019 de la Dre M. _____, qui y relevait que l'état de sa patiente restait superposable à celui décrit dans son courrier

du 15 octobre 2018 ; l'incapacité de travail demeurait par ailleurs entière selon elle, ce qui était confirmé par le rapport neuropsychologique du 13 juin 2019 et la symptomatologie qui y était attestée.

A teneur d'un avis SMR du 26 août 2019, le Dr H._____, médecin praticien, a conclu à l'absence d'atteinte à la santé durablement incapacitante. Aucun élément ne permettait de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise du 26 juin 2019. A cet égard, le médecin-conseil a souligné que l'expert avait, d'une part, tenu compte des rapports des médecins du Centre L._____, et, d'autre part, retenu une capacité de travail entière depuis toujours - au vu de l'absence de psychopathologie incapacitante -, l'absence de limitation fonctionnelle, d'hospitalisation ou de prescription de traitement psychopharmacologique, ainsi que souligné les nombreuses ressources disponibles de l'assurée. De même, le Dr H._____ a considéré que le rapport du 8 juillet 2019 de la Dre M._____ n'apportait aucun élément nouveau mais consistait en une appréciation différente d'un même état de fait.

Par correspondance du 15 novembre 2019, l'assurée a fait parvenir ses observations sur le rapport d'expertise du 26 juin précédent et requis que l'expert psychiatre se prononce sur les discordances entre les conclusions du rapport d'expertise et celles des médecins-traitants.

Par projet de décision du 3 décembre 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, sa capacité de travail étant entière dans toute activité professionnelle, sans limitation fonctionnelle.

Dans un courrier du 8 janvier 2020, le conseil de l'intéressée a communiqué un rapport du 7 novembre 2019 du Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et nouveau médecin-traitant de l'assurée, qui avait notamment relevé ce qui suit (sic) :

« Et il [l'expert] décrit dans son évaluation une absence de trouble thymique et anxieux. Mais si la patiente peut répondre de suite qu'elle ne se sent ni déprimée ni anxieuse, un interrogatoire clinique plus poussé sur le sentiment de fatigue, de dévalorisation, d'incapacité, permet de constater des affects dépressifs. De ce fait,

en cotation BDI II le 08.10.2019, nous retrouvons un EDM [épisode dépressif majeur], d'intensité légère : en soi, cette intensité légère ne relève pas d'une IT [incapacité de travail] totale, mais elle s'associe à une anxiété d'intensité modérée (Beck anx à 17 le 08.10) constante et quotidienne.

Sur ces éléments, il y a donc matière à s'opposer sur la conclusion par l'expert d'absence de trouble psychopathologique, et sur l'étonnement qu'il n'ait pas contacté les médecins traitants de la patiente devant une telle discordance d'avis médical. »

Par déterminations du 29 janvier 2020, l'assurée a confirmé ses objections à l'encontre du rapport d'expertise du 26 juin 2019 - dont elle a requis un complément - et du préavis du 3 décembre 2019 de l'OAI.

Par certificat médical du 14 janvier 2020 - transmis à l'OAI le 30 janvier 2020 -, le Dr F._____ a indiqué que sa patiente était dans l'incapacité de travailler à 80 % du 14 janvier au 14 février 2020, incapacité qu'il a par la suite prolongée jusqu'au 15 mars 2020 par certificat médical du 11 février 2020, puis jusqu'au 16 avril 2020 par certificat médical du 13 mars 2020. A teneur de ses différents certificats médicaux, le Dr F._____ a, à chaque fois, indiqué que la capacité de travail était de 20 %, laquelle devait être mise en œuvre à raison de deux après-midi, suffisamment espacées, par semaine. Les temps de transport pour se rendre au travail devaient être réduits à moins de 20 minutes. De même, le temps d'écran devait être limité, tout comme celui d'exposition aux ondes, en raison de l'hypersensibilité de l'assurée. Enfin, cette dernière devait travailler dans un environnement professionnel bienveillant, étant donné sa fatigabilité cognitive nette et ses difficultés d'adaptation au stress.

Appelé à se déterminer sur le rapport du 7 novembre 2019 et sur les certificats médicaux des 14 janvier et 11 février 2020 du Dr F._____, le Dr H._____ a rappelé, par rapport SMR du 6 mars 2020, que l'assurée critiquait le fait que l'expert n'avait pas retenu de trouble cognitif. Toutefois, le médecin-conseil a souligné que le rapport du 13 juin 2019 de la Dre N._____ décrivait un trouble neuropsychologique de degré de gravité minimal, alors que le rapport du 20 mai 2019 du Dr C._____ ne retenait aucune atteinte du système neurologique central

ou périphérique permettant d'expliquer factuellement la symptomatologie subjective de l'assurée - soit essentiellement une fatigabilité et un fléchissement exécutif. De plus, le Dr V._____ avait conclu à une absence d'atteinte psychiatrique durablement incapacitante pouvant entraîner des troubles cognitifs durables. De surcroît, les certificats médicaux n'apportaient aucun élément nouveau. Dès lors, le Dr H._____ a estimé qu'il n'existait pas d'élément objectif permettant de modifier ses conclusions du 26 août du 2019.

Par décision du 19 mars 2020 - annulant et remplaçant la décision initiale de refus de prestations du 27 mars 2018 -, l'OAI a confirmé son projet du 3 décembre 2019 et refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante.

C. Par acte du 1^{er} mai 2020, W._____, toujours représentée par Me Henri Bercher, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 % au minimum, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise complète sur son histoire et sa situation médicale. En substance, la recourante a fait valoir que sa situation n'avait pas été valablement examinée par l'expert désigné par l'intimé. L'expertise était insuffisante et lacunaire, en particulier s'agissant de la question du burnout et du conflit l'opposant à son ancien employeur. En outre, le rapport d'expertise du 26 juin 2019 ne contenait aucune analyse comparative avec les conclusions discordantes des médecins-traitants et aucun examen n'avait été effectué sur la contradiction entre ses plaintes et les constatations de l'expert sur son état de santé et sa capacité de travail. L'anamnèse était par ailleurs incomplète et les examens sommaires, ceux-ci ne prenant pas en compte le fait que son burnout se déclarait précisément lorsqu'elle était soumise à une situation de pression professionnelle ou à un stress

quelconque, ce qui n'était pas le cas au moment de l'expertise, vu qu'elle était sans activité depuis 2018.

Avec son recours, la recourante a notamment produit un rapport du 20 avril 2020 du Dr F._____, à teneur duquel il indiquait avoir constaté une fatigabilité constante au niveau cognitif dès 30 minutes d'entretien et ce depuis la prise en charge de la recourante en septembre 2019. Le Dr F._____ rappelait le diagnostic d'état dépressif majeur d'intensité légère et d'anxiété généralisée d'intensité moyenne, posé en octobre 2019 ; cet état anxiodépressif était chronique depuis le burnout subi en 2015 et contribuait à la fragilisation nette des capacités de résistance au stress de sa patiente. Par ailleurs, il avait constaté des reviviscences « traumatiques / post-traumatiques » du burnout de 2015, lesquelles étaient entretenues par le rapport d'expertise du 26 juin 2019 qui avait conclu à une absence de difficultés, et par le contexte procédural actuellement en cours. A cet égard, une thérapie de type « eye movement desensitization and reprocessing » (EMDR) allait être mise en place.

Dans sa réponse du 9 juin 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a argué que le conflit avec l'ancien employeur avait été examiné par le Dr V._____, mais qu'aucune pathologie psychiatrique n'était associée à cet événement. L'OAI a souligné le soutien de l'entourage privé dont bénéficiait la recourante, l'absence d'hospitalisation et de traitement psychopharmacologique, ainsi que sa capacité à se projeter dans une activité professionnelle d'aide aux personnes. Il a rappelé qu'il n'était pas requis de l'expert de se concerter avec les médecins-traitants et que les avis de ces derniers ne faisaient au demeurant pas état d'éléments médicaux objectivement vérifiables de nature à modifier la capacité de travail retenue. Par ailleurs, le Dr V._____ avait eu accès à l'intégralité du dossier de la recourante.

En réplique, le 31 juillet 2020, la recourante a maintenu ses conclusions et confirmé qu'une synthèse des avis médicaux des médecins-traitants aurait dû être effectuée. Par ailleurs, le certificat médical du 13 mars 2020 et le rapport du 20 avril 2020 du Dr F._____, lequel

attestait d'un état dépressif majeur d'intensité légère, n'avaient pas fait l'objet d'une instruction satisfaisante, de sorte qu'elle devait être complétée.

Par détermination du 12 octobre 2020, la recourante a porté au dossier un nouveau rapport du 18 septembre 2020 du Dr F. _____ selon lequel elle était incapable de travailler à 80 % du 22 septembre au 22 octobre 2020.

Le 4 février 2021, la recourante a encore produit un rapport du 20 janvier 2021 de son médecin-traitant, à teneur duquel la capacité de travail actuelle était de 20 % en raison d'un épuisement professionnel prolongé et d'un syndrome de fatigue chronique consécutif.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile - compte tenu de la prolongation extraordinaire (ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RS 173.110.4) des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) - auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 3 novembre 2015, en particulier sur son droit à une rente d'invalidité.

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.

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).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

5. a) En l'occurrence, l'intimé a, derechef, nié à la recourante tout droit à une rente, après complément d'instruction ordonné par la Cour des assurances sociales dans son arrêt du 22 octobre 2018 (AI 137/18 –

299/2018), au motif que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte durablement incapacitante, au sens de la LAI, et que sa capacité de travail était entière dans toute activité professionnelle, sans limitation fonctionnelle. L'appréciation de l'intimé est fondée sur le rapport d'expertise du 26 juin 2019 du Dr V._____, ainsi que sur les avis médicaux SMR des 26 août 2019 et du 6 mars 2020 du Dr H._____. Or, ainsi qu'on le verra, l'expertise réalisée par le Dr V._____ ne prête pas le flanc à la critique, et il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante.

En effet, le Dr V._____ a rencontré l'assurée, au cours d'un entretien d'une heure et demi. Il a examiné son dossier médical complet, dont les rapports complémentaires des médecins du Centre L._____, lesquels sont du reste annexés au rapport d'expertise. A cet égard, l'expert psychiatre a notamment pris en compte le fait que la symptomatologie de l'assurée représentait un trouble neuropsychologique de degré de gravité minimale, qu'il n'existait pas de pathologie neurologique évolutive et que le status neurologique se révélait sans particularité et n'apportait pas d'indice en faveur d'une atteinte du système nerveux central, du système nerveux périphérique ou d'une neuropathie crânienne. L'expert est revenu sur l'historique personnel et professionnel de la recourante, sur le contexte social dans lequel elle évoluait et s'est également renseigné sur ses loisirs, ainsi que sur ses activités quotidiennes et sur son emploi du temps.

Le Dr V._____ a également fait état de manière circonstanciée des plaintes de la recourante, en mentionnant notamment les difficultés qu'elle avait rencontrées au cours de son engagement auprès de J._____ et ses problèmes de fatigabilité, de gestion du stress, de concentration, de mémoire et d'hypersensibilité aux ondes magnétiques, à la foule et aux bruits. Il a en outre indiqué que la recourante ne s'était « jamais sentie dépressive » et qu'elle n'avait jamais ressenti de la tristesse ou de l'anhédonie, malgré le développement de phénomènes asthéniques. L'expert a encore pris en compte l'absence d'hospitalisation et de traitement médicamenteux, et a observé que la

capacité de travail de la recourante ne pourrait pas être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ; il a toutefois recommandé la poursuite d'une psychothérapie en vue de soutenir des mesures professionnelles.

L'expert a par ailleurs fait état des ressources de la recourante, qu'il a qualifiées de nombreuses ; il a en particulier souligné le soutien dont elle bénéficiait de la part de sa famille et de ses proches, ses compétences dans les rapports humains et sociaux, ainsi que sa capacité à se projeter dans un avenir professionnel. L'expert a également mentionné les difficultés que représentait l'asthénie isolée, laquelle amoindrissait la capacité d'endurance de la recourante. Il n'avait toutefois pas objectivé cette fatigabilité.

Le Dr V._____ a, de surcroît, répondu de manière claire à toutes les questions qui lui avait été soumises par l'OAI par courrier du 21 février 2019, et a structuré son rapport de manière claire et compréhensible.

L'expert a en outre procédé à une évaluation de la cohérence et de la plausibilité. A cet égard, il a relevé que le tableau clinique présent le jour de l'examen n'était pas compatible avec une incapacité totale de travail durable au motif psychiatrique. Les plaintes verbalisées par la recourante, ainsi que ses souhaits professionnels - à savoir notamment la possibilité de travailler dans la relation d'aide à la personne, sans exigence de rentabilité -, correspondaient à des « choix existentiels conscients qui n'étaient pas en lien avec une éventuelle psychopathologie sous-jacente ».

C'est sur la base des éléments susmentionnés, ainsi que sur ses constatations objectives, que le Dr V._____ est ainsi parvenu à la conclusion qu'il n'existait pas de diagnostic psychiatrique et que la recourante disposait d'une capacité de travail entière depuis toujours, sans limitation fonctionnelle. Son expertise, bien motivée, remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

b) La recourante voit des contradictions entre les rapports de ses médecins et l'appréciation de l'expert.

Or, dans son rapport du 16 avril 2019, la psychologue E._____ n'a fait état d'aucune atteinte de nature à entraver l'exercice de l'activité habituelle, pas plus que d'une activité adaptée. Elle a en effet noté que la symptomatologie de la recourante, soit le fléchissement exécutif, la fragilité des temps de réaction et un discret manque du nom propre, ne représentait finalement qu'un trouble neuropsychologique de degré de gravité minimale et était explicable dans le cadre d'une fatigue chronique et d'un sommeil altéré. Par ailleurs, l'examen se trouvait dans les normes. Ce n'était que dans l'éventualité où la patiente devait effectuer des tâches requérant un « niveau d'exigence élevé » qu'elle pouvait présenter des capacités professionnelles limitées. En d'autres termes, dans des activités telles que celles que la recourante avait exercées, soit d'assistante en ressources humaines ou en gestion administrative, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle.

Quant au Dr C._____, il a constaté dans son rapport du 20 mai 2019 que le status neurologique se révélait sans particularité et n'apportait pas d'indice en faveur d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique ou d'une neuropathie crânienne. Par ailleurs, il n'y avait pas d'indice en faveur d'une céphalée primaire - avec la manifestation toutefois de céphalées tensionnelles, déclenchées en réponse à diverses sollicitations psychiques et physiques -, pas plus que s'agissant d'une pathologie intracrânienne vasculaire, inflammatoire, tumorale ou autre. Dès lors, on comprend que ce médecin a exclu l'existence d'une cause neurologique aux symptômes neuropsychologiques de la recourante.

On relèvera que dans son rapport de bilan du 13 juin 2019, la Dre N._____ n'a, pour sa part, fait que résumer les rapports de la psychologue E._____ et du neurologue C._____, pour conclure qu'elle n'avait pas prévu de revoir d'office cette patiente.

Enfin, la Dre M._____, psychiatre traitante, s'est fondée sur les observations susmentionnées, pour tirer, dans son rapport du 8 juillet 2019, que la recourante serait incapable de travailler à 100 %. Or, un tel constat ne correspond pas aux constatations et conclusions de la psychologue E._____, ni du neurologue C._____. La Dre M._____ n'apporte pour le surplus aucun élément nouveau pour justifier sa position. Quoi qu'il en soit, le Dr V._____, dans le cadre de son appréciation pleinement probante, a exposé, ainsi qu'on l'a vu, les motifs le conduisant à nier l'existence d'une atteinte invalidante au plan psychiatrique.

c) S'agissant du grief selon lequel le Dr V._____ n'aurait pas fait état du diagnostic de burnout, intervenu en 2015, en lien avec l'activité professionnelle de la recourante, et de ses répercussions, on rappellera que l'expert est revenu sur le conflit opposant l'intéressée à son ancien employeur et a retenu cette circonstance comme étant une difficulté de la recourante. Il a toutefois mis en évidence les ressources de l'intéressée, notamment sa capacité à se projeter dans un avenir professionnel et à apprécier les relations interpersonnelles bienveillantes, ainsi que l'absence de toute hospitalisation ou de médication à la suite de l'évènement de 2015. Le Dr V._____ a en outre fait état d'un examen psychiatrique normal, en dehors de l'allégation d'une importante asthénie et de l'absence d'infléchissement thymique ou d'anhédonie. Il a par ailleurs interrogé l'assurée à ce sujet, laquelle lui a indiqué ne « jamais s'être sentie dépressive » et n'avoir jamais ressenti de la tristesse ou de l'anhédonie, malgré le développement de phénomènes asthéniques.

La recourante soutient également que l'expert n'a pas mentionné les troubles du sommeil et la fatigue chronique dont fait état le Centre L._____, ni la nécessité d'une adaptation de la charge de travail et des horaires en cas de reprise d'une activité professionnelle, ni des céphalées, « alors qu'il s'agissait d'une sérieuse contre-indication à l'exercice régulier d'une activité professionnelle prenante ». Or, comme indiqué ci-dessus, l'expert a bien fait état dans son rapport du 26 juin

2019 des résultats obtenus par le Centre L._____, lesquels indiquaient entre autre qu'il n'y avait pas d'indice en faveur d'une céphalée primaire ou d'une pathologie intracrânienne vasculaire, inflammatoire, tumorale ou autre. S'agissant de la fatigabilité et des troubles du sommeil, ils ont été pris en compte par l'expert, notamment à titre de plaintes subjectives de la recourante et comme difficulté.

d) La recourante a encore produit plusieurs certificats médicaux notamment des 14 janvier, 11 février, 13 mars, 18 septembre 2020 et 21 janvier 2021 du Dr F._____. Il y a fait état d'une capacité de travail de 20 % et y a mentionné des restrictions, à savoir un temps de transport réduit à moins de 20 minutes, un temps d'écran limité, tout comme celui d'exposition aux ondes, et le fait que la recourante devait travailler dans un environnement professionnel bienveillant, ce dernier élément se justifiant par la fatigabilité cognitive nette et les difficultés d'adaptation au stress.

Toutefois, ces certificats ne sont pas suffisamment motivés et étayés pour remettre en cause les conclusions pleinement probantes du Dr V._____. Ils ne permettent en particulier pas de saisir pour quels motifs l'intéressée ne serait en mesure de ne travailler qu'à un taux de 20 % et sur quelle base objective seraient fondées les limitations fonctionnelles listées.

Quant au rapport du 7 novembre 2019, le Dr F._____ y critique le fait pour l'expert d'avoir mentionné une absence de trouble thymique et anxieux. Le psychiatre traitant a par ailleurs diagnostiqué un épisode dépressif majeur, d'intensité légère, associé à une anxiété d'intensité modérée. Le 20 avril 2020, le Dr F._____ a indiqué avoir constaté une fatigabilité constante au niveau cognitif, l'état anxiodépressif étant chronique depuis le burnout de 2015, ce qui contribuait à la fragilisation des capacités de résistance au stress de sa patiente.

A l'appui de ses deux rapports, le Dr F._____ ne fait toutefois pas état d'éléments nouveaux que l'expert aurait omis d'examiner, et qui

seraient de nature à remettre en cause l'appréciation de ce dernier. Le Dr F._____ n'a, quoi qu'il en soit, pas tiré de conclusion quant à la capacité de travail de la recourante en lien avec le diagnostic d'épisode dépressif majeur, d'intensité légère, mais s'est limité à indiquer que ladite atteinte ne relevait pas d'une incapacité de travail totale, mais s'associait à une anxiété d'intensité modérée, constante et quotidienne.

Enfin, l'intimé a pris position, par l'intermédiaire du SMR (avis du 6 mars 2020 du Dr H._____), sur le rapport du 7 novembre 2019 du Dr F._____. Il ne peut dès lors être fait grief à l'intimé de n'avoir pas soumis directement ces éléments à l'expert, à plus forte raison en l'absence d'éléments nouveaux.

Les pièces produites par la recourante à la suite du rapport d'expertise psychiatrique du 26 juin 2019 ne sont ainsi pas de nature à établir une péjoration de son état de santé, respectivement une atteinte qui n'aurait pas été prise en compte par l'expert.

A toutes fins utiles, on relèvera enfin que l'arrêt de renvoi de la Cour des assurances sociales ne tendait pas à la mise en œuvre d'une « synthèse des différents avis médicaux ».

e) Eu égard à ce qui précède, les griefs invoqués par la recourante et les critiques soulevées à l'encontre du rapport d'expertise du 26 juin 2019 ne permettent pas de remettre en cause son caractère pleinement probant.

6. a) Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (TF 8C_253/2020 du 12 novembre 2020 consid. 3.2 et les références citées).

b) En l'occurrence, le dossier est complet et permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir de mettre en œuvre une nouvelle expertise complémentaire sur son histoire et sur sa situation médicale.

7. a) En définitive, le recours interjeté par W._____ doit être rejeté et la décision attaquée du 19 mars 2020 confirmée.

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 la recourante, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 19 mars 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Henri Bercher (pour W. _____),
- 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 :