

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 novembre 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI et art. 29 Cst.

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...], née en 196[...], sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 201[...] en qualité de réfugiée après avoir vécu en [...]. Elle y a œuvré comme vendeuse avant qu'elle-même et sa famille ne subissent des violences.

Sans activité professionnelle depuis son arrivée en Suisse, elle a séjourné à l'Etablissement U._____ avant d'émarger du revenu d'insertion jusqu'à son mariage en 2017.

Après une annonce en détection précoce introduite le 26 février 2016 par le B._____, l'assurée a déposé une demande de prestations le 18 mars 2018 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant un syndrome post-traumatique et mentionnant une incapacité de travail à 100 % depuis le mois de mai 2017.

Le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a complété un questionnaire à l'attention de l'OAI le 23 mai 2018. Il a retenu un état dépressif et, au titre des limitations fonctionnelles, une thymie dépressive, un manque de motivation, des angoisses limitant la concentration, une intolérance au stress et une fatigabilité accrue. A sa connaissance, l'assurée présentait une incapacité de travail à 100 % depuis 2016 dans son activité habituelle, renvoyant au psychiatre traitant s'agissant d'une éventuelle activité adaptée.

Dans un rapport à l'OAI du 4 juin 2018, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (F33.2), d'état de stress post-traumatique (F43.1) ainsi que de difficultés liées à une enfance malheureuse et à des sévices physiques (Z61.6). Sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné des

douleurs chroniques. Indiquant deux hospitalisations en milieu psychiatrique, il a mentionné une évolution très lentement favorable dans un contexte de reviviscences fréquentes des traumatismes durant l'enfance et la guerre, de cauchemars, de comportements d'évitement, d'idées suicidaires ponctuelles, de troubles de la concentration, de difficultés d'organisation et d'anxiété. Le Dr C._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : repli social ; troubles de la concentration ; asthénie ; apragmatisme ; aboulie ; difficultés dans la gestion des émotions ; hypersensibilité au stress ; troubles de la mémoire ; fatigabilité ; lenteur. Il a estimé l'incapacité de travail à 100 % dans toutes activités.

Le 11 juin 2018, l'OAI a requis du Centre hospitalier F._____ les lettres de sorties relatives aux hospitalisations de l'assurée. Le 20 juin 2018 le Centre hospitalier F._____ a produit les rapports suivants :

- Le rapport de la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et cheffe de clinique adjointe au Centre hospitalier F._____, du 3 août 2012 qui indiquait que l'assurée avait séjourné au Département de psychiatrie du 30 mai au 8 juin 2012 en raison d'idées suicidaires scénarisées par une prise de médicaments. La Dre G._____ posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique (F33.11), et d'état de stress post-traumatique (F43.1). Cet événement prenait place dans un contexte de reviviscences de l'assassinat de son premier mari lors de la guerre, de relations conflictuelles avec une voisine de chambre à l'Etablissement U._____, d'un isolement social et de crainte quant au sort de sa demande d'asile. En raison de l'évolution favorable, l'assurée a pu regagner l'Etablissement U._____.
- Le rapport du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et chef de clinique adjoint au Centre

hospitalier F._____, du 16 août 2012 qui indiquait que l'assurée avait séjourné au Département de psychiatrie du 25 avril au 1^{er} mai 2012 en raison d'idées suicidaires scénarisées. Il faisait état d'un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10) dans un contexte de reviviscences de l'assassinat de son premier mari lors de la guerre, de promiscuité et de conflits avec les autres résidents de l'Etablissement U._____. Le Dr H._____ estimait l'évolution favorable au cours du séjour hospitalier.

Réinterrogé par l'OAI, le Dr C._____ a mentionné, dans son rapport du 9 janvier 2019, une amélioration clinique, avec moins de symptômes anxieux et dépressifs et une meilleure élaboration autour des différents traumatismes durant l'enfance et les guerres. Il a toutefois relevé que l'assurée gardait des symptômes d'évitement, des phobies spécifiques de type agoraphobie, de l'anxiété d'appréhension et de l'hypervigilance. Il a estimé que l'incapacité de travail serait totale dans toutes activités depuis le 6 avril 2017.

Sur la base des renseignements réunis, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique confiée au Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (avis médical du 5 juillet 2019 du Dr J._____, médecin au SMR ; communication de l'OAI du 27 septembre 2019).

L'expert a procédé aux examens utiles les 3 et 7 octobre 2019. Dans son rapport du 18 novembre 2019, le Dr E._____ a retenu les diagnostics – sans répercussion sur la capacité de travail – de troubles dépressifs récurrents moyens depuis 2010 (F33.11) et légers depuis 2017 (F33.0), de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou à des maladies classées ailleurs (F54) et de modification traumatique de la personnalité suite à des expériences dramatiques subies dans son pays d'origine, actuellement non décompensé (F62).

S'agissant de l'absence de répercussion des diagnostics précités sur la capacité de travail de l'assurée, l'expert a fait état de ce qui suit (pp. 31-33) :

« 1. Degré de gravité fonctionnelle

Selon le dossier asséculoologique, les examens cliniques et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient un trouble dépressif récurrent moyen et puis léger depuis 2010 au présent, avec quelques moments d'épisode dépressif moyen et quelques rémissions partielles suivies de rechutes, en lien avec le status algique en augmentation et surtout avec la modification traumatique de la personnalité, avec une évolution globalement positive suite à son mariage en 2017.

Au moment de l'expertise et ce depuis 2017 au présent on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques peu significatives dans le sens d'une tristesse subjective fluctuante sans répercussions sur le quotidien, d'une intolérance au stress, des difficultés de concentration subjectives, d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel.

Cet indice est absent d'un point de vue psychiatrique depuis 2017 au présent.

2. Atteinte à la santé

Cet indice de gravité n'est pas présent, dans l'absence de limitations fonctionnelles significatives.

3. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic

Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont remplis pour un trouble dépressif récurrent léger depuis 2017 au présent, avec quelques moments d'épisode dépressif moyen et quelques rémissions partielles suivies de rechutes, en lien avec le status algique en augmentation et avec la modification traumatique de la personnalité.

4. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard

Nous objections une évolution globalement positive depuis 2017 au présent, avec un traitement antidépresseur et avec un traitement psychiatrique. La motivation pour une réinsertion professionnelle est faible à cause des douleurs.

5. Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques susmentionnées dans le sens d'un trouble dépressif récurrent léger, ou moyen selon les périodes et avec la modification traumatique de la personnalité sont des troubles qui n'entraînent pas de limitations fonctionnelles significatives psychiatriques selon les activités possibles durant une journée type, qui montre une limitation uniquement dans les tâches lourdes physiquement, mais pas pour le reste.

6. Personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Dans ce cas, selon l'anamnèse, de longue date, l'assurée présente des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permet de retenir la présence d'un trouble de la personnalité, dans le sens d'une modification traumatique de la personnalité suite à des drames subis dans son pays d'origine.

7. Contexte social

Au moment de l'expertise l'assurée garde de bonnes capacités et ressources personnelles, car elle arrive à garder des bonnes relations avec quelques membres de sa famille (mari, sœur) et des rares amis qu'elle fréquente. Donc, nous ne retenons pas d'isolement social total, mais partiel.

8. Cohérence

Nous avons objectivé une cohérence moyenne entre certaines plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la fatigue subjective et le constat objectif ou des plaintes de la concentration subjectives, s'inscrivant dans un contexte de modification traumatique de la personnalité avec des bénéfices primaires plus importants que les bénéfices secondaires. Toutefois, des bénéfices secondaires existent, car l'assurée explique avoir des difficultés à travailler en Suisse dans un contexte algique, sans expérience et sans parler bien le français.

9. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie

Au moment de l'expertise l'assurée garde de bonnes capacités et ressources personnelles, car elle arrive à gérer son quotidien d'un point de vue psychiatrique, à avoir des contacts sociaux, à faire les courses et le ménage léger, à faire l'administratif léger, à partir en vacances, etc. Nous ne retenons pas de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique d'une façon uniforme et significative depuis 2017 au présent.

10. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation

L'assurée présente une motivation faible pour une reprise professionnelle dans un emploi adapté à ses douleurs et une motivation bonne pour les antidépresseurs.

En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité pour un éventuel trouble douloureux somatoforme persistant ne sont pas remplis depuis 2017 au présent et ni pour un trouble dépressif récurrent léger ou parfois moyen. »

L'expert en a tiré les conclusions suivantes concernant l'absence de limitation fonctionnelle significative et la préservation des ressources de l'assurée (pp. 37-40) :

« Selon le dossier assécurologique, l'examen clinique et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient que les critères

diagnostics de la CIM-10 sont remplis pour un trouble dépressif récurrent moyen et puis léger, depuis 2010 au présent, dans le contexte d'un trouble douloureux somatoforme persistant et d'une modification traumatique de la personnalité, actuellement non décompensé.

Nous ne retenons pas de limitations fonctionnelles significatives chez une assurée qui gère sans difficulté son quotidien d'un point de vue psychiatrique et qui n'a pas nécessité une hospitalisation en psychiatrie depuis 2014, ni de changement du traitement antidépresseur et qui a pu se marier en 2017 et partir en vacances récemment.

Le trouble dépressif récurrent léger parfois moyen depuis 2010 au présent n'a pas donné des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives, car nous objectivons uniquement une tristesse subjective fluctuante sans répercussions sur le quotidien, des difficultés de concentration subjectives, une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel et sans autres limitations objectivables.

Au moment de l'expertise l'assurée garde de bonnes capacités et ressources personnelles, car elle arrive à gérer son quotidien d'un point de vue psychiatrique, fait les courses et le ménage léger, sort avec des amis et son mari, part en vacances, regarde la télévision, etc.

Les indices jurisprudentiels de gravité de novembre 2017 pour les troubles dépressifs récurrents légers et moyens, qui sont les mêmes que pour les troubles douloureux somatoformes persistants ne sont pas remplis depuis 2017 au présent.

(...)

8. ÉVALUATION MÉDICALE ET MÉDICO-ASSURANTIELLE

8.1. Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Selon le dossier asséculo-logique, l'examen clinique et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient un trouble dépressif récurrent léger depuis 2017 au présent (et moyen auparavant entre 2010 et 2016), dans le contexte de douleurs chroniques et d'une modification traumatique de la personnalité. La journée type et les limitations fonctionnelles confirment indirectement les diagnostics susmentionnés, de même que l'absence d'une hospitalisation en psychiatrie depuis 2014, sans changement du traitement antidépresseur, sans suivi psychiatrique hebdomadaire.

Avis concernant la personnalité de l'assurée, notamment au regard de ses ressources, avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social

Actuellement les ressources de l'assurée sont bonnes, car elle arrive à gérer son quotidien sans difficulté d'un point de vue psychiatrique, puisqu'elle fait les courses et le ménage léger, regarde la télévision, sort avec son mari et des amis, gère l'administratif léger, part en vacances, n'a pas eu de changement du traitement antidépresseur, ni d'hospitalisation en psychiatrie depuis 2014, etc.

Nous ne retenons pas de répercussion de la modification traumatique de la personnalité sur la capacité de travail, car l'assurée a pu exercer dans son pays d'origine et elle a une vie sociale réduite, mais sans isolement social total.

8.2. Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Nous constatons une évolution globalement positive depuis 2017 au présent, suite à son mariage. Les chances de guérison des troubles susmentionnés sont faibles vu leur chronicité, mais les limitations fonctionnelles sont discrètes cliniquement d'un point de vue objectif.

Avis sur le déroulement de la thérapie, indication des motifs d'interruption des interventions. Le cas échéant, avis concernant la question de savoir si les problèmes de coopération sont liés à la maladie ou à un manque de ressources de l'assurée. Pour l'appréciation du potentiel de réadaptation, il convient d'indiquer si les traitements effectués jusque-là ont été adéquats, si les possibilités thérapeutiques ont été épuisées, et quelle sera vraisemblablement l'évolution de la maladie. Le cas échéant, indiquer si d'autres options sont encore envisageables

Le traitement psychothérapeutique est suffisant, mais le traitement antidépresseur n'a pas été changé, alors que l'assurée n'a pas de plaintes psychiatriques à l'avant plan, mais des plaintes algiques et une fatigue chronique selon l'anamnèse. Un traitement de duloxétine pourrait être proposé pour augmenter le seuil de la douleur en même temps que de la prégabaline en fonction des douleurs.

8.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Avis sur la présence d'une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et réponse à la question de savoir si des thérapies correspondant aux symptômes exposés ont été suivies (eu égard à l'intensité des souffrances)

Les troubles dépressifs récurrents légers depuis 2017 au présent et les autres troubles psychiques n'ont pas entraîné des limitations fonctionnelles significatives, tenant compte de la journée type décrite au moment de l'expertise et des activités possibles. Les symptômes décrits sont compatibles avec des limitations non significatives et l'assurée n'a pas bénéficié d'un changement du traitement antidépresseur selon l'anamnèse.

Avis sur la question de savoir si les symptômes ou les pertes de fonctionnalité dont se plaint la personne assurée sont cohérents et plausibles, et si les résultats de l'examen sont valides et compréhensibles

Les plaintes sont plausibles et nous ne retenons pas d'exagération consciente des plaintes, mais il existe une exagération probablement inconsciente, en lien avec des bénéfices

primaires, chez une assurée authentique qui décrit son quotidien sans exagération et qui n'est pas motivée par une reprise professionnelle dans une activité adaptée à ses douleurs selon l'anamnèse.

Discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations spécialisées antérieures disponibles Par ex. rapports sur des mesures de réadaptation

Nous n'avons retenu aucune incohérence chez une assurée authentique, qui n'exagère pas la journée type ou les activités encore possibles, la seule incohérence étant une demande AI, dans l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques objectivables chez une assurée qui gère seule son quotidien.

De plus, de façon très authentique elle décrit des avantages secondaires clairs, en expliquant qu'elle ne pourra pas trouver un emploi en Suisse, car elle n'a jamais travaillé sur le territoire helvétique, après une longue pause professionnelle, sans parler bien le français, en ayant des limitations dans les activités lourdes physiquement et ne pouvant plus bénéficier du social comme auparavant à cause du salaire de son mari. Ceci expliquerait la demande AI actuelle, alors que son état psychique a été plus détérioré dans le passé, lorsqu'elle a nécessité des hospitalisations en psychiatrie en 2011, 2012 et 2014 selon l'assurée.

Nous ne retenons pas des discordances entre le diagnostic de troubles dépressifs récurrents moyens décrits dans le dossier assécurologique lors des hospitalisations psychiatriques de 2011 et 2012, qui restent compatibles avec la description de la journée type actuelle et dans le passé. Par contre, il existe une discordance entre le trouble dépressif sévère retenu par le psychiatre traitant actuel et de nombreuses activités possibles dans le quotidien, comme son mariage en 2017, la gestion des courses, du ménage, les vacances, le fait que l'assurée n'a plus nécessité d'hospitalisation en psychiatrie depuis 2014, ni de changement du traitement antidépresseur, ni de suivi psychiatrique hebdomadaire.

Nous retenons également des discordances entre la capacité de travail nulle retenue par le psychiatre traitant chez une assurée qui a pu se marier, qui gère seule les courses et le ménage léger physiquement, qui part en vacances, qui se promène, regarde la télévision, rencontre parfois des amies avec un isolement social partiel mais pas total, gère seule les tâches administratives légères, etc.

8.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Présentation et motivation des troubles fonctionnels, des pertes de capacité et des ressources disponibles, avec appréciation critique de l'évolution sur la durée, de l'auto-évaluation de l'assurée, de sa personnalité et de sa disposition à coopérer. Le cas échéant, avis sur la manière dont la combinaison de plusieurs légers handicaps peut affaiblir la résistance au stress de l'assurée. Le cas échéant, distinction entre les troubles fonctionnels selon qu'ils sont dus à des causes médicales ou non

Les ressources actuelles sont bonnes et les limitations fonctionnelles objectivables ne sont pas significatives depuis 2017 au présent. La coopération de l'assurée a été bonne pour le suivi médical et pour un traitement antidépresseur et pour le suivi psychiatrique. »

L'expert a enfin répondu comme il suit aux questions concernant les éventuelles mesures médicales propres à améliorer la capacité de travail de l'intéressée (pp. 41-42) :

« 9.3. Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?

La question tombe d'un point de vue psychiatrique vu que la capacité de travail est de 100 %. Toutefois, nous recommandons la mise en place d'un traitement antidépresseur de duloxétine à des taux importants (90-120 mg/jour) et avec de la prégabaline pour diminuer les douleurs. Ceci peut améliorer le status algique et diminuer le risque d'évolution vers un trouble dépressif plus important.

Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et les preuves à l'appui de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible. Y a-t-il des raisons médicales (risques) qui plaident contre la thérapie proposée ?

Nous recommandons un suivi psychiatrique ciblant la modification traumatique de la personnalité, les avantages primaires et la mise en place de la prégabaline pour diminuer les douleurs avec une prise de duloxétine et un monitoring sanguin. »

Le 21 novembre 2019, l'OAI a établi un projet de décision, par lequel il envisageait de nier le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

L'assurée a contesté le projet de décision susmentionné par courrier du 10 décembre 2019. Dans le cadre de la procédure d'audition qui a suivi, le Dr D. _____ a établi le 20 décembre 2019 un rapport à l'attention de l'OAI dans lequel il a mentionné une possible hernie discale foraminale au niveau des vertèbres C6-C7 à gauche, des maux de dos et

des céphalées en cours d'investigation. Il a indiqué une incapacité de travail à 100 % pour ces motifs dès le 1^{er} janvier 2019.

Le 22 janvier 2020, le Dr D._____ a notamment transmis à l'OAI les rapports suivants :

- Son rapport du 10 janvier 2020 adressé à l'[...] réclamant une prise en charge antalgique pour sa patiente.
- Son rapport du même jour adressé au Dr [...], spécialiste en neurologie, lui indiquant les circonstances dans lesquelles il demandait un avis neurologique (cervicalgies chroniques associées à des céphalées et à des dorso-lombalgies).
- Son rapport du 15 mars 2019 au Centre hospitalier F._____, faisant état de l'absence de déficit neurologique et de l'échec de la physiothérapie et du traitement anti-inflammatoire mis en place.
- Les rapports d'imageries par résonance magnétique (IRM) des 17 janvier 2019 (cervicale et rachis cervical) et 5 novembre 2019 (colonne dorsale). Ces imageries faisaient état d'une possible hernie discale foraminale C6-C7 à gauche (rapport du 17 janvier 2019) et d'angiomes multiples des corps vertébraux (rapport du 5 novembre 2019).
- Le rapport de la Dre K._____, spécialiste en rhumatologie, du 19 février 2019 qui a conclu à des cervico-scapulalgies, voire des brachialgies bilatérales ainsi qu'à des lombalgies à prédominance gauche. Celles-ci ne présentaient pas de clinique objectivable, les IRM cervicale et cérébrale n'étant pas significatives (cf. rapport d'IRM du 17 janvier 2019). Cette spécialiste a en outre suspecté une composante liée à l'état dépressif. Elle a proposé un traitement de physiothérapie en

piscine, ainsi que la poursuite du traitement antalgique avec relaxant musculaire.

- Le rapport du Centre hospitalier F. _____ du 6 juin 2019 dans lequel le Dr L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, fait l'appréciation suivante :

« R. _____ présente des cervico-brachialgies chroniques non-déficitaires, sans signes compatibles avec une radiculopathie.

L'IRM cervicale met en évidence une suspicion d'hernie discale C6-C7 qui actuellement ne semble pas avoir des corrélations cliniques.

Dans ce contexte nous proposons une prise en charge de physiothérapie en ambulatoire axée sur des exercices de reconditionnement global, mobilisation cervicale avec amélioration amplitudes articulaires, amélioration de la posture, étirements, renforcement musculaire, exercices de proprioception, massage décontracturant, remise en confiance.

Nous signalons également la présence de plusieurs facteurs contextuels qui peuvent accentuer la symptomatologie douloureuse, chez une patiente connue pour un état dépressif, qui actuellement ne travaille pas et qui nécessiterait un suivi régulier.

Dans ce contexte, nous proposons la poursuite des séances de physiothérapie et nous allons la convoquer pour un contrôle dans 4 mois. »

Après avoir examiné la documentation fournie par le Dr D. _____, le Dr J. _____ a confirmé les conclusions de l'expertise dans un avis SMR du 30 juillet 2020. Il a retenu que les éléments présentés au stade de la procédure d'audition ne mettaient pas en évidence un substrat organique susceptible d'expliquer les douleurs. La présence d'anomalies radiologiques, couramment rencontrées, ne permettait pas d'établir une corrélation radio-clinique probante.

Par décision du 4 août 2020, assortie d'une motivation séparée du même jour, l'OAI a dénié à l'assurée le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Il a expliqué que le syndrome douloureux dont souffrait l'assurée était essentiellement associé à des facteurs psychiques. Faute de substrat organique et faute d'évaluation incapacitante à la lumière des indicateurs jurisprudentiels pertinents, le syndrome douloureux chronique en question n'était pas invalidant au sens de l'AI.

B. Par courrier du 25 août 2020, l'OAI a transmis à l'assurée une copie de son dossier sans les pièces médicales, l'invitant à lui communiquer les coordonnées d'un médecin à qui il pourrait envoyer les pièces médicales du dossier.

Le 16 septembre 2020, l'OAI a transmis à l'assurée, désormais représentée par Me Flore Primault (cf. courrier du 14 septembre 2020 et procuration du 7 septembre 2020), une copie de son dossier. Il a précisé que la consultation des pièces médicales par l'assurée pourrait lui être dommageable et invité l'avocate précitée à les communiquer à un médecin plutôt que directement à sa mandante.

C. Entre-temps et par acte du 14 septembre 2020, l'assurée, représentée par Me Primault, a recouru contre la décision précitée, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité fixée à dire de justice et, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle fait en substance valoir que l'intimé aurait violé son droit d'être entendu, singulièrement n'aurait pas motivé la décision entreprise. Elle reproche à l'intimé de ne pas avoir envoyé le rapport d'expertise psychiatrique du Dr E. _____ du 18 novembre 2019 à son psychiatre traitant pour qu'elle puisse recevoir des explications et comprendre la motivation de la décision entreprise. Elle allègue que l'intimé n'aurait pas procédé à l'analyse des indicateurs jurisprudentiels. L'intéressée requiert la production du dossier complet de l'intimé, expliquant n'en disposer que d'une partie. Elle sollicite en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Le 24 septembre 2020, la juge instructrice a accordé l'assistance judiciaire à la recourante, l'exonérant de frais de justice et d'avance de frais et désignant Me Primault en qualité de conseil d'office.

Par réponse du 23 octobre 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il explique qu'il a transmis son dossier à Me Primault et qu'il n'a reçu aucune requête tendant à la communication du dossier à un

médecin. Sur le fonds, l'office intimé relève que le rapport d'expertise du Dr E._____, lequel a conclu à une capacité de travail entière de la recourante, remplit toutes les conditions prévues par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Répliquant le 17 février 2021, la recourante demande que l'expertise en cause soit transmise aux Drs C._____ et D._____ pour détermination afin de garantir son droit d'être entendu. Sur le fond, la recourante pointe des incohérences entre les conclusions de l'expert et celles de ses médecins traitants. Elle soutient que l'intimé n'a pas correctement évalué les indicateurs jurisprudentiels. Elle réclame en conséquence la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par duplique du 9 mars 2021, l'intimé a confirmé ses conclusions.

Me Primault a produit la liste de ses opérations le 5 juillet 2021.

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. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si elle présente une atteinte à la santé à caractère invalidant.

3. a) aa) Dans un grief de nature formelle, qu'il convient de traiter à titre préalable, la recourante se prévaut de la violation de son droit d'être entendue. Elle se plaint de ne pas avoir eu accès au dossier de l'intimé et d'un défaut de motivation de la décision entreprise, singulièrement sous l'angle de l'examen des indicateurs jurisprudentiels pertinents. A cet égard, elle reproche aussi à l'intimé de ne pas avoir transmis les pièces médicales de son dossier, et singulièrement l'expertise du Dr E._____ au Dr C._____, afin qu'elle puisse recevoir une explication et comprendre la motivation de la décision attaquée (recours du 14 septembre 2020).

bb) L'intimé observe qu'il a fait parvenir à la recourante son dossier le 25 août 2020, lui demandant d'indiquer les coordonnées d'un médecin en ce qui concernait les pièces médicales. Il explique qu'il n'avait pas reçu de réponse. Il constate que, après avoir communiqué le dossier complet à Me Primault, la recourante a pu se déterminer dans le cadre de la procédure de recours sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr E._____ du 18 novembre 2019. Il en infère la guérison d'une éventuelle violation du droit d'être entendue de la recourante.

b) aa) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chaque personne le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à

rendre (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et références citées).

bb) Le droit d'avoir accès au dossier a pour but de connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et de jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans sa décision, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 143 IV 380 consid. 1.1 ; 132 V 387 consid. 3.1). Les parties doivent ainsi être informées lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'elles ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 132 V 387 consid. 6.2 et les références citées).

cc) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des

différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

dd) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2).

Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

c) aa) En l'espèce, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique confiée au Dr E._____. Ce dernier a reçu l'assurée au mois d'octobre 2019. Il a en outre contacté le Dr D._____ et le Dr C._____ (Expertise, p. 5, ch. 1.3.5). A la suite de cette mesure d'instruction, l'intimé a envoyé à l'assurée le 21 novembre 2019 un projet de décision, conformément à l'art. 57a LAI, qu'elle a contesté (courrier du 10 décembre 2019). Durant la procédure d'audition, l'intimé a soumis les documents produits par le Dr D._____ au Dr J._____ qui a rédigé un

avis SMR le 30 juillet 2020. A cet égard, il est constant que l'intimé n'a transmis à la recourante ou à ses médecins traitants ni le rapport d'expertise du Dr E. _____ du 18 novembre 2019 ni le dernier avis SMR avant de procéder à la notification de la décision attaquée le 4 août 2020. Il en résulte comme conséquence que l'intéressée n'a pas pu se déterminer sur ces documents avant la notification de la décision entreprise. En effet, le dossier n'a été communiqué à la recourante que le 25 août 2020 (sans les pièces médicales ; cf. art. 47 al. 2 LPGA), puis à Me Primault que le 16 septembre 2020, sous la précision que cette dernière n'a contacté l'OAI que le 14 septembre 2020 bien qu'elle disposait d'une procuration depuis le 7 septembre 2020. Même si la recourante n'a eu l'occasion de s'exprimer sur le dossier complet de l'AI qu'au stade de sa réplique le 17 février 2021, il y a lieu de constater qu'elle a pu contester la décision entreprise et singulièrement l'expertise du Dr E. _____ devant la Cour de céans qui jouit d'un plein pouvoir d'examen pour statuer, le recours au sens des art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3 et la référence citée ; Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 53 ad art. 61 LPGA). Sur ce plan, la violation alléguée du droit d'être entendu doit ainsi être considérée comme guérie devant la présente juridiction.

Dans ce contexte, la question de l'application de l'art. 47 al. 2 LPGA proposée par l'intimé (courriers des 25 août 2015 et 16 septembre 2020) et contestée par la recourante (cf. réplique du 17 février 2021, p. 2) peut rester indécise.

bb) En tant que la recourante reproche également à l'OAI de ne pas avoir motivé les indicateurs jurisprudentiels et l'absence d'interpellation de ses médecins traitants à propos de l'expertise (cf. réplique du 17 février 2021, pp. 2-4), il sera relevé que, par ce biais, l'intéressée critique en réalité le résultat de l'appréciation des preuves faite par l'intimé. En ce sens, le grief formel invoqué se confond ici avec

celui d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents (sur cette question, cf. Métral, op. cit., n. 73 ad art. 61 LPGA), que la recourante soulève également. Ce moyen - qui relève du litige au fond - sera examiné à ce titre ci-dessous (cf. consid. 7 *infra*). Au demeurant et s'agissant du défaut de motivation, il y a lieu de constater que la recourante, représentée par une avocate, a pu comprendre les arguments sur lesquels la décision entreprise était fondée, de sorte qu'une éventuelle violation alléguée du droit d'être entendu doit ainsi être considérée comme guérie devant la présente juridiction.

cc) En définitive, le moyen tiré de la violation alléguée du droit d'être entendue de la recourante doit être rejeté.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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).

5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) aa) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

bb) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation

thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

c) aa) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

bb) Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Le principe inquisitoire est limité par le devoir des parties de collaborer à l'instruction. Dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les parties doivent en particulier apporter les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, avec pour corollaire le risque de supporter les conséquences de l'absence de preuve. La violation de l'obligation de collaborer peut avoir pour conséquence un renversement du fardeau de la preuve. Dans certaines circonstances, le juge pourra considérer qu'une partie ne pouvait ignorer la pertinence d'un fait ou d'un moyen de preuve. Si le fait n'est pas allégué ou le moyen de preuve pas produit spontanément, le juge conclura à leur inexistence et renoncera à toute mesure d'instruction à leur propos (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless

[édit.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 53 ad art. 61 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; voir également ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; TF 9C_961/2008 du 30 novembre 2009 consid. 6.3.).

6. a) La capacité de travail d'une personne assurée souffrant de troubles psychiques et psychosomatiques est évaluée à l'aide d'une procédure probatoire structurée (ATF 141 V 281 consid. 4 ; 143 V 418 ; 145 V 215), étant rappelé que l'art. 7 al. 2 LPGA requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et impose un examen objectif de l'exigibilité (ATF 141 V 281 consid. 3.7). A rajouter si nécessaire : Le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

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

clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2). La jurisprudence prévoit, à cet égard, que la question de savoir si les résultats médicaux conduisent à un motif d'exclusion est une question de droit qui peut être librement examinée (TF 9C_154/2016 du 19 octobre 2016 consid. 4.2 ; 8C_191/2016 du 12 août 2016 consid. 1.3).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

cc) Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé de la personne assurée (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés et de tenir compte des plaintes de la personne assurée et de poser les diagnostics). En particulier, il leur appartient de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question. Elle 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 la personne assurée. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de recours) de procéder à l'appréciation définitive de la

capacité de travail de l'intéressé (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1). On ajoutera que l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est appréciée librement par les organes chargés de l'application du droit, respectivement par le tribunal, à la lumière de des indicateurs jurisprudentiels pertinents (ATF 145 V 361 consid. 4.3)

7. a) aa) Sur le fond, la recourante critique dans sa réplique du 17 février 2021 l'appréciation des indicateurs opérée par le Dr E. _____ et conteste la valeur probante de son rapport. L'intéressée fait grief à l'expert de ne pas avoir retenu le diagnostic de stress post-traumatique. Elle reproche au Dr E. _____ d'avoir inféré une pleine capacité de travail du seul fait qu'elle parvenait à gérer seule son quotidien. Sur le plan des indicateurs jurisprudentiels, elle soutient que l'expert n'aurait pas examiné les atteintes à la santé. Elle pointe également des contradictions entre les avis des Drs E. _____ et C. _____ et en déduit que les conclusions du second mettraient en doute celles du premier, l'expert ayant rapporté une évolution globalement positive depuis 2017 là où le Dr C. _____ retenait une péjoration de l'état de santé psychique dans ses rapports des 4 juin 2018 et 9 janvier 2019. S'agissant de la personnalité, elle relève une contradiction entre les comportements durablement disharmonieux et la pleine capacité de travail à laquelle conclut le Dr E. _____. L'intéressée se prévaut également de l'absence de mesures de réinsertion pour contester la capacité de travail retenue.

La recourante requiert en outre que l'expertise soit soumise aux Drs C. _____ et D. _____ pour qu'ils se déterminent sur ses conclusions. Elle réclame aussi la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

bb) L'intimé considère quant à lui que les conclusions du Dr E. _____ sont probantes (avis SMR du 30 juillet 2020) et reprend, dans sa réponse du 23 octobre 2020, l'examen des indicateurs effectué par le Dr E. _____.

b) La requête de la recourante tendant à ce que la Cour de céans transmette le rapport d'expertise aux Drs D._____ et C._____ doit être préalablement rejetée. En effet, la recourante était en mesure de transmettre ce rapport à ses médecins traitants par l'intermédiaire de son avocate pour qu'ils se déterminent. Elle ne produit aucune pièce attestant que ces derniers auraient refusé de donner suite à une requête en ce sens au point que l'intervention de la juge instructrice n'apparaisse nécessaire. Une telle situation n'est d'ailleurs pas alléguée. Il appartenait donc à la recourante de soumettre à ses médecins traitants le rapport d'expertise, le cas échéant par l'intermédiaire de son avocate, et de recueillir leurs déterminations en vertu de son obligation de collaborer (cf. consid. 5c/bb supra). Il sied encore de préciser que par, avis du 26 octobre 2020, au moment de notifier la réponse de l'intimé à la recourante, le greffe de la Cour de céans a non seulement invité l'intéressée à répliquer, mais aussi à « *produire toutes pièces éventuelles (...)* ».

c) aa) Sur le plan diagnostic, la recourante reproche au Dr E._____ de ne pas avoir retenu le stress post-traumatique identifié par ses médecins traitants (rapports du Dr C._____ des 4 juin 2018 et 9 janvier 2019 ; rapports du Centre hospitalier F._____ des 3 août 2012 et 16 août 2012). C'est lieu de relever que les diagnostics de troubles dépressifs récurrents moyens depuis 2010 (F33.11) et légers depuis 2017 (F33.0), de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou à des maladies classées ailleurs (F54) et de modification traumatique de la personnalité suite à des expériences dramatiques subies dans son pays d'origine (F62), posés par l'expert, sont établis *de lege artis*, en référence à une codification internationale, soit la classification internationale des maladies dans sa 10^{ème} révision (CIM-10). L'expert psychiatre motive par ailleurs le status de la recourante, passant en revue l'ensemble des principaux troubles psychiques pouvant entrer en considération (pp. 20 à 36) sur la base de l'examen clinique et de l'anamnèse. Ainsi retient-il notamment, dans le registre des troubles anxieux, un état de stress post-traumatique initial qui a laissé la place à une modification traumatique de la personnalité. Le Dr E._____ explique ainsi de manière convaincante pourquoi il s'écarte désormais du stress

post-traumatique précédemment retenu par le Dr C._____ et les médecins du Centre hospitalier F._____ en raison de l'évolution de la symptomatologie (pp. 28 et 34). S'agissant des autres diagnostics retenus par l'expert, ils ne sont pas contestés et sont motivés de manière exemplaire.

bb) Seule demeure ainsi litigieuse la répercussion des troubles sur la capacité de travail de la recourante.

d) Il résulte des constatations du Dr E._____ que les atteintes à la santé psychique de la recourante ne présentent pas de répercussion sur sa capacité de travail dans toutes activités.

aa) Dans l'axe de l'atteinte à la santé et s'agissant du caractère prononcé des symptômes, il y a lieu de relever l'absence de limitations fonctionnelles significatives résultant du trouble somatoforme douloureux (Expertise, p. 31). On relève aussi que l'expert n'a pas pu observer de comportement algique ni de position antalgique (ibid, p. 19). Cette constatation de l'expert, qui a rencontré la recourante à deux reprises les 3 et 7 octobre 2019 (2 x 3heures), laisse entrevoir un possible motif d'exclusion s'agissant des douleurs. Cette question peut toutefois rester indécise en l'espèce du fait que le Dr E._____ démontre que la recourante conserve des ressources permettant l'exercice d'une activité professionnelle.

En ce qui concerne la composante algique, le Dr D._____ a vainement recherché une origine rhumatologique et neurologique aux troubles présentés par la recourante selon les rapports qu'il a produits à l'OAI le 22 janvier 2020, Il constate en dernier lieu (rapport du 10 janvier 2020) que les conclusions de la Dre K._____ (rapport du 19 février 2019) et des rhumatologues du Centre hospitalier F._____ (rapport du 6 juin 2019) étaient similaires (absence de clinique objectivable, IRM non significatives, pas d'indice en faveur d'une atteinte radiculaire et présence d'une composante psychique). Les documents produits ne mettent pas en lumière des limitations fonctionnelles qui

auraient été ignorées par l'expert ou qui auraient nécessité de plus amples investigations. On relève aussi qu'interrogé par l'OAI, le psychiatre traitant a fait état de douleurs chroniques dans son rapport du 4 juin 2018, mais sans retenir de répercussion sur la capacité de travail de la recourante (p. 2). Il a également mentionné une rechute dans le cadre d'une lente amélioration (p. 4). Or, le Dr E. _____ a également relevé une évolution en dent-de-scies (Expertise, p. 24, D). Tant l'expertise que les rapports médicaux produits concordent sur ce point.

Le Dr E. _____ a examiné les répercussions des comorbidités. Il mentionne une évolution positive des troubles de la lignée dépressive. Les premiers rapports du Centre hospitalier F. _____, datant de l'année 2012, montrent certes un trouble dépressif décompensé avec des idées suicidaires scénarisées dans un contexte de stress post-traumatique et de conflit à l'Etablissement U. _____ (cf. rapport de la Dre G. _____ du 3 août 2012 et du Dr H. _____ du 16 août 2012). C'est toutefois à juste titre que le Dr E. _____ qualifie l'évolution subséquente de positive, aucun élément ne permettant d'étayer la péjoration alléguée par la recourante (Expertise, p. 37). Dans son premier rapport à l'OAI du 4 juin 2018, le Dr C. _____ mentionne en effet une amélioration clinique « très lente ». Dans son second rapport du 9 janvier 2019, il relate toujours une amélioration clinique, avec moins de symptômes anxieux et dépressifs ainsi qu'une meilleure élaboration autour des différents traumatismes vécus. Dans ces circonstances, l'intéressée ne peut pas se prévaloir d'une péjoration de son état de santé, son propre psychiatre traitant admettant à deux reprises une amélioration. Quant à la modification traumatique de la personnalité qui a suivi l'état de stress post-traumatique, il y a lieu de constater avec l'expert qu'elle n'a pas empêché la recourante de travailler à plein temps dans son pays d'origine, de gérer son quotidien, de se marier ou d'entretenir des relations sociales (Expertise, pp. 15, 28 et 34). On constate ainsi que ni le trouble dépressif ni la modification traumatique de la personnalité ne diminuent les ressources de l'intéressée dans une mesure significative.

Entendue par le Dr E._____, la recourante a spontanément déclaré qu'elle espérait toucher une rente de l'AI pour pallier ses difficultés financières du fait qu'elle ne pouvait plus bénéficier de l'aide sociale suite à son mariage (Expertise, p. 8) Les difficultés socio-économico-familiales sont également relevées par le Dr C._____ (rapport du 4 juin 2018, p. 4). La recourante a d'ailleurs déclaré au Dr E._____ qu'elle estimait ne pas être apte à travailler du fait qu'elle n'avait jamais œuvré en Suisse, qu'elle ne parlait pas bien le français et qu'elle ne pouvait pas trouver un emploi adapté à ses douleurs (Expertise, p. 17), étant précisé qu'elle n'a même pas essayé de retrouver un emploi. On constate que les plaintes psychosomatiques doivent ainsi être replacées dans un contexte psycho-social difficile (cf. aussi avis SMR du 5 juillet 2019 et rapport du Centre hospitalier F._____ du 6 juin 2019), soit une circonstance non invalidante et donc non assurée au sens de l'assurance-invalidité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1 et 3.4.2.1 ; TF 9C_549/2015 du 29 janvier 2016 consid. 4.3).

Le Dr E._____ propose - de manière motivée - une adaptation de la médication ainsi qu'un suivi psychiatrique ciblant la modification traumatique de la personnalité et les avantages primaires liés à la situation de la recourante (Expertise, pp. 41-42). Cette appréciation concorde avec celle du Dr L._____ qui estime aussi qu'un suivi régulier et une remise en confiance sont nécessaires (rapport du Centre hospitalier F._____ du 6 juin 2019). Les pistes thérapeutiques ne sont pas épuisées. Dès lors, il n'y a pas lieu d'admettre un affaiblissement des ressources de ce point de vue (cf. TF 9C_490/2018 du 9 octobre 2018 consid. 6.1 et 7).

On mentionne encore que, faute de mesure de réadaptation, l'attention de l'expert a correctement porté sur les autres indicateurs conformément aux exigences jurisprudentielles (TF 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.2). On doit toute de même constater, ce qui relève de la libre appréciation des preuves (cf. consid. 6b *in fine supra*), que la recourante - considérée comme apte à travailler (Expertise, pp. 40-41) - ne présente qu'une faible motivation pour reprendre un emploi (ibid.,

p. 33), de sorte que ses ressources ne sont pas entamées à la lumière de cet indicateur.

Au vu de l'absence d'hospitalisation depuis 2012, de l'évolution tout de même favorable décrite par le Dr C._____, de l'absence de comportement algique et de position antalgique durant deux fois trois heures d'entretien avec l'expert, de la recherche d'avantages secondaires et de la présence d'indéniables facteurs psycho-sociaux, les limitations fonctionnelles alléguées par la recourante doivent être relativisées. Leur caractère non significatif emporte la conviction sans qu'aucun autre élément du dossier ne permette d'instiller le doute sur ce point.

Au final et contrairement à ce que prétend l'intéressée dans sa réplique, il résulte du considérant qui précède qu'il ne saurait être reproché au Dr E._____ de n'avoir tenu compte que du quotidien pour motiver son appréciation. La recourante ne peut pas davantage prétendre que l'expert n'aurait pas examiné les atteintes à la santé.

bb) Les conclusions du Dr E._____ dans l'axe de la personnalité sont également convaincantes dans la mesure où s'il admet que la recourante présente des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ceux-ci doivent être relativisés. En premier lieu, ce trouble n'est pas décompensé, ce qu'il convient de souligner. En second lieu, il n'a pas empêché la recourante d'avoir une activité à plein temps dans son pays d'origine, d'émigrer en Suisse, de se marier et de gérer son quotidien (Expertise, pp. 14-15 et 34). Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a pas lieu de voir des contradictions dans l'appréciation du Dr E._____.

cc) Même si un isolement partiel doit être admis, il y a toutefois lieu de nier son impact sur la capacité de travail de la recourante. Les bonnes relations entre époux, avec sa sœur et une amie (Expertise, p. 15), ainsi que les quelques loisirs constituent de bonnes

ressources. L'isolement relève davantage de la barrière de la langue et des moyens financiers limités (ibid., p. 14 et 17). Le constat posé par l'expert en termes de ressources sociales n'est ainsi pas critiquable.

dd) Sous l'angle de la cohérence, l'expert a mis en lumière une manifeste discordance entre l'allégation selon laquelle la recourante est incapable de travailler et son autonomie pour ce qui est du quotidien et de sa vie familiale (Expertise, pp. 15 et 40). Il observe également des plaintes subjectives (notamment de la fatigue) avec des bénéfices primaires plus importants que les bénéfices secondaires (ibid., p. 32). On relève également une incohérence entre les douleurs alléguées et l'absence de comportement algique et de position antalgique observée par le Dr D._____ lors des entretiens des 3 et 7 octobre 2019 (2 x 3 heures, ibid., pp. 2 et 19). Quant à la bonne compliance au traitement psychiatrique (rapport du Dr C._____ du 4 juin 2018, p. 4), cet indicateur n'est pas pertinent dans la mesure où ledit traitement doit être adapté (Expertise, pp. 41-42 ; cf. aussi rapport du Service de rhumatologie du Centre hospitalier F._____ du 6 juin 2019).

ee) L'évaluation de la capacité de travail de la recourante établie par le Dr C._____ (rapports des 4 juin 2018 et 9 janvier 2019) entre en contradiction avec la lente amélioration qu'il constate lui-même. Quant à l'estimation du Dr D._____ (rapport du 20 décembre 2019), elle n'est pas cohérente avec les investigations complémentaires (cf. rapports du Service de rhumatologie du Centre hospitalier F._____ du 6 juin 2019 et de la Dre K._____ du 19 février 2019).

Au demeurant, les incapacités de travail établies par les médecins traitants de la recourante ne sauraient prévaloir sur les conclusions de l'expert psychiatre, en tant que, au-delà des contradictions relevées, il y a lieu de tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (cf. consid. 5b/bb *supra*).

ff) Au final, rien ne justifie d'écarter l'appréciation du Dr E._____, motivée et probante. L'expert bénéficiait d'un tableau clinique clair et complet après interpellation des psychiatre et généraliste traitants. La recourante ne présente dès lors pas, sur le plan psychique, des empêchements qui auraient été niés et devraient se répercuter sur sa capacité de travail. Au terme de cette analyse, il y a lieu d'admettre que le rapport d'expertise, complet et fouillé, du Dr E._____ remplit tous les requisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

e) C'est enfin à juste titre que la recourante ne soutient plus, au stade de la procédure de recours, qu'elle souffre d'affections somatiques entraînant des répercussions sur sa capacité de travail (en particulier les cervico-brachialgies chroniques). En premier lieu, on rappelle que l'expert a évalué de manière convaincante la répercussion du trouble somatoforme douloureux sur la capacité de travail et singulièrement son degré de gravité fonctionnelle (cf. consid. 7d/aa *supra* ; Expertise , p. 31, ch. F3/1). En second lieu, les rapports médicaux produits au stade de la procédure d'audition ne permettent pas de mettre en évidence un substrat somatique expliquant les douleurs de la recourante, les anomalies radiologiques étant asymptomatiques, ce dont les parties ne disconviennent plus en l'absence de grief à ce propos (cf. avis SMR du 30 juillet 2020 ; rapports du Dr D._____ du 10 janvier 2020, de la Dre K._____ du 19 février 2019 et du Centre hospitalier F._____ du 6 juin 2019). Pour le surplus, la recourante n'a pas produit d'autres documents médicaux postérieurement au rapport du Dr D._____ du 10 janvier 2020.

f) Sur le vu de ce qui précède, on constate que la recourante ne souffre pas de trouble psychique ou somatique entraînant des répercussions sur sa capacité de travail. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations AI déposée le 18 mars 2018 (art. 28 et 15 ss LAI).

g) Les considérants qui précèdent montrent que le dossier est complet. Il permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Celle-ci étant toutefois au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires seront provisoirement supportés par l'Etat.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Me Primault peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 5 juillet 2021 et compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'736 fr. comme réclamé, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité de conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe

au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

**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 4 août 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

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

- V.** L'indemnité d'office de Me Flore Primault, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'736 fr. (trois mille sept cent trente-six francs), débours et TVA compris.

- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Flore Primault (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :