

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 août 2022

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Küng et Peter, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par le Service des curatelles  
et tutelles professionnelles, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Ressortissante thaïlandaise, A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] est divorcée, sans enfant. Elle est arrivée en Suisse le [...]. Elle est titulaire d'un permis d'établissement C. Sans formation professionnelle, elle a travaillé en Suisse en tant que femme de ménage de janvier 2008 à décembre 2011. Elle émerge de l'assistance sociale depuis 2012.

**b)** En incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> juin 2017, elle a présenté une demande de détection précoce de l'assurance-invalidité le 18 octobre 2017. Cette démarche a été suivie d'une demande de prestations de cette assurance sociale (mesures professionnelles / rente) déposée le 18 janvier 2018, en raison de « maux de dos et des jambes - migraines » existant depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a obtenu un rapport établi le 15 mars 2018 par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, posant les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'état dépressif sévère (depuis mai 2017) et de lombosciatalgies (depuis 2015). Ce médecin a retenu une incapacité de travail totale de sa patiente dès le 24 avril 2017 en raison d'un état dépressif réactionnel à une séparation ainsi que de lombosciatalgies gauches non déficitaires et de gonalgies intermittentes limitant le travail répétitif ainsi que le port de charge.

Dans un rapport adressé le 16 août 2018 à l'OAI, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ainsi que la psychologue psychothérapeute C. \_\_\_\_\_, consultés depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017 au sein de la Consultation psychothérapeutique pour migrants d'E. \_\_\_\_\_ à [...], ont diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Ces intervenants ont constaté une totale incapacité de travail de l'assurée dès le 1<sup>er</sup> juin 2018, précisant qu'une demande d'évaluation auprès du Centre [...] au CHUV avait été déposée le 19 juillet 2018.

Par communication du 19 novembre 2018, l'OAI a indiqué à l'assurée que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient alors pas envisageables et que l'instruction de sa demande de prestations se poursuivait.

L'assurée est sous curatelle civile depuis le 14 mars 2019.

Le 11 octobre 2019, les psychiatres d'E. \_\_\_\_\_ ont répondu comme suit à un questionnaire de l'OAI :

*"1. Evolution de l'état de santé depuis notre dernier rapport ?*

L'état de santé psychique de Madame A. \_\_\_\_\_ s'est péjoré. L'anhédonie est majorée, l'isolement social plus marqué. Elle n'a pas envie de se socialiser, ni de voir du monde. Elle a passé par des périodes de colère importante envers son entourage. Elle passe ses journées à ruminer son passé. Elle souhaite rester dans l'obscurité, aspire à la nuit. Des épisodes d'élévation de l'humeur interrompent ce tableau de manière brève pour quelques heures ou quelques jours.

Par ailleurs, la poursuite du traitement a permis de mettre à jour des signes de troubles de la personnalité qui sont étayés sous le point 3 et nous amènent à coder en sus le diagnostic de personnalité émotionnellement labile.

*2. Diagnostic(s) psychiatrique(s) actuel(s) selon la CIM-10 ayant une répercussion sur la capacité de travail ?*

F60.3 - Personnalité émotionnellement labile

F33.1 - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

*3. Limitations fonctionnelles psychiatriques - Status*

Femme de 54 ans, à l'hygiène sans particularités. Elle est assise au fond de son siège, les bras croisés, le regard méfiant. La pensée est saturée de ruminations anxiodépressives. Un ralentissement idéomoteur est manifeste. Elle est correctement orientée sur elle-même, dans le temps et la relation, il lui arrive régulièrement de s'égarer dans la rue.

Elle présente des troubles de l'attention et de la concentration. Elle oublie toujours régulièrement la plaque électrique allumée et la porte non verrouillée. Elle manque fréquemment son arrêt de bus, s'égare dans la rue. La compréhension de certains mots simples est altérée, elle peine à retrouver ses mots. Au niveau cénesthésique, elle perçoit des sensations de courants de chair de poule qui la traversent. Au niveau moteur, des mouvements involontaires des doigts et des pieds sont présents, ainsi que des blocages des articulations.

La thymie est abaissée, des pleurs sont quotidiens. Elle présente une anhédonie importante, ainsi qu'une athymhormie et une perte de sens et d'espoir. L'estime de soi est fortement diminuée, elle confine en une conviction de perte totale de sa valeur. Des idéations suicidaires sont présentes la tombée du jour, avec scénarii de se jeter sous le train ou de se pendre.

Une labilité de l'humeur se manifeste par périodes allant de quelques heures à quelques jours durant lesquelles elle se sent euphorique, ainsi que par des épisodes d'irritabilité durant lesquels elle ne souhaite pas répondre à ceux qui l'appellent au téléphone ou au thérapeute en séance. Les émotions sont difficiles à réguler et conduisent à des comportements impulsifs. La relation aux autres est vécue sur le mode de la méfiance et d'une hyperréactivité face à la critique, ce qui provoque un sentiment de colère durant lequel elle perçoit le passage à l'acte agressif comme l'unique moyen permettant de faire baisser l'état de tension interne. Une sensation de vide et d'inutilité est fréquemment envahissante.

L'anxiété subjective et observée est majeure. Elle s'accompagne d'une hyperactivation neurovégétative manifeste sous forme de tension motrice et de sursauts, de palpitations, de céphalées.

Le sommeil est perturbé à l'endormissement, et comporte des réveils précoces. Des illusions hypnagogiques sous forme d'ombres et de bruits sont présentes durant la nuit.

Mme A. \_\_\_\_\_ présente des phases de décompensation de 3-4 jours pendant lesquelles elle ne sort pas de chez elle, ne répond pas au téléphone, n'a envie de voir personne.

#### 4. *Hospitalisation*

Il n'y a pas eu d'hospitalisation depuis notre dernier rapport.

#### 5. *Description d'une journée-type de la patiente*

Lever, vers 9h00, petit-déjeuner selon envie. Reste ensuite chez elle la matinée, assise à ruminer, faisant les 100 pas, ou un peu de ménage. Se prépare un repas en milieu de journée, puis sort, selon son envie, l'après-midi, dans son quartier (rentre chez elle s'il y trop de monde dans la rue). Si elle a faim, elle fait un nouveau repas vers 18h00. Reste ensuite à nouveau la soirée assise à ruminer, avant de se coucher vers minuit.

#### 6. *Répercussion de l'atteinte/des atteintes à la santé dans les domaines courants de la vie*

Fait son ménage par petites étapes, tous les jours, avec une tendance obsessionnelle. Les loisirs sont la promenade, la cuisine et le ménage. Les activités sociales sont très fortement réduites, allant jusqu'à ne plus répondre au téléphone, puis reprennent par période, et s'érodent après de nouvelles vexations ou de nouveaux conflits.

#### 7. *Ressources - réseau social, aptitudes à la communication, motivation, etc.*

Peu de ressources, rapports ambivalents à son environnement social.

8. *Evolution de la capacité de travail dans son activité habituelle, à quel taux*

Capacité de travail : 0%

9. *Evolution de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles*

A notre sens, il n'y a pas de capacité dans une activité adaptée.

10. *Depuis quand ? A quel taux ?*

--

11. *Mesures de réadaptation envisageables, sinon pour quelles raisons*

Des mesures de réadaptation ne sont pas possibles en raison de l'ampleur de la symptomatologie et des limitations cognitives.

12. *Traitement actuel, fréquence du suivi psychiatrique*

Entretiens psychiatriques et psychothérapeutiques intégrés à une fréquence bimensuelle.

Médication :

Sertraline 50 mg 1-0-0-0  
Zolpidem 12,5 mg 0-0-0-1  
Inderal 40 mg 1-1-0-0  
Seroquel XR 50 mg 0-0-0-1  
Seroquel 25 mg 0-0-1-0 + 2 en réserve

13. *Pronostic*

Fortement réservé.

14. *Examens complémentaires*

Nous avons adressé Mme A. \_\_\_\_\_ au CLM (cf. rapport annexe) qui a dépisté « un trouble neuropsychologique moyen (selon la table de sévérité de l'atteinte cognitive ASN-2015), avec plusieurs domaines de trois fonctions cognitives nettement diminués (attention divisée, vitesse de traitement, flexibilité mentale, incitation non verbale, programmation, mémoire à court terme visuo-spatiale) et d'autres domaines modérément ou légèrement altérés (dénomination orale, incitation verbale, mémoire épisodique verbale), associés à des signes moyens dans le domaine de l'affectivité ».

La Dresse [...] a conclu à des troubles cognitifs légers à prédominance exécutive et attentionnelle qui n'ont pas de répercussion sur l'autonomie dans la vie quotidienne, raison pour laquelle le trouble cognitif léger est retenu. Effectivement, Mme

A. \_\_\_\_\_ garde une autonomie dans les actes de la vie quotidienne, elle ne présente pas de trouble démentiel au premier plan, mais cette autonomie dans les activités de la vie quotidienne ne préjuge pas de ses capacités de travail pour une activité lucrative. *A contrario*, la Dresse [...] conclut que le profil des troubles cognitifs est compatible avec l'épisode dépressif en cours. Or le rapport neuropsychologique du 05.02.2019 précise que « le profil cognitif relevé ne permet pas de faire la part entre une origine essentiellement thymique ou vasculaire (sur cavernome thalamique droit). En effet, au vu de l'impact qu'une atteinte thalamique peut avoir tant sur le fonctionnement cognitif (notamment exécutif) et sur la thymie, la participation d'une composante cavernomateuse peut être suspectée ».

De fait, les troubles cognitifs existent sans corrélation avec la survenue des épisodes dépressifs. Madame A. \_\_\_\_\_ présente une instabilité de l'humeur chronique entrant dans le cadre d'une personnalité émotionnellement labile qui se manifeste par de bref[s] épisodes euphoriques qui viennent émailler son humeur qui est plutôt à tendance dépressive sur le fond."

Le 19 décembre 2019, le Dr G. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions complémentaires de l'OAI :

"1. *Diagnostic*

Trouble dépressif récurrent avec crise anxieuse.

2. *Evolution de l'état de santé*

L'évolution est globalement stable. La patiente présente toujours une thymie diminuée qui est suivie. Ses troubles thymiques engendrent un trouble cognitif léger (sans répercussions importantes au quotidien). D'un point de vue somatique, elle présente des paresthésies et troubles de l'équilibre fluctuants en lien avec des états anxieux. Des cervicalgies, lombalgies et gonalgies sont présentes de façon intermittentes.

3. *Capacité de travail*

0 % évalué et prescrit pa[r] mes collègues psychiatres en charge de la patiente.

5. *Limitations fonctionnelles*

Essentiellement en lien avec l'état psychologique (thymique et anxieux). Ceci cause un ralentissement des tâches. Un travail avec port de charge n'est pas possible.

6. *Date/taux précis [des] arrêts de travail*

Depuis avril 2018, les arrêts de travail sont fait[s] par son psychiatre.

## 7. *Traitement*

La compliance est bonne avec l'introduction d'un semainier.  
Merci de trouver ci-joint le traitement actuel de la patiente."

Après avoir requis le point de vue du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) sur les pièces médicales versées au dossier (avis du 20 janvier 2020 de la Dre I.\_\_\_\_\_), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et neuropsychologie) au Centre d'évaluation et de consultations de la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion. Effectuée par les Drs H.\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_, tous deux spécialistes en médecine interne générale et en rhumatologie, ainsi que les Drs F.\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et P.\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, l'expertise se fonde sur des examens cliniques pratiqués durant le séjour de l'assurée au sein de cette clinique, du 15 au 17 juin 2020, comportant une évaluation neuropsychologique réalisée par X.\_\_\_\_, logopédiste et psychologue spécialiste en neuropsychologie, ainsi que sur le dossier médical mis à la disposition des experts. Déposé le 21 juillet 2020, leur rapport offre un résumé complet des pièces médicales et administratives versées au dossier, comprend l'anamnèse actuelle, systématique, familiale et sociale (y compris le descriptif d'une journée-type), rapporte les plaintes de l'assurée et rend compte du status clinique ainsi que de l'examen des documents d'imagerie. L'expert rhumatologue a retenu les diagnostics de lombalgies non spécifiques (M54.5), actuellement en rémission, et de capsulite rétractile de l'épaule droite (M75.0). L'expert neurologue n'a retenu aucun diagnostic, alors que l'examen neuropsychologique a mis en évidence de légers troubles de la mémoire épisodique, des déficits exécutifs (programmation, incitation) ainsi que des troubles attentionnels (exploration visuo-spatiale et temps de réaction ralentis et déficit d'attention divisée), ce tableau clinique correspondant à un trouble neuropsychologique léger à moyen. Pour sa part, l'expert psychiatre a retenu les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) associé à une dysthymie (F34.1) et des traits de personnalité

émotionnellement labiles et dépendants (Z73.1). En guise de conclusion, les experts ont, de manière consensuelle, retenu ce qui suit :

#### “8. REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDAT

##### Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

L'assurée a exercé en tant que femme de ménage principalement, et n'a plus exercé aucune activité lucrative depuis de nombreuses années, son parcours professionnel étant difficile à préciser.

En raison de la capsulite rétractile de l'épaule droite, l'assurée ne peut pas faire d'activités nécessitant des ports de charges supérieures à 5 kg et mouvements du membre gauche avec impossibilité d'effectuer des activités au-dessus de la taille ou des mouvements de rotation du membre supérieur dominant. Toutes les activités manutentionnaires sont donc actuellement limitées. Il s'agit d'une atteinte transitoire, qui peut durer quelques mois et pour laquelle on s'attend à une récupération fonctionnelle. Il n'y a donc pas d'incapacité de longue durée liée à l'atteinte de l'épaule.

##### Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée

Au plan psychiatrique, on ne retient pas un tableau clinique valide, cohérent, et sévère justifiant le degré d'incapacité retenu dans le dossier.

On retient uniquement une baisse de rendement qui se traduit dans les résultats des examens neuropsychologiques, et qui est de l'ordre de 20 % au maximum sur un plein temps de présence dans une activité simple sur le plan intellectuel.”

Faisant siennes les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la CRR, le SMR, sous la plume de la Dre I.\_\_\_\_\_, a évalué la capacité de travail de l'assurée à 80 % dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (*Au plan neuropsychologique* : une lenteur dans l'apprentissage de nouvelles informations, une gestion problématique de tâches nouvelles peu structurées ou de doubles tâches ainsi qu'une vitesse de travail diminuée mais devant être relativisées par le manque de sévérité du tableau psychiatrique. *Au plan ostéoarticulaire* : pas d'activités nécessitant des ports de charges supérieures à cinq kilos, ni d'activités prévoyant des mouvements du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale ou des mouvements de rotation du membre supérieur droit). Le médecin-conseil du SMR a précisé que toutes les activités manutentionnaires étaient

limitées dès le mois de mars 2020 jusqu'en juin 2020 (lors de l'expertise à la CRR) ; il s'agissait toutefois d'une atteinte transitoire, susceptible de durer quelques mois, avec une récupération fonctionnelle attendue au cours des mois suivants (rapport du 24 août 2020 du SMR).

Par projet du 26 août 2020, puis décision du 5 octobre 2020, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, aux motifs de l'absence d'atteinte à la santé durablement incapacitante, hormis une baisse de rendement de 20 % en raison d'une lenteur dans l'apprentissage de nouvelles informations selon l'examen neuropsychologique de mars 2019, et d'un degré d'invalidité qui était, après comparaison des revenus sans (55'625 fr. 56) et avec (44'500 fr. 45) atteinte à la santé, de 20 %. Des mesures d'ordre professionnel ne permettaient pas de réduire le préjudice économique.

**B.** Par recours déposé le 5 novembre 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, A.\_\_\_\_\_, représentée par le Service des curatelles et tutelles professionnelles, a conclu à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. La recourante a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise CRR, en particulier son volet psychiatrique, en lui opposant les compétences de ses médecins traitants. Ce faisant, elle a critiqué la capacité de travail entière, avec diminution de rendement de 20 %, dans des activités adaptées à son état de santé. Sur le plan économique, elle a contesté le calcul du revenu d'invalidité effectué par l'OAI, déplorant l'absence de prise en compte d'un abattement de 15 %, ou à tout le moins de 10 %. Elle faisait valoir qu'à défaut de retenir une incapacité de travail totale, une instruction complémentaire devait être ordonnée afin de clarifier sa situation « tant du point de psychiatrique que des autres domaines ». En annexe à son mémoire de recours, la recourante a produit un rapport établi le 29 octobre 2020 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C.\_\_\_\_\_ d'E.\_\_\_\_\_, s'exprimant sur le versant psychiatrique de l'expertise de la CRR en ces termes :

- Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation et la discussion des chances de guérison

« La situation comportant des facteurs extra-médicaux (précarité sociale, barrière culturelle, isolement affectif et manque de maîtrise de la langue), ces facteurs peuvent amener l'assurée à surinvestir ses plaintes, que ce soit sur un versant psychique ou physique. Il n'y a pas de proposition thérapeutique à formuler, ce type de situation étant par définition peu accessible sur le plan thérapeutique ».

Nous devons considérer que c'est justement la pathologie psychiatrique de l'assurée qui ne lui a pas permis d'acquérir les compétences linguistiques nécessaires à son intégration sociale, elle-même empêchée par un vécu d'adversité sociale importante vis-à-vis de tout groupe extérieur auquel elle n'appartient pas qui est vécu comme potentiellement persécuteur. Les liens sociaux à ses propres compatriotes sont également empêchés par une méfiance paranoïde, ainsi que limités par des mouvements affectifs caractériels et impulsifs.

- Evaluation de la cohérence et de la plausibilité

« Une tendance à la majoration peut être postulée, avec une assurée qui a tendance à répondre très rapidement par l'affirmative à toutes les suggestions et questions de l'expert, alors que lorsque l'on tente de préciser la symptomatologie, l'expertisée n'est pas en mesure de donner des exemples concrets des limitations alléguées. On peut aussi relever la variabilité des plaintes exprimées auprès des différents experts. Ces éléments ne permettent pas de retenir une pathologie qui génère une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. Le fait que l'assurée bénéficie d'une curatelle paraît être par conséquent plus conditionné par des facteurs de précarité sociale que par des facteurs traitements médicaux. »

Au vu de l'acculturation marquée de la patiente, nous nous devons de nous décentrer culturellement pour considérer les us et coutume de sa culture d'origine. Notre collaboration avec des interprètes médiateurs culturels au bénéfice d'une formation reconnue au niveau fédéral, nous permet de confirmer que les habitudes culturelles thaïes valorisent la courtoisie au point de ne pas permettre une réponse par la négative à un interlocuteur, quand bien-même la personne serait en désaccord avec lui. Il s'agit donc de réponses affirmatives de convenances qui n'ont pas le même statut que dans la société occidentale. Dans cette perspective, il est également primordial pour la personne de « faire bonne figure ». Madame A. \_\_\_\_\_ a reconnu avoir répondu par l'affirmative à plusieurs questions qui lui ont été posées alors qu'elle ne les comprenait pas. Ce qui peut expliquer son incapacité à donner des exemples concrets ensuite.

Madame A. \_\_\_\_\_ concède de nombreux efforts pour tenter de « faire bonne figure » et de cacher son trouble et ce malgré le fait que nous lui ayons explicité le contexte de l'expertise. Elle ne saisit pas les enjeux dans le contexte du processus, et ne peut se départir

de cette nécessité de satisfaire son interlocuteur en lui répondant par l'affirmative.

Par ailleurs, les troubles cognitifs, bien qu'évalués comme légers, amènent Madame A. \_\_\_\_\_ à se sentir saturée par les questions qui lui sont adressées et à ne plus arriver à mobiliser ses fonctions cognitives pour en faire sens.

La curatelle n'a pas été proposée en raison de la précarité sociale, car Madame A. \_\_\_\_\_ avait du soutien d'une personne francophone pour gérer ses affaires, néanmoins, elle ne pouvait faire sens du système social au point de ne pas être en mesure d'identifier les rôles de fonctions de chacun-e-s de réseau. Elle avait par ailleurs contracté des dettes pour un montant très important, s[ans] en avoir pris la mesure ou s'en être réellement rendue compte.

- Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

« Le contexte psychosocial défavorable paraît ici l'obstacle principal à la mobilisation des ressources de l'assurée, qui dispose de bonnes capacités intellectuelles comme l'atteste sa formation dans son pays d'origine.

Au plan psychique, les ressources l'emportent sur les limitations fonctionnelles induites par la dysthymie. Les limitations neuropsychologiques, avec lenteur dans l'apprentissage de nouvelles informations, une gestion problématique des tâches nouvelles peu structurées ou de doubles tâches, et une vitesse de travail diminuée doivent être relativisées par le manque de sévérité du tableau psychiatrique. »

Nous nous portons en faux quant à cette conclusion. Le contexte psychosocial est défavorable, car Madame A. \_\_\_\_\_ n'a pas les capacités intellectuelles et affectives d'apprendre notre langue, de se familiariser avec nos us et coutumes et de se constituer un réseau social bienveillant.

La formation qu'elle évoque ne peut être considérée comme équivalente à un cursus académique et le travail qu'elle décrit avoir fait, était dans un premier temps pour sa tante, puis dans le cadre de la réception d'un hôtel et non pour l'établissement effective d'une comptabilité d'entreprise. Cela étant, cet emploi n'a duré qu'un an, et elle [ne] peut rien en dire à ce jour.

Nous constatons lors de nos entretiens que ses capacités de compréhensions restent limitées à ce jour.

- Trouble de la personnalité

« Les thérapeutes de l'assurée retiennent ensuite un trouble de la personnalité émotionnellement labile. Ils se réfèrent à certaines réactions colériques de l'assurée, à une labilité de l'humeur, avec des périodes quasi euphoriques (qui ne sont toutefois pas clairement rapportées par l'assurée à l'heure actuelle), des comportements impulsifs ou des actes agressifs (qui ne sont pas précisés par ses thérapeutes). Interrogée spécifiquement sur cet aspect, l'expertisée

ne décrit pas des comportements hétéro-agressifs diffus, tel que ce serait le cas dans une personnalité émotionnellement labile type impulsif. Si elle décrit certaines tensions avec l'une de ses amies (qu'elle aurait tenté de raisonner sans succès suite à une alcoolisation), l'expertisée se serait mise en colère, mais elle indique qu'en dehors de ces situations, où une colère peut être justifiée, elle ne réagit pas de façon disproportionnée par rapport à toute personne qu'elle pourrait rencontrer dans son quotidien. En général, l'expertisée se décrit comme une personne plutôt calme.

De plus, pour retenir un trouble de la personnalité selon les critères stricts de la CIM-10, il faudrait mettre en évidence des troubles qui auraient débuté durant l'enfance, l'adolescence et qui se seraient fixés à l'âge adulte. Interrogée spécifiquement à ce sujet, l'assurée ne décrit pas de signe psychopathologique franc durant son enfance ou son adolescence. En particulier, les sentiments chroniques de vide, la difficulté à canaliser la colère et les émotions n'est pas reconnue par l'assurée avant sa dernière rupture conjugale. Par ailleurs, son fonctionnement dans le cadre scolaire, l'acquisition d'une formation professionnelle, le fait que l'assurée ait toujours établi des liens équilibrés dans les postes de travail en Thaïlande et en Suisse, vont contre un trouble de la personnalité incapacitant, tel qu'il est défini dans la CIM-10.

Si l'on met effectivement en évidence un parcours sentimental jalonné de difficultés, cet élément peut être représentatif de traits pathologiques de personnalité (avec des composantes dépendantes et émotionnellement labiles) sans qu'il ne s'agisse strictement d'un trouble, vu que suite à plusieurs ruptures sentimentales, l'expertisée ne décrit pas de crise émotionnelle, mais plutôt un soulagement. Seule la dernière rupture a été très difficile à surmonter, générant des sentiments de solitude et de colère, ce qui est en soi insuffisant pour retenir un tableau typique de trouble de la personnalité ».

Nous comprenons bien que dans le cadre d'une expertise de deux jours, avec différent-e-s intervenant-e-s, les relations et leur durée n'aient pas permis de mettre au jour les symptômes de ce trouble. Nous ne l'avons nous-même pas encore diagnostiqué dans notre premier rapport. Il n'a pu apparaître que progressivement au décours du suivi, raison pour laquelle nous n'avons pu diagnostiquer que dans notre deuxième rapport.

Pour revenir tout d'abord sur l'enfance. Il apparaît que le premier mouvement défensif nécessaire à la personne souffrant d'un tel trouble est justement de continuer à s'accrocher à l'idée d'une enfance heureuse et de relation idéalisée à ses parents. De fait, lorsque nous entrons plus avant dans le processus thérapeutique, nous découvrons un autre aspect de cette période. Madame A.\_\_\_\_\_ peut se permettre dans le cadre du processus thérapeutique long de plusieurs années, d'avoir accès à des souvenirs plus douloureux et potentiellement déstructurant, car le cadre de notre suivi lui permet d'être contenue, ce qui n'est malheureusement pas le cas, lors d'une expertise de quelques heures.

Madame A.\_\_\_\_\_ décrit une enfance malheureuse, de privation et de violences paternelles. Son père la bat et l'humilie devant ses

amies. En parler l'angoisse et réactive des souvenirs traumatiques qu'elle dit préférer éviter. Elle se dit encore aujourd'hui « traumatisée » par cette violence, au point de ne pas aimer aller chez d'autres gens et préférer rester seule. Enfant, l'estime d'elle-même est déjà négative, et s'accompagne d'un vécu de peur, de vide et de désespoir tels que des idéations suicidaires, avec scénario de pendaison, sont présentes dès la puberté et signent le peu de valeur qu'elle accorde à sa propre existence.

Les idéations suicidaires perdurent à l'heure actuelle et sont évoquées comme un mouvement impulsif sur lequel elle n'aurait pas de prise et qui est utilisé relationnellement pour mobiliser l'autre, ce qui suggère également le trouble de personnalité limite. Elle montre une avidité relationnelle qu'elle met ensuite en échec par une passivité teintée d'agressivité, avant de tenter de la compenser par des présents.

Les relations de couples ont été le plus souvent arrangées par d'autres et vécues soit sur le mode fonctionnel et opératoire pour les premières, soit, pour la dernière sur le mode idéalisé, avec un effondrement narcissique majeur au moment de la rupture. Dans la plupart de ses relations, la communication était tronquée par l'absence d'une langue commune suffisamment maîtrisée par l'un et par l'autre, ce qui permettait d'éviter d'approfondir le lien, tout en offrant des possibilités d'idéalisation et de mécompréhensions. Nous retrouvons bien là l'ambivalence et le clivage propre au trouble limite.

La patiente décrit des obnubilations de passage à l'acte hétéro-agressifs qu'elle ne peut pas critiquer et qu'elle tente de contenir par l'évitement et l'isolement social.

- Trouble dépressif récurrent

L'inhibition sociale, bien décrite par Madame A. \_\_\_\_\_ et trouvant sa source dans la relation à son père, la freine à répondre aux différentes questions des examinateurs-trices, ainsi que l'évitement des affects négatifs, si bien que le trouble dépressif, ne peut également être appréhendé à sa juste intensité. Or la thymie est drastiquement abaissée, des pleurs sont quotidiens, elle présente une anhédonie importante, ainsi qu'une athymhormie et une perte de sens et d'espoir. La valeur qu'elle s'accorde à elle-même et si faible qu'elle estime que sa mort n'aurait aucune répercussion pour les autres. Une sensation de vide et d'inutilité est fréquemment envahissante.

Une labilité de l'humeur se manifeste par périodes allant de quelques heures à quelques jours durant lesquel[ls] elle se sent euphorique, ainsi que par des épisodes d'irritabilité durant lesquels elle ne souhaite pas répondre à ceux qui l'appellent au téléphone ou au thérapeute en séance. Les émotions sont difficiles à réguler et conduisent à des comportements impulsifs. Nous avons eu l'occasion d'avoir des consultations avec Madame A. \_\_\_\_\_ durant ces périodes, ce qui nous a permis de constater ce fonctionnement, ainsi que ses retentissements sur la relation thérapeutique. Madame A. \_\_\_\_\_ ne peut critiquer ces épisodes et ses capacités de mentalisation sont insuffisantes pour qu'elle

puisse s'y référer de manière distincte en dehors de ses moments, la perception qu'elle a d'elle-même et de son fonctionnement psychique étant limitée. Dès lors, nous ne pouvons pas attendre qu'elle soit en mesure d'y faire référence avec un[e] personne qu'elle ne connaît pas et en dehors du moment de la crise.

Le diagnostic de dysthymie proposé par l'expertise minore le trouble qui à nouveau ne peut qu'apparaître dans le suivi sur la durée et l'observation des épisodes lorsqu'ils apparaissent et non lors d'un entretien unique dans le contexte d'une personne qui fait beaucoup d'effort pour surcompenser ses déficits et faire bonne figure auprès de ses interlocuteurs-trices. De fait, ce que nous observons après trois ans de suivi sont des décompensations du trouble de la personnalité qui décompense de manière épisodique sous la forme d'un état dépressif caractérisé faisant porté diagnostic de trouble dépressif récurrent.

- Limitations fonctionnelles

Les retentissements fonctionnels sont tels que Madame A. \_\_\_\_\_ est fortement limitée dans ses capacités à établir des relations et à évoluer au sein d'un groupe, ainsi qu'à entretenir des relations proches. Elle ne montre pas d'initiatives à entreprendre des activités et manque de flexibilité et de capacités d'adaptation. Ses capacités de jugement et de prise de décision sont altérées. Elle peine également à se déplacer, au point que pour l'expertise, la curatrice a dû organiser minutieusement son voyage, et planifier un transport de la gare à la clinique SUVA. Toute nouveauté l'angoisse.

Nous maintenons que l'impact de la pathologie psychiatrique sur le fonctionnement est de nature à provoquer une invalidité à 100%."

Dans sa réponse du 8 décembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise CRR, notamment sous l'angle psychiatrique, estimant que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Le 7 janvier 2021, la recourante, a produit un rapport du 5 novembre 2020 adressé à sa curatrice professionnelle par le Dr G. \_\_\_\_\_, prenant position comme suit :

"D'un point de vue somatique, je ne constate pas d'atteinte physique limitant l'activité. En effet, les douleurs ostéoarticulaires sont fluctuantes, mais globalement en amélioration lors des dernières consultations. Toutefois, il conviendrait d'éviter une surcharge selon les activités de la patiente tel qu'éviter un port de charge et la montée-descente d'escaliers ou d'escabeau à répétition.

La dernière pathologie survenue est des vertiges, surtout lors des changements de position pour lesquels on ne retrouve pas d'atteinte neurologique. Je retiens deux étiologies à ces vertiges : 1. *des vertiges orthostatiques* - 2. Un trouble fonctionnel en lien avec *son état dépressif*. De plus, nous constatons l'apparition d'un diabète de type 2 pour lequel un traitement a été introduit. Dernièrement, une dyspnée a débuté pour laquelle une prise en charge diagnostic et thérapeutique est en cours.

D'un point de vue psychique, Madame A. \_\_\_\_\_ est suivie pour un état dépressif sévère avec peu d'évolution. Je constate beaucoup de manifestations physiques fluctuantes au fil des consultations qui pour moi sont en lien avec des troubles fonctionnels. Les symptômes limitent la patiente dans son quotidien en ralentissant fortement ses activités, sa capacité d'adaptation et d'apprentissage. Comme exemple de troubles de l'apprentissage, il n'a pas été possible de lui enseigner la prise d'un dispositif à base de poudre pour un traitement respiratoire.

Je vois difficilement Madame A. \_\_\_\_\_ pouvoir assumer une activité professionnelle à 80%, comme établi par le rapport de l'expertise. La patiente n'est pas capable d'évoluer dans une situation de stress et de contrainte de rendement. La période d'apprentissage de nouvelles tâches sera augmenté et fastidieuse. Une activité d'intensité modérée à importante ne pourra probablement pas être tenue sur le long court."

**C.** Par décision du 17 décembre 2020, A. \_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 novembre 2020, exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

### **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. a)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 5 octobre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**4.** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

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

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

**6. a)** Dans un premier moyen, la recourante fait valoir qu'elle présente une totale incapacité de travail dans toute activité, en raison de ses atteintes à la santé physique et psychique, renvoyant à cet égard aux rapports de ses médecins traitants. L'OAI se fonde quant à lui sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 21 juillet 2020 par la CRR.

**b)** Dans le cadre de son instruction, l'OAI, après avoir recueilli des renseignements auprès des médecins consultés par l'assurée, a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire à la CRR ; sur le plan rhumatologique, il a été diagnostiqué des lombalgies non spécifiques (M54.5), actuellement en rémission, et une capsulite rétractile de l'épaule droite (M75.0) ; sur le plan neurologique, aucun diagnostic n'a été retenu, alors que l'examen neuropsychologique a montré de légers troubles de la mémoire épisodique, des déficits exécutifs (programmation, incitation) ainsi que des troubles attentionnels (exploration visuo-spatiale et temps de réaction ralentis ainsi que déficit d'attention divisée), tableau correspondant à un trouble neuropsychologique léger à moyen ; sur le plan psychiatrique, l'expert a retenu un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) associé à une dysthymie (F34.1) ainsi que des traits de personnalité émotionnellement labiles et dépendants (Z73.1). Les experts ont unanimement estimé que si la capacité de travail de l'assurée était compromise dans son activité habituelle pour une courte durée en raison de l'atteinte à son épaule droite, la capacité de travail était totale, avec une diminution de rendement de 20 % justifiée sur le plan neuropsychologique, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (soit, pas d'activités nécessitant des ports de charges supérieures à cinq kilos, ni d'activités prévoyant des mouvements du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale ou des mouvements de rotation du membre supérieur droit dominant).

Les experts de la CRR ont motivé leurs diagnostics et l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail.

**aa)** Ainsi, sur le plan rhumatologique, l'expert a émis les considérations suivantes (expertise, volet rhumatologique, p. 5) :

"7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

A. \_\_\_\_\_ est une femme de 55 ans, d'origine thaïlandaise, arrivée en Suisse à l'âge de 25 ans. Elle a d'abord résidé en Suisse allemande puis s'est établie dans la région de [...]. Malgré le long séjour en Suisse, elle est incapable de communiquer en français. Elle a exercé des travaux de manutentionnaire ou de masseuse. Elle n'a plus exercé d'activité professionnelle ces 10 dernières années et se trouve au service social. Elle est sans enfant, a été mariée à trois reprises ; elle a éprouvé beaucoup de chagrin suite à sa troisième séparation en 2016. Elle vit seule, de façon recluse, sans réseau social.

C'est en 2017 qu'elle entre en contact de l'AI par le biais d'une détection précoce. L'atteinte à la santé qui motive ses démarches est essentiellement d'ordre psychique (état dépressif lié au 3e divorce et au décès de sa maman). L'assurée signale alors des rachialgies. Ces douleurs, essentiellement lombaires, disparaissent cependant et ne sont plus mentionnées spontanément actuellement.

On comprend donc que le contexte psychosocial est précaire, avec une femme qui se retrouve sans ressources financières, sans formation à faire valoir sur le marché de l'emploi, sans état familial et dépendante du service social après sa séparation conjugale.

En ce qui concerne l'appareil locomoteur, la patiente fournit maintenant une plainte précise, à savoir une douleur de l'épaule droite avec extension au membre supérieur droit, s'accompagnant d'une limitation fonctionnelle. L'examen physique permet d'établir le diagnostic de capsulite rétractile ; les radiographies pratiquées dans le cadre de la présente expertise sont normales, excluant une arthropathie gléno-humérale sous-jacente ou une calcification qui auraient pu expliquer la limitation fonctionnelle.

Il faut souligner que cette atteinte de l'épaule est survenue plus de 2 ans après le dépôt de la demande AI, raison pour laquelle aucune mention n'en est faite dans le dossier qui nous a été transmis. On s'attend à une évolution sur plusieurs mois avec, à la clé, une récupération complète, sans séquelle à long terme."

**bb)** Sur le plan neurologique, l'expert a émis les considérations suivantes (expertise, volet neurologique, pp. 3 - 4) :

"7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

L'assurée est une femme de 55 ans, de nationalité thaïlandaise, en Suisse depuis [...] détentrice d'un permis C. Elle n'a pas de formation reconnue et a travaillé comme femme de ménage. Elle est en incapacité de travail à 100% depuis le 24.04.2017, au motif de lombosciatalgie gauche non déficitaire, troubles psychiatriques et troubles cognitifs.

Les plaintes sont essentiellement de type psychologique mais sur le plan neurologique elle n'a plus aucune sciatalgie.

Objectivement l'assurée a bien collaboré et la thymie semble normale. Le status neurologique complet détaillé est normal à l'exception d'une altération de la sensibilité au membre supérieur droit, traduisant une certaine surcharge, chez cette assurée qui présente également des douleurs en lien avec une vraisemblable tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite.

Une pathologie somatique à l'origine des troubles cognitifs est peu vraisemblable en tenant compte des éléments au dossier. En particulier l'IRM cérébrale ne met en évidence aucune anomalie expliquant les troubles. Ils sont validés par l'examen neuropsychologique qui met en évidence une atteinte légère non évolutive. Une surcharge est signalée ce qui vraisemblablement explique pourquoi cette assurée est sous tutelle. Le pronostic sur ce plan est donc favorable."

**cc)** Le rapport d'expertise neuropsychologique rédigé par la logopédiste et psychologue spécialiste se termine comme suit (expertise, volet neuropsychologique, p. 5) :

#### "7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

Cette assurée de 55 ans, de langue maternelle thaï, établie en Suisse romande depuis de nombreuses années et qui ne maîtrise pas le français, divorcée à plusieurs reprises, vit seule et isolée sur le plan social. Sans formation certifiante en Suisse, elle n'exerce plus d'activité lucrative depuis 2017. Dans ce contexte, elle émarge à l'aide sociale et bénéficie d'une curatelle depuis 2019. L'assurée rapporte des problèmes cognitifs depuis 2016, des suites d'une succession d'événements personnels négatifs (séparation d'avec son mari, décès de sa maman, cambriolage). Elle est suivie sur le plan psychiatrique.

Les plaintes cognitives émises sont peu spécifiques et fluctuantes ; elles semblent refléter un mal-être persistant dans une situation sociale difficile. Cette assurée paraît quelque peu désarmée dans ce contexte d'évaluation ; elle collabore sur un mode passif et affiche une attitude calme, en retrait. L'incitation semble parfois diminuée, de même que l'allocation possible des ressources dans les tâches. Les performances mesurées sont dans leur ensemble cohérentes. En regard de l'évaluation neuropsychologique effectuée en 2019 au Centre [...], le profil de troubles est globalement superposable avec une atteinte attentionnelle et exécutive au premier plan. Il n'y a pas de signe clinique d'une pathologie évolutive. Par ailleurs, les résultats aux tests de validations de performances effectués se situent dans la norme.

Sur le plan neuropsychologique, les principales limitations fonctionnelles attendues sont :

- une lenteur dans l'apprentissage de nouvelles informations

- une gestion problématique de tâches nouvelles peu structurées ou de doubles tâches
- une vitesse de travail diminuée.”

**dd)** S’agissant de la répercussion des atteintes diagnostiquées sur la capacité de travail, l’expert psychiatre a émis les considérations suivantes (expertise, volet psychiatrique, p. 7 sv.) :

#### “7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

A l’issue de la présente expertise, on se trouve face à une assurée en décalage par rapport à ce qui figure dans son dossier (éléments psychiatriques) vu qu’une dépression significative ne peut être actuellement objectivée pour plusieurs raisons.

**En ce qui concerne les diagnostics et le degré de gravité fonctionnel**, l’assurée n’affiche pas les symptômes cardinaux de dépressions tels la tristesse continue et centrale dans le tableau clinique (qu’elle soit exprimée et / ou observée sur son visage). L’assurée décrit avant tout une humeur fluctuante, en fonction de ses plaintes physiques (dont il sera question plus bas). Il ne s’agit donc pas de la baisse persistante de l’humeur du sujet qui souffre d’une dépression typique. Dans le même sens, on ne retrouve pas la diminution de l’intérêt et du plaisir (l’expertisée décrit une réactivité de l’humeur lorsqu’elle regarde par exemple la télévision, elle précise qu’elle reste en mesure d’interagir avec un réseau amical même s’il est très peu étoffé). En ce qui concerne la réduction de l’énergie et l’augmentation de la fatigabilité, l’assurée ne met pas non plus ce critère au cœur de ses plaintes (elle se plaint principalement de troubles de la concentration et de différents symptômes physiques). Dans le même sens, le sujet dépressif devrait exprimer plus de baisse de l’estime de soi, associée à des idées de culpabilité et de dévalorisation, ce que l’on ne retrouve pas dans les plaintes actuelles. L’assurée se sent globalement une personne valable, bien qu’elle se sente très seule, avec des ruminations centrées sur sa dernière rupture conjugale, qui génère des affects négatifs de colère, qui peuvent déboucher par périodes sur des idées noires et hétéro-agressives, que l’expertisée n’a toutefois pas décrites comme étant structurées, avec désir de passage à l’acte. Par ailleurs, avec le traitement psychiatrique et la médication dispensée, l’assurée ne décrit plus de trouble significatif du sommeil. Il n’y a pas de cauchemar. Si l’assurée déclare ensuite qu’elle mange peu, elle précise qu’elle ressent la faim lorsqu’elle mange, ce qui n’est pas non plus représentatif d’un sujet dépressif. Par ailleurs, une échelle de dépression MADRS, avec un score de 15/60, se situe au seuil de la symptomatologie dépressive légère (défini à 15 sur cet outil psychométrique). Au vu de l’atypie du tableau clinique, si l’on veut tenir compte d’une composante thymique, le tableau le plus cohérent à retenir serait une dysthymie, qui correspond à cet aspect fluctuant des symptômes (certains jours l’assurée décrit une humeur stable, et d’autres jours des affects plus négatifs en lien avec des symptômes physiques). On peut relever, tel que décrit dans le tableau de la dysthymie, que l’assurée peut se sentir fatiguée ou déprimée pendant une période significative, avec

des ruminations, des troubles du sommeil (bien que ces derniers soient actuellement stabilisés).

En ce qui concerne les symptômes anxieux rapportés par l'assurée, il s'agit d'accès associés à quelques symptômes neurovégétatifs (difficultés à respirer), en conjonction avec un sentiment de tension interne, sans que ces crises n'aient l'intensité d'une attaque de panique (l'assurée ne décrit pas de crainte de mort imminente ou de devenir folle). Pour exclure une symptomatologie type panique, il n'y a de plus pas d'anxiété d'anticipation de nouvelle crise. On n'objective pas l'anxiété diffuse associée à de nombreux domaines de soucis, tel que ce serait le cas dans un trouble d'anxiété généralisée. L'assurée est avant tout rivée sur ses sentiments de solitude, et les ruminations concernant l'échec de son dernier couple. Il ne s'agit donc pas d'un trouble anxieux spécifique. Ses plaintes anxieuses peuvent entrer dans le cadre des autres diagnostics (éléments dysthymiques, plaintes somatiques compatibles avec un trouble somatoforme indifférencié, traits pathologiques de personnalité).

On se trouve donc loin du tableau quasi démentiel retenu par les thérapeutes d'E.\_\_\_\_\_, qui décrivent une assurée qui oublierait régulièrement ses plaques électriques allumées, de fermer sa porte, qui serait régulièrement dissociée, se sentant perdue, manquant des arrêts de bus pour rentrer chez elle. A l'heure actuelle, l'assurée ne décrit aucun symptôme de dissociation psychique (elle a été spécifiquement interrogée sur des symptômes de dépersonnalisation et de déréalisation, qu'elle n'a pas confirmés). Son comportement lors de l'entretien psychiatrique montre au contraire une assurée bien présente dans le lien. Elle est en mesure de décrire sa situation de façon structurée, avec des repères chronologiques qui ne lui ont jamais fait défaut, en dépit de difficultés lors de la réalisation de certaines épreuves cognitives qui paraissent démesurées par rapport aux éléments thymiques que l'on observe.

On ne retrouve pas non plus le vécu paranoïde jugé pré-délirant, qui figure dans le rapport d'E.\_\_\_\_\_. L'assurée est au contraire ouverte dans le lien. Elle ne s'est pas montrée méfiante ou interprétative face aux questions, bien qu'elle exprime une méfiance qui peut être rattachée aux expériences conjugales problématiques que l'assurée décrit, sans qu'il ne s'agisse, au sens strict, d'une pathologie psychotique.

Si le rapport d'E.\_\_\_\_\_ mentionne en plus de cette méfiance des sursauts et une hyperactivité neurovégétative, l'assurée n'affiche pas ce type de symptomatologie post-traumatique, en absence d'émoussement des affects ou de dysrégulation des émotions observable lors de l'entretien.

Les thérapeutes de l'assurée retiennent ensuite un trouble de la personnalité émotionnellement labile. Il se réfère à certaines réactions colériques de l'assurée, à une labilité de l'humeur, avec des périodes quasi euphoriques (qui ne sont toutefois pas clairement rapportées par l'assurée à l'heure actuelle), des comportements impulsifs ou des actes agressifs (qui ne sont pas précisés par ses thérapeutes). Interrogée spécifiquement sur cet aspect, l'expertisée

ne décrit pas des comportements hétéro-agressifs diffus, tel que ce serait le cas dans une personnalité émotionnellement labile type impulsif. Si elle décrit certaines tensions avec l'une de ses amies (qu'elle aurait tenté de raisonner sans succès suite à une alcoolisation), l'expertisée se serait mise en colère, mais elle indique qu'en dehors de ces situations, où une colère peut être justifiée, elle ne réagit pas de façon disproportionnée par rapport à toute personne qu'elle pourrait rencontrer dans son quotidien. En général, l'expertisée se décrit comme une personne plutôt calme.

De plus, pour retenir un trouble de la personnalité selon les critères stricts de la CIM-10, il faudrait mettre en évidence des troubles qui auraient débuté durant l'enfance, l'adolescence et qui se seraient fixés à l'âge adulte. Interrogée spécifiquement à ce sujet, l'assurée ne décrit pas de signe psychopathologique franc durant son enfance ou son adolescence. En particulier, les sentiments chroniques de vide, la difficulté à canaliser la colère et les émotions n'est pas reconnue par l'assurée avant sa dernière rupture conjugale. Par ailleurs, son fonctionnement dans le cadre scolaire, l'acquisition d'une formation professionnelle, le fait que l'assurée ait toujours établi des liens équilibrés dans les postes de travail en Thaïlande et en Suisse, vont contre un trouble de la personnalité incapacitant, tel qu'il est défini dans la CIM-10.

Si l'on met effectivement en évidence un parcours sentimental jalonné de difficultés, cet élément peut être représentatif de traits pathologiques de personnalité (avec des composantes dépendantes et émotionnellement labiles) sans qu'il ne s'agisse strictement d'un trouble, vu que suite à plusieurs ruptures sentimentales, l'expertisée ne décrit pas de crise émotionnelle, mais plutôt un soulagement. Seule la dernière rupture a été très difficile à surmonter, générant des sentiments de solitude et de colère, ce qui est en soi insuffisant pour retenir un tableau typique de trouble de la personnalité.

Il faut ensuite s'interroger sur les plaintes physiques affichées par l'assurée. En effet, dans son entrée en matière lors de la présente expertise, interrogée sur les limitations principales dans l'exercice d'un travail, l'expertisée se plaint de ses douleurs dorsales (c'est étonnant, alors qu'avec d'autres experts, l'assurée ne s'en serait aucunement plaint), de céphalées, de vertiges, et de troubles de la concentration. Les plaintes physiques restent donc au premier plan par rapport aux éléments psychiques, et peuvent correspondre à un trouble somatoforme indifférencié avec des plaintes somatiques multiples, variables dans le temps (cet aspect variable semble illustré par le fait que l'assurée n'ait pas lourdement insisté sur ses plaintes physiques lors de l'entretien avec l'expert principal). On ne retrouve pas de tableau complet et typique d'une somatisation (l'assurée n'étant pas rivée sur une explication purement somatique avec un refus d'accepter les conclusions et les propos médicaux). Si l'assurée décrit un isolement social, ce dernier peut découler d'une dimension extra-médicale, avec l'absence de formation certifiée et de maîtrise de la langue française. Ces éléments sont reconnus pour diminuer les possibilités d'insertion.

En ce qui concerne la dimension cognitive, le dossier mis à disposition écarte une origine neurologique ou vasculaire. Au status actuel, on est étonné par les faibles capacités démontrées à

certaines épreuves cognitives du status, en décalage avec d'autres ressources (l'expertisée échoue lors des épreuves de calcul, alors qu'elle restitue parfaitement son parcours de vie et la chronologie). Des facteurs de majoration sont à considérer, vu que les plaintes cognitives de l'assurée ne peuvent être rattachées de façon valide et cohérente à un tableau de dépression moyenne ou sévère.

**En ce qui concerne la personnalité de l'assurée**, comme discuté plus haut, un trouble ayant valeur de maladie ne peut être retenu selon les critères stricts de la CIM-10. Seuls des traits pathologiques peuvent être présents, avec une composante dépendante et émotionnellement labile, ce qui ne diminue toutefois pas la capacité de l'assurée à saisir correctement la réalité (les symptômes quasi psychotiques relevés par ses thérapeutes ne sont pas observés lors de la présente expertise). L'intentionnalité n'est pas sévèrement abaissée par un ralentissement psychomoteur ou une fatigabilité pathologique qui découlerait d'une dépression moyenne ou sévère. Elle n'est que légèrement abaissée en raison des symptômes dysthymiques. La capacité à gérer les émotions est légèrement abaissée par les traits pathologiques de personnalité. On ne retrouve pas le trouble du contrôle des impulsions décrit par ses thérapeutes (l'expertisée ne décrit pas formellement des comportements auto ou hétéro-agressifs diffus, des consommations de substances, des troubles alimentaires ou d'autres troubles sévères du contrôle des impulsions). Globalement, les fonctions complexes du Moi sont donc légèrement abaissées à l'heure actuelle.

**En ce qui concerne l'évaluation des traitements, des mesures de réadaptation et des chances de guérison**, il est peu consistant d'observer dans le dossier la description de troubles psychiques sévères, alors que l'assurée ne bénéficie, en définitive, que d'une médication antidépressive faiblement dosée (Sertraline 50 mg par jour). Une médication neuroleptique est dispensée à l'assurée afin de diminuer sa symptomatologie anxieuse. Cette symptomatologie n'est toutefois pas clairement observée au status actuel, et ne correspond pas à la description stricte d'attaques de panique ou d'une anxiété généralisée.

En ce qui concerne la compliance au traitement médicamenteux, le dosage plasmatique que nous avons réalisé va plutôt dans le sens d'une bonne observance au traitement, même si l'on ne peut exclure, pour la quétiapine, l'hypothèse d'une prise majorée dans le cadre de l'expertise ou un métabolisme lent.

Le dossier ne comporte pas de mesures de réadaptation sur lesquelles nous devrions nous positionner. En fonction des éléments psychopathologiques actuellement observés, il n'y a pas de frein ou de limitation concernant d'éventuelles mesures de ce type.

La situation comportant des facteurs extra-médicaux (précarité sociale, barrière culturelle, isolement affectif et manque de maîtrise de la langue), ces facteurs peuvent amener l'assurée à surinvestir ses plaintes, que ce soit sur un versant psychique ou physique. Il n'y a pas de proposition thérapeutique à formuler, ce type de situation étant par définition peu mobile sur le plan thérapeutique.

**En ce qui concerne la cohérence et la plausibilité**, comme relevé plus haut dans la discussion, on est frappé par l'écart entre le tableau clinique sévère retenu dans les rapports d'E. \_\_\_\_\_ et ce que l'on observe de façon objective dans le cadre de cette expertise. On relève des discordances entre le fait que l'assurée se montre concentrée et non fatigable tout au long de la discussion, alors qu'elle échoue de façon surprenante à certaines épreuves cognitives et pas à d'autres, posant l'hypothèse d'une participation insuffisante. Une tendance à la majoration peut être postulée, avec une assurée qui a tendance à répondre très rapidement par l'affirmative à toutes les suggestions et questions de l'expert, alors que lorsque l'on tente de préciser la symptomatologie, l'expertisée n'est pas en mesure de donner des exemples concrets des limitations alléguées. On peut aussi relever la variabilité des plaintes exprimées auprès des différents experts. Ces éléments ne permettent pas de retenir une pathologie qui génère une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. Le fait que l'assurée bénéficie d'une curatelle paraît par conséquent plus conditionné par des facteurs de précarité sociale que par des facteurs strictement médicaux.

**En ce qui concerne l'appréciation structurée des ressources et des difficultés**, on peut s'appuyer ensuite sur le canevas du mini CIF-APP (instrument d'évaluation des aptitudes psychiques) de la façon suivante :

Lorsque l'expertisée décrit les différentes activités professionnelles qu'elle a réalisées jusqu'à ce jour, elle ne mentionne pas de difficulté à respecter les règles, de problème de ponctualité ou d'intégration dans les processus d'organisation. Sa capacité d'adaptation à des règles et des routines imposées est conservée.

La capacité de planification et de structuration des tâches n'est pas abaissée par des facteurs strictement psychiatriques. Si l'expertisée affiche des plaintes cognitives et un manque de performance à certaines épreuves cognitives du status, un manque d'implication avec une dynamique de majoration est probable, en absence de symptômes thymiques moyens ou sévères, et en raison d'une absence de pathologie dissociative ou psychotique.

La flexibilité et les capacités d'adaptation peuvent être légèrement diminuées par les symptômes dysthymiques (qui peuvent accentuer l'irritabilité, en plus de certains traits pathologiques de personnalité). L'expertisée est malgré tout parvenue à s'intégrer dans certains postes de travail, dans lesquels elle semble avoir adopté des comportements satisfaisants, sans monter de rigidité, d'incapacité à s'adapter à des modifications d'exigence, d'horaires, de locaux, ou encore pour s'adapter à de nouveaux partenaires sociaux.

En raison de sa formation initiale en Thaïlande, l'expertisée dispose d'un bagage intellectuel satisfaisant, bien qu'elle n'ait pas de formation attestée exploitable en Suisse. Ces éléments ne sont toutefois pas d'ordre strictement médical.

La capacité de décision et de jugement est conservée, l'assurée n'affichant pas au status actuel des troubles formels de la pensée, ni des troubles cognitifs valides et cohérents.

L'endurance est légèrement abaissée par la fatigabilité qui découle de l'atteinte dysthymique. Cette baisse n'est pas moyenne ou sévère en absence de symptomatologie dépressive plus importante, de trouble psychotique ou dissociatif.

Les capacités d'affirmation sont préservées : on ne retrouve pas en ce moment le tableau dépressif décrit dans le dossier, avec une assurée qui ne se sent pas dévalorisée ou coupable de façon pathologique. Son niveau d'énergie est certes fluctuant, mais l'assurée ne se montre pas incapable de résister en cas de situation de conflit et si une irritabilité est présente, elle n'est pas d'un degré tel qu'elle perturberait l'assurée dans sa capacité à respecter les normes sociales locales.

Le sens du contact envers des tiers peut être caractérisé par des phases d'irritabilité, bien que cette dernière ne semble pas aussi grave que ce qui est décrit dans les rapports du dossier. Lors de la présente expertise, l'assurée s'est montrée posée et calme et capable d'interagir de façon différenciée, en tenant compte des règles de la communication et de la bienséance.

La capacité d'évoluer au sein d'un groupe n'est pas abaissée par un grave ralentissement psychomoteur, un manque d'investissement de la réalité qui découlerait d'une pathologie dépressive moyenne ou sévère. Globalement, l'assurée reste en mesure de discerner les règles explicites et informelles d'un groupe et de s'y adapter.

Les relations avec les proches sont par contre peu fournies, mais des facteurs avant tout sociaux sont à considérer.

Les activités spontanées sont peu fournies. Ici également, il faut tenir compte d'une faible insertion sociale qui limite le fonctionnement psychosocial.

L'hygiène et les soins corporels, de même que les capacités de déplacement, ne sont pas abaissés de façon spécifique.

Au final, en tenant compte de l'entier des paramètres, les ressources l'emportent nettement sur les limitations fonctionnelles psychiques."

**c)** Le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la CRR est d'excellente facture. Le mandat a été conduit par des spécialistes reconnus dans chacun des domaines concernés et l'expertise est fouillée, particulièrement bien explicitée dans chaque discipline, avec une évaluation globale et des conclusions posées en consilium.

Les avis divergents des médecins traitants (à savoir, les psychiatres d'E.\_\_\_\_\_ et le Dr G.\_\_\_\_\_) n'entachent en rien la

qualité de l'expertise au regard du mandat confié et des critères jurisprudentiels à observer ; en effet, les rapports dont se prévaut la recourante s'avèrent être des avis divergents, qui n'entament pas le crédit que l'on est amené à porter à l'expertise au fil de la lecture du rapport.

En particulier, sur le plan psychiatrique, l'expert F. \_\_\_\_\_ expose avec un soin particulier, *lege artis* et de manière nuancée, l'appréciation du cas et les raisons qui le conduisent à se distancier des avis divergents, exposant et discutant les diagnostics différentiels.

**d)** Il convient dès lors de se rallier aux conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 21 juillet 2020, recouvrant une pleine valeur probante, et de constater, au final, que la décision attaquée sur laquelle elle se fonde doit être confirmée, s'agissant de la capacité de travail résiduelle retenue.

**7. a)** Dans un second et dernier grief, la recourante conteste le calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI. Ce faisant, elle déplore l'absence de prise en compte d'un abattement de 15 %, ou à tout le moins de 10 %, pour le calcul du revenu d'invalidité.

**b) aa)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**bb)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle,

contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**cc)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**dd)** En l'espèce, l'office intimé a comparé un revenu sans atteinte à la santé de 55'625 fr. 56 avec un revenu d'invalidité de 44'500 fr. 45 - montant qui n'intégrait à juste titre pas d'abattement, compte tenu d'un éventail d'activités suffisamment large et n'engendrant pas de désavantage salarial dans un travail simple et répétitif dans le domaine

industriel léger -, pour aboutir à un degré d'invalidité de 20 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, disposant qu'un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière).

**c)** Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée par l'OAI, le calcul de l'invalidité tel que motivé (cf. pièce 65) échappant à la critique.

**8. a)** Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée 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. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

**d)** La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant 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). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 5 octobre 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. 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 mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Service des curatelles et tutelles professionnelles (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :