

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 octobre 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Piguet, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Nabil Charaf, avocat, à Montreux,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après également : l'assurée ou la recourante), née en 1976 [...], est mère de six enfants, nés en 1999, 2000, 2003, 2005, 2009 et 2012. Elle est entrée en Suisse en 2007 et a exercé une activité d'employée en lingerie durant quelques mois en 2008, après avoir suivi une formation à cette fin. Divorcée en 2016, elle s'est remariée en 2018.

Atteinte dans sa santé depuis février 2009, elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle, déposée le 24 mars 2016 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a sollicité des rapports des médecins traitants de l'assurée, les Drs D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et F._____, médecin généraliste.

En date du 9 mai 2016, le Dr D._____ a mentionné les diagnostics incapacitants de cervico-scapulalgies droites chroniques, d'ankylose de l'épaule droite, de probable paralysie du nerf thoracique avec amyotrophie du grand dentelé, de status après thyroïdectomie pour un cancer papillaire de la thyroïde, suivie d'une radiothérapie, de status après parotidectomie pour carcinome avec paralysie faciale (1998), de status après réanimation faciale en deux temps, d'entorse de la cheville droite et de dorsolombalgies chroniques. L'activité d'employée de blanchisserie avait été interrompue par un arrêt de travail depuis 2009. L'assurée était, à son avis, en mesure d'exercer une activité adaptée, de type bureautique, au taux de 100 %. Les limitations fonctionnelles se rapportaient au travail au-dessus de l'horizontale et au port de charges supérieures à 5 kg.

Le Dr F._____ a repris les diagnostics ci-avant, dans un rapport du 6 juin 2016, ajoutant que l'assurée souffrait d'une maladie de von Willebrand, de carence martiale et d'un status post appendicectomie

par laparoscopie, lesquels étaient sans incidence sur sa capacité de travail. L'incapacité de travail totale se poursuivait en raison des douleurs aux épaules et au dos, mais le pronostic était, en principe, bon. Le Dr F._____ avait annexé les récents rapports de la Consultation d'endocrinologie du Centre hospitalier C._____, où l'assurée était régulièrement contrôlée des suites du cancer de la thyroïde. La situation était stable à cet égard.

Par avis du 8 novembre 2016, le Service médical régional (SMR) a retenu que l'assurée souffrait du diagnostic incapacitant de cervico-scapulalgies droites chroniques avec paralysie du nerf thoracique. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis 2009, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par le Dr D._____ depuis 2010.

L'OAI a réalisé une enquête économique sur le ménage le 4 janvier 2017, au terme de laquelle il a reconnu à l'assurée un statut d'active à 100 %. Il a ensuite procédé à l'évaluation de son invalidité, sur la base des salaires ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), et mis à jour un degré d'invalidité de 10 %.

Par projet de décision du 6 février 2017, entériné dans une décision du 18 avril 2017, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Par une communication séparée, également datée du 6 février 2017, l'OAI a néanmoins octroyé à l'assurée une mesure d'aide au placement.

B. Dans l'intervalle, l'assurée a fait parvenir à l'OAI une correspondance de la Fondation J._____ du 7 avril 2017, laquelle attestait de son suivi pour une symptomatologie dépressive depuis octobre 2016, dans le contexte d'agressions sexuelles sur plusieurs de ses enfants. Était posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, nécessitant un soutien psychothérapeutique.

L'OAI a dès lors annoncé retirer sa décision du 18 avril 2017 et poursuivre l'instruction médicale du cas, dans une correspondance du 5 mai 2017.

Par rapport du 23 juin 2017, le Centre K._____ de la Fondation J._____ a fait état des diagnostics de dysthymie et de modification durable de la personnalité avec traits dépendants depuis 2009. La thymie était plutôt sur un versant triste, sans autre symptomatologie dépressive. L'assurée avait également présenté des épisodes d'anxiété paroxystique et consommé de l'alcool. Une prise en charge psychiatrique, en dépit de la résistance de l'assurée à entrer en soins, était indiquée, compte tenu de ses difficultés à gérer le quotidien et d'une hypersensibilité affective. Un traitement antidépresseur avait été instauré.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, sur les plans rhumatologique, psychiatrique, endocrinologique, neurologique et de médecine interne, dont le mandat a été confié à la Policlinique G._____ à [...], selon communication du 9 janvier 2018. Les Drs P._____, spécialiste en endocrinologie, M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, N._____, spécialiste en neurologie, R._____, spécialiste en rhumatologie, et L._____, spécialiste en médecine interne, ont communiqué leur rapport le 8 mai 2018. Ils ont retenu les diagnostics incapacitants de cervico-scapulalgies droites chroniques, avec status post carcinome papillaire de la thyroïde et probable atteinte sensitivomotrice proximale du membre supérieur droit, ainsi que d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Etaient mentionnés, au titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques non spécifiques avec discrètes arthroses interfacettaires lombaires et légères discopathies étagées entre L3 et S1, des discopathies cervicales en C4-C5 et C5-C6 avec un canal cervical constitutionnellement étroit, une atteinte motrice faciale gauche séquellaire à une parotidectomie totale pour un carcinome muco-épidermoïde, une hypothyroïdie substituée dans le cadre d'une thyroïdectomie totale et une

maladie de von Willebrand. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de lingère pour des raisons somatiques. L'assurée était susceptible d'exercer une activité adaptée à 100 %, sous réserve d'une baisse de rendement de 30 %, en raison des limitations engendrées par l'épisode dépressif moyen (fatigabilité, troubles modérés de la concentration, diminution de la capacité de planification et de structuration des tâches, légère diminution de la flexibilité et des capacités d'adaptation, endurance légèrement à moyennement abaissée, capacité d'adaptation légèrement abaissée), survenu dès fin octobre 2016. Il convenait d'éviter l'utilisation de force répétitive du membre supérieur droit et les travaux avec le bras droit au-dessus de l'horizontale. Une marge d'amélioration de la capacité de travail était envisageable, pour autant que l'assurée s'avère compliant aux traitements (antidépresseur et de substitution thyroïdienne).

Le SMR s'est rallié aux conclusions des experts le 5 juillet 2018.

En date du 8 octobre 2018, l'OAI a réexaminé le degré d'invalidité de l'assurée. Il a mis à jour un degré d'invalidité de 15 % dès 2010 et de 37 % dès octobre 2016 sur la base de l'ESS, procédant à des abattements de 15 %, respectivement 10 %, sur le revenu d'invalidité en raison des limitations fonctionnelles.

Par un nouveau projet de décision du 9 juillet 2019, l'OAI a indiqué à l'assurée que son droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité devait être nié, compte tenu d'un taux d'invalidité de 15 % dès 2010, respectivement 37 % dès octobre 2016.

Par courrier parvenu à l'OAI le 5 septembre 2019, l'assurée a manifesté son désaccord avec la position de l'OAI et produit un nouveau rapport de la Fondation J._____ du 5 août 2019. Ce rapport mentionnait l'absence d'évolution de l'état de santé, lequel apparaissait au demeurant plutôt péjoré. L'assurée présentait des symptômes dépressifs, désormais associés à des symptômes psychotiques (hallucinations auditives et

visuelles). Des tests neuropsychologiques seraient prochainement mis en œuvre en raison de l'apparition de limitations cognitives. L'incapacité de travail était chiffrée à 100 %.

Sur questions du SMR, la Fondation J._____, sous la plume des Drs S._____, chef de clinique adjoint, et T._____, médecin assistante, a précisé, le 3 février 2020 que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, sans évolution depuis septembre 2019. Etaient joints un rapport du Service de neurologie de l'Hôpital Q._____ du 16 février 2018 et un rapport d'évaluation du Centre V._____ du 23 janvier 2020. La Dre W._____, médecin adjointe au sein de l'Hôpital Q._____, relatait l'absence d'atteinte centrale à l'examen neurologique et suggérait un bilan ophtalmologique, compte tenu de la paralysie faciale de l'assurée. Quant au Centre V._____, les médecins retenaient des troubles neurocognitifs majeurs d'étiologie psychiatrique, en présence d'une atteinte attentionnelle sévère avec ralentissement majeur de la vitesse de traitement, d'un trouble sévère de la mémoire épisodique antérograde bimodale, d'un trouble sévère de la mémoire verbale à court terme, d'un dysfonctionnement exécutif modéré, ainsi que de difficultés de reconnaissance de visages célèbres.

A la demande du SMR, le Dr F._____ a fourni, le 17 juin 2020, les tirages des bilans sanguins de l'assurée, relevant des oublis occasionnels de la substitution en hormone thyroïdienne, probablement en raison des troubles mnésiques. Le Service d'endocrinologie du Centre hospitalier C._____ a fait parvenir, le 22 juin 2020, les récents rapports sur le suivi de l'assurée, mettant en évidence une situation rassurante sur les plans oncologique, phosphocalcique et hématologique. Quant au Drs S._____ et T._____ de la Fondation J._____, ils ont relaté, le 13 juillet 2020, que le trouble dépressif récurrent, retenu dès août 2019, faisait référence à plusieurs épisodes dépressifs sévères dans les antécédents. Des symptômes psychotiques (hallucinations visuelles et auditives) avaient été mentionnées par l'assurée en mai 2019. Ils ne pouvaient

exclure la participation d'une altération de la fonction thyroïdienne dans l'aggravation des symptômes dépressifs. Ces symptômes, objectivables entre février et juin 2020, étaient présents depuis la prise en charge en octobre 2016 et entretenus par des facteurs de stress psychosociaux et familiaux. L'état de santé de l'assurée demeurait fluctuant, avec une thymie abaissée en permanence et une aggravation de celle-ci, ainsi que la survenance d'une anxiété en cas de facteurs de stress. De l'avis des médecins, la capacité de travail demeurait nulle. Enfin, le Centre V._____ a fourni un tirage de l'examen neuropsychologique détaillé, effectué les 28 octobre et 21 novembre 2019.

Par avis du final du 6 octobre 2020, le SMR a considéré que l'ensemble des éléments réunis au cours de la procédure d'audition ne justifiaient pas de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Policlinique G._____ du 8 mai 2018.

L'OAI a dès lors rendu une décision le 28 octobre 2020, reprenant les termes de son projet de décision du 9 juillet 2019, et niant le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente de l'assurance-invalidité.

C. B._____, assistée de Me Nabil Charaf, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par mémoire de recours du 13 novembre 2020, concluant à son annulation et à la reconnaissance d'une incapacité totale de travail dans toutes activités. Elle a contesté, en substance, la détermination du degré d'invalidité opérée par l'OAI, estimant que la diminution de rendement de 30 % et les abattements concédés sur le revenu d'invalidité étaient fixés de manière arbitraire. Elle s'est par ailleurs prévalu d'un nouveau rapport de la Fondation J._____ du 6 novembre 2020. Dans ce document, la Dre T._____ soulignait les diagnostics évoqués et les investigations neuropsychologiques entreprises auprès de l'assurée, pour conclure à une incapacité totale de travail pour tout type d'activités.

Un courrier du Dr F. _____ du 19 novembre 2020 a été adressé à la Cour de céans, aux termes duquel ce praticien rappelait les difficultés de sa patiente à assumer le quotidien (gestion de sa médication) et concluait à une incapacité totale de travail.

L'OAI a répondu au recours le 4 janvier 2021 et conclu à son rejet. Il a mis en évidence les différentes mesures d'instruction ordonnées par le SMR au stade de la procédure d'audition et maintenu les abattements opérés sur le revenu d'invalidité déterminant.

Par réplique du 10 janvier 2021, l'assurée a confirmé ses conclusions.

L'OAI a dupliqué le 2 février 2021 et produit une nouvelle analyse du SMR du 22 janvier 2021, lequel confirmait ses précédentes prises de position. Il a persisté à conclure au rejet du recours.

Par détermination du 11 février 2020 [recte : 2021], l'assurée a également maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1, let. a, LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit

être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 13 novembre 2020 contre la décision de l'intimé du 28 octobre 2020 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité et sur sa capacité résiduelle de travail.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

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 et 115 V 133 consid. 2).

b) 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 LPGA), 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséculo-logique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) En vertu de la jurisprudence fédérale, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, le critère de la cohérence, de même que celui de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire réalisée en février et mars 2018 au sein de la Policlinique G._____, laquelle a comporté des examens circonstanciés des aspects endocrinologique, psychiatrique, neurologique rhumatologique et de médecine interne. Le rapport correspondant du 8 mai 2018 remplit a priori les réquisits jurisprudentiels énoncés sous consid. 5b supra. La recourante fait toutefois implicitement valoir que les rapports établis ultérieurement par ses médecins traitants seraient de nature à faire douter des conclusions de la Policlinique G._____.

7. **a)** L'état de santé somatique de la recourante a été investigué dans le cadre de différentes consultations spécialisées au sein de la Policlinique G._____.

b) Sur le plan endocrinologique, l'expert de la P._____, le Dr P._____, a fait part de ce qui suit, à la suite de son examen du 1^{er} mars 2018 (cf. rapport d'expertise de la Policlinique G._____ du 8 mai 2018, p. 16) :

« Elle est suivie dans notre service dans le contexte d'un carcinome papillaire de la thyroïde traité par thyroïdectomie totale le 13.07.2009 et radiothérapie à l'iode 131 le 22.2.2011. Nous constatons actuellement une rémission (excellente réponse) sans signes de récurrence au niveau structural ou biologique. Elle est sous traitement par lévothyroxine qu'elle prend malheureusement de façon aléatoire, ce qui pourrait expliquer éventuellement des symptômes tels que fatigue, sommeil, troubles de la mémoire ou ralentissement psychomoteur. A noter que nous avons essayé différentes stratégies pour améliorer la compliance médicamenteuse avec un résultat toujours suboptimal. Par ailleurs, du point de vue strictement endocrinologique, il n'existe aucune limitation fonctionnelle sur sa capacité de travail. »

c) L'aspect neurologique a été investigué le 15 mars 2018 par le Dr N._____. Il s'est exprimé en ces termes sur le cas de la recourante (cf. ibidem, p. 26 à 28) :

« [...] Il s'agit d'une situation comportant de multiples problèmes de santé chez une patiente visiblement actuellement encore assez anxieuse voire quelque peu déprimée, les éléments psychiques rendant une appréciation exacte des troubles somatiques un peu difficile.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué révèle une patiente partiellement collaborante, assez algique et démonstrative. L'examen du rachis cervical révèle une limitation de la mobilité de la nuque et une musculature paracervicale droite tendue et sensible avec une possible atrophie du chef supérieur du trapèze droit. L'examen du rachis dorso-lombaire est rendu particulièrement difficile par une réaction antalgique immédiate, avec une apparente limitation de la mobilité lombaire, à caractère vraisemblablement au moins en partie antalgique. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées, si ce n'est que la marche sur les talons est inobtenable en raison apparemment de la provocation d'importantes douleurs lombaires, mais il n'y a pas d'autre anomalie significative. A l'examen des paires crâniennes, on retrouve clairement une atteinte motrice faciale gauche encore sévère. On observe également une sorte d'hypoesthésie paraissant intéresser la face ddc [réd. : des deux côtés] et la région latéro-cervicale droite. Enfin, on note une probable amyotrophie et parésie du sterno-cléido-mastoïdien droit un peu difficilement appréciable au vu du manque de collaboration. A l'examen du tronc et des membres supérieurs, on retrouve une limitation de la mobilité de l'épaule droite en partie antalgique ainsi qu'une possible amyotrophie-parésie de la musculature scapulaire et brachiale droite, avec épargne de la musculature de l'avant-bras et de la main. On retrouve également une scapula alata droite contre-résistance. Les réflexes stylo-radial et bicipital droits paraissent moins vifs que leurs homologues controlatéraux alors que le réflexe tricipital droit est vif et symétrique. Les éléments précités peuvent faire évoquer une atteinte plexuelle brachiale droite liée au traitement du cancer thyroïdien mais tout cela n'est pas très clair. A l'examen des membres inférieurs, on est tout d'abord frappé par un tableau de douleurs diffuses dès qu'on tente de mobiliser les membres inférieurs avec provocation de douleurs lombaires. Il n'y a néanmoins objectivement pas d'altération de la trophicité musculaire et des réflexes tendineux. Le testing de la force musculaire est rendu inappréciable par la réaction antalgique mais ne paraît pas démontrer de déficit moteur certain. La sensibilité superficielle et profonde paraît intacte.

En bref, un examen clinique révélant une atteinte motrice faciale gauche périphérique certaine, des troubles sensitifs faciaux douteux, une possible/probable atteinte sensitivo-motrice proximale du membre supérieur droit et pas de troubles neurologiques certains au niveau des membres inférieurs en relation avec les douleurs lombaires dont se plaint la patiente.

[...]

Sur le plan de la capacité de travail, je pense que cette patiente, d'un point de vue neurologique, est vraisemblablement limitée pour l'utilisation de force et répétitive de son membre supérieur droit ainsi que dans toute activité nécessitant un travail du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale.

Pour les éléments susmentionnés, on doit admettre que l'activité exercée préalablement est inexigible. Par contre, sur la base des éléments à ma disposition, je pense que [l'assurée] possède, du point de vue strictement neurologique, une capacité de travail complète (plein temps avec un rendement de 100 %) dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles mentionnées plus haut, c'est-à-dire une activité ne nécessitant pas l'utilisation de force et répétitive du membre supérieur droit et des travaux avec le bras droit au-dessus de l'horizontale. Pour ce qui est de la symptomatologie faciale, même s'il existe encore actuellement une atteinte motrice faciale gauche importante, il n'y a pas de limitations fonctionnelles, ni d'incapacité de travail hormis dans une activité se déroulant dans une atmosphère fortement poussiéreuse. En ce qui concerne la symptomatologie lombaire, sur la base des seules constatations neurologiques, au vu également de la normalité des radiographies standards de la colonne lombosacrée, je ne retiens pas d'incapacité de travail ni de limitations fonctionnelles. Néanmoins, je pense souhaitable de pratiquer encore une IRM lombaire. [...] »

d) S'agissant de l'aspect rhumatologique, le Dr R. _____ a fait part des constats suivants (cf. *ibidem*, p. 31 et 32) :

« [L'assurée] présente des douleurs chroniques cervico-scapulaires droites, survenues dans les suites d'une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit en juillet 2009, suivie d'une radiothérapie à l'iode 131 au cours du mois de février 2011, pour carcinome papillaire de la thyroïde, ainsi qu'une parotidectomie totale pour carcinome muco-épidermoïde de bas grade en 1998, avec paralysie faciale gauche périphérique séquellaire, traitée en deux temps par réanimation faciale.

Elle présente également une symptomatologie douloureuse dorso-lombaire, survenue sans notion de traumatisme, état fébrile, sudations nocturnes depuis une année.

L'examen clinique est parasité par un comportement douloureux, avec limitation fonctionnelle algique des mouvements de la colonne cervicale, lombaire, des hanches, de l'épaule droite.

Il n'y a pas de déformation, ni de tuméfaction articulaire.

D'un point de vue médical, il n'y a pas de maladie ostéoarticulaire spécifique mise en évidence, permettant d'expliquer l'intensité et la persistance de la symptomatologie douloureuse, ce qui ne met cependant pas en doute l'authenticité des plaintes.

D'un point de vue rhumatologique, je n'ai actuellement pas d'élément orientant vers une étiologie inflammatoire, infectieuse, neurocompressive (sous réserve des conclusions de l'expert neurologue de la présente expertise pluridisciplinaire), de dysfonction immunitaire.

Ce sont les douleurs, phénomène subjectif, non mesurable, propre à chaque individu, d'étiologie multifactorielle, qui sont à l'origine des limitations fonctionnelles énoncées par l'expertisée. [...] »

e) On ne voit pas que les pièces médicales versées subséquemment au dossier de la recourante fassent état d'éléments nouveaux qui viendraient contredire l'appréciation des experts somaticiens de la Polyclinique G._____.

En particulier, les bilans sanguins fournis le 17 juin 2020 par le Dr F._____, ainsi que les rapports de la Consultation d'endocrinologie du Centre hospitalier C._____, relatent bien plutôt une situation demeurant stationnaire. On relève notamment que le rapport du Centre hospitalier C._____ du 10 juin 2020 retient les constats suivants :

« [...] Sur le plan oncologique, la réponse est excellente, avec une thyroglobuline indosable et des anticorps négatifs, chez une patiente avec une TSH élevée [...]. Ce taux de thyroglobuline en hypothyroïdie est donc rassurant. L'échographie cervicale montre des ganglions d'aspect bénin, non suspect. Il s'agit donc d'une rémission biologique et structurelle. [...] La patiente avoue qu'elle n'attendait pas 30 minutes après la prise de lévothyroxine pour manger son petit déjeuner [...], ce qui peut expliquer cette augmentation de la TSH. [...] »

Le rapport de consultation neurologique de l'Hôpital Q._____ du 16 février 2018 ne contient pas d'élément nouveau eu égard aux éléments rapportés par le Dr N._____. La Dre W._____ a en effet conclu à l'absence d'élément pour une atteinte centrale lors de son examen, en relevant « très clairement une participation avec un syndrome douloureux, dans un contexte de vie difficile ».

Quant à l'appréciation rhumatologique, celle-ci n'est pas sérieusement remise en cause par la recourante dans ses différentes écritures. Elle n'a produit aucune pièce médicale nouvelle de ce registre, à la suite du rapport d'expertise de la Polyclinique G._____.

8. **a)** Le volet psychiatrique a été analysé par le Dr M._____, lequel a communiqué l'appréciation suivante, après s'être entretenu avec la recourante et avoir réalisé des examens complémentaires (tests ; cf. rapport d'expertise de la Polyclinique G._____ du 8 mai 2018, p. 21 à 23) :

« Un avis psychiatrique est demandé dans le contexte d'une assurée qui souffre de différentes pathologies somatiques résumées dans votre rapport principal. Sur le plan psychiatrique, différents diagnostics sont évoqués, notamment un trouble dépressif récurrent avec symptomatologie dépressive sévère, alors que d'autres rapports mentionnent une dysthymie, ou encore une modification durable de la personnalité. Face à ces nouveaux éléments d'ordre psychiatrique, la présente expertise multidisciplinaire est mandatée. Lors de l'expertise réalisée sur le plan civil en 2009, j'avais conclu à un trouble de l'adaptation, dans le cadre de difficultés conjugales, sans retenir formellement une dépression clinique, ou encore un trouble dépressif récurrent. J'avais exclu lors de cette expertise un trouble psychiatrique majeur. L'histoire de vie de [l'assurée] ne faisait état d'aucune difficulté périnatale et d'aucun trouble comportemental dans la petite enfance. On ne relève pas non plus d'élément dysharmonique avec des comportements stéréotypés, des troubles des interactions sociales précoces, des difficultés scolaires ou comportementales pouvant évoquer une psychose infantile. Je relevais lors de cette expertise civile une séparation difficile dans la petite enfance, l'expertisée ayant été souvent ballottée entre sa mère et ses grands-parents. Elle aurait souffert de l'absence de chaleur et d'amour maternel, ce qui n'est pas suffisant pour constituer un grave trouble de la personnalité. En effet, on ne retrouve chez l'assurée aucune déviation grave des sensations, des perceptions et des comportements par rapport à un individu moyen d'une culture donnée qui aurait débuté durant l'enfance et à la fin de l'adolescence. L'assurée n'a jamais présenté des conflits marqués avec ses pairs, que ce soit dans le cadre professionnel ou amical. Elle ne s'est jamais montrée hostile, fermée ou inhibée dans ses relations avec autrui. Elle n'a manifesté aucun comportement autistique. L'assurée a certes vécu plusieurs relations sentimentales, ce qui est insuffisant pour évoquer une pathologie grave de la personnalité. Interrogée sur les différentes ruptures sentimentales, l'expertisée ne décrit pas de grave décompensation psychiatrique, caractérisée par une incapacité à gérer la solitude. En outre, lorsqu'elle vivait en couple, l'expertisée ne décrit pas qu'elle était incapable de s'imposer, ou qu'elle aurait mis au second plan ses besoins propres. Lors de la précédente expertise civile, l'expertisée se décrivait comme une femme normale (statut qu'elle revendiquait clairement), qui vivait difficilement la pression psychologique de sa procédure de séparation. Les traits dépendants retenus par mes confrères de la Fondation J. _____ ne sont donc pas objectivables. En outre, comme je le relevais dans mon expertise de 2009, on ne constate pas dans l'anamnèse de [l'assurée] des comportements d'automutilation. Une consommation d'alcool très ponctuelle (durant un mois) était mentionnée par l'assurée en 2009 (ce qu'elle confirme lors de la présente expertise). Il s'agissait d'un passage à l'acte découlant de la surcharge psychique faisant suite à l'importance du conflit familial de l'époque. Cette consommation n'a jamais débouché sur une addiction, en absence de symptômes de sevrage, de tolérance, ou d'augmentation marquée du temps pour se procurer et consommer la substance. Comme déjà discuté dans l'expertise civile de 2009, on ne retient chez l'assurée aucune pathologie psychotique. L'anamnèse ne démontre aucun émoussement de l'affectivité, aucun comportement de retrait, avec une assurée qui n'est pas méfiante dans le contact.

Il n'y a en outre aucun signe psychotique fondé (pas d'hallucination, pas de trouble délirant ou du trouble du Moi).

Entre 2009 et fin 2016, l'expertisée n'évoque pas de symptomatologie dépressive significative. Dans ce sens, un trouble dépressif récurrent, qui devrait recenser plusieurs épisodes entrecoupés de rémissions, ne peut être objectivé.

En outre, au vu du parcours scolaire et professionnel de l'expertisée dans son pays, les ressources intellectuelles sont dans les normes, il n'y a aucun retard mental à postuler.

Par conséquent, avant les éléments psychiatriques décrits à partir de la fin de l'année 2016, aucune pathologie psychiatrique ne peut être mise en évidence. A partir de la fin de l'année 2016, l'expertisée décrit l'apparition d'angoisses, le sentiment d'être débordée par sa situation de santé et sa situation familiale. Elle décrit des affects dépressifs devenant de plus en plus apparents. Un rapport d'enquête ménagère signale en janvier 2017 que l'assurée déclarait pleurer souvent, souffrant de solitude. Les rapports psychiatriques ultérieurs sont difficiles à suivre vu que l'on retient à certains moments une dysthymie, représentant par définition une fluctuation légère de l'humeur, sans altération du fonctionnement quotidien et social, alors qu'à d'autres moments, on parle d'un épisode dépressif sévère.

Sur le plan clinique actuel, on ne peut retenir une dépression sévère face à une assurée non ralentie sur le plan psychomoteur. Elle s'exprime la plupart du temps avec le sourire (mais des facteurs socio-culturels peuvent entrer en ligne de compte pour « masquer » certains symptômes), bien qu'elle manifeste à une reprise quelques larmes. On n'objective pas plusieurs symptômes de dépression sévère, comme l'indifférence par rapport à sa famille et à son compagnon. Il n'y a pas de baisse pathologique de la libido. Par contre, l'expertisée rapporte une diminution d'appétit avec perte pondérale, une fatigabilité accrue, une tristesse présente durant la majorité des jours de la semaine. Cette tristesse est associée à trois autres symptômes comme la diminution de la concentration et de l'attention (l'assurée mentionne des oublis, le status psychiatrique relève les difficultés en calcul mental, alors que l'expertisée au vu de son parcours dans son pays devrait disposer de bonnes capacités cognitives), la perturbation du sommeil et une baisse d'appétit. Sur une échelle psychométrique de dépression MADRS, avec un score de 23 sur 60, la symptomatologie est de l'ordre de la dépression moyenne, tout en étant proche de la dépression légère. L'évaluation actuelle s'écarte tant du diagnostic de dysthymie (qui devrait constituer des fluctuations plus légères de l'humeur avec moins de répercussions sur le fonctionnement quotidien) que de celui de dépression sévère dont les critères ne sont objectivement pas remplis.

Au vu de l'argumentation qui précède et de la réflexion qui figure dans l'expertise de 2009, au sujet de la personnalité de l'assurée, il est impossible de retenir un trouble de la personnalité constitué, une modification durable ou des traits pathologiques suffisamment graves pour générer des limitations fonctionnelles dans le cadre de l'exercice d'un travail.

En ce qui concerne le traitement, l'expertisée est actuellement suivie sur le plan psychiatrique. Elle a bénéficié d'un traitement de Sertraline®, qui aurait été mal toléré (forte sédation). Au moment de l'expertise, elle bénéficie d'un traitement de Duloxétine 30 mg/jour. Un dosage plasmatique réalisé le jour de l'expertise

psychiatrique (cf. résultat ci-dessus) va dans le sens d'une compliance qui semble poser problème. Ces éléments ne permettent donc pas d'affirmer que l'assurée souffre d'un trouble psychiatrique sévère et fixé, vu que des perspectives d'amélioration existent avec un traitement correctement suivi.

En ce qui concerne l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, la présence d'une dépression moyenne (proche de la symptomatologie légère sur une échelle MADRS) ne permet pas d'expliquer une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie. Dans la situation de l'assurée, on ne peut exclure une composante de majoration des plaintes psychiques dans un contexte de difficultés sociales. Les plaintes peuvent être majorées par le statut de femme divorcée, devant s'occuper de nombreux enfants. S'y ajoute une probable faible observance médicamenteuse, qui peut appuyer l'hypothèse d'une fixation dans les plaintes psychiques avec une recherche de bénéfices secondaires. Ces facteurs s'écartent d'une atteinte médicale considérée au sens strict et méritent de pondérer les plaintes alléguées par [expertisée].

En ce qui concerne l'appréciation des capacités des ressources et des difficultés, on peut utiliser le canevas du Mini-CIF-APP1 :

Ne souffrant pas de graves troubles de la pensée, d'un trouble psychotique qui l'éloignerait d'une perception adéquate des règles temporelles, l'expertisée dispose d'aptitudes d'adaptation aux règles et routines imposées par le monde professionnel.

En raison de la fatigabilité et de troubles légers de la concentration, la capacité de planification et de structuration des tâches est légèrement diminuée.

La symptomatologie dépressive rend l'expertisée peu sûre d'elle-même, ce qui diminue légèrement sa flexibilité et ses capacités d'adaptation.

L'expertisée dispose d'un bon potentiel intellectuel. Dans une activité simple, elle dispose de ressources cognitives satisfaisantes.

En l'absence de graves troubles de la pensée, ou d'un important ralentissement psychomoteur, la capacité de jugement et de prise de décision n'est que légèrement abaissée par les symptômes dépressifs.

En raison de troubles du sommeil, de la fatigabilité, l'endurance est légèrement à moyennement abaissée.

Les capacités d'affirmation sont légèrement abaissées (idées modérées d'insuffisance, découlant de la dépression).

Ne souffrant pas d'un grave trouble de la personnalité, le sens du contact envers des tiers, de même que la capacité d'évoluer au sein d'un groupe, sont préservés.

Les relations proches sont actuellement harmonieuses, ce qui constitue également une ressource.

Les activités spontanées sont avant tout abaissées par le mode de vie de l'assurée (qui doit s'occuper de nombreux enfants).

L'hygiène et les soins corporels, de même que les capacités de déplacement, ne sont pas directement diminués par la symptomatologie dépressive moyenne.

8 – Réponses aux questions du mandant

Au final, le présent bilan psychiatrique ne permet pas de valider une pathologie psychiatrique aussi sévère, telle qu'avancée dans les rapports psychiatriques des thérapeutes actuellement en charge de l'assurée. En tenant compte des facteurs de pondération, une baisse

de rendement de 30 % peut-être retenue sur le plan psychiatrique (en tenant compte ici qu'une activité simple ne sollicite que peu le potentiel intellectuel de l'assurée, qui est normal au vu des études qu'elle a suivies). Cette estimation est valable dans toute activité respectant les limitations physiques. Elle est à mon avis valable depuis la fin octobre 2016, date où l'expertisée a débuté son suivi psychiatrique actuel.

Par ailleurs, au vu de la faible dose du traitement antidépresseur actuellement dispensé à l'assurée et de la compliance qui peut s'avérer problématique (et qui méritera d'être suivie), une marge d'amélioration de la capacité de travail existe avec une augmentation de la posologie de l'antidépresseur. Une nouvelle évaluation de la capacité de travail pourrait s'avérer pertinente d'ici six mois à une année, en fonction des ajustements thérapeutiques. »

b) Dans ce contexte, la recourante s'est prévaluée des appréciations divergentes de la Fondation J._____ et de l'évaluation neuropsychologique réalisée par le Centre V._____. Les Drs S._____ et T._____ de la Fondation J._____ ont répondu les 3 février et 13 juillet 2020 aux questions du SMR. Ils ont réitéré le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, posé depuis août 2019 en raison de la pluralité des épisodes, constatée depuis leur prise en charge. L'état de santé psychique, qualifié de fluctuant, demeurerait sans modification notable, en présence d'une « thymie abaissée en permanence ». La survenue régulière de facteurs de stress entraînait une aggravation de la thymie et de l'anxiété avec apparition d'idées suicidaires. Des hallucinations auditives étaient rapportées depuis mai 2019. La recourante était décrite comme suit :

« [...] Il s'agit d'une patiente qui fait son âge biologique, à la tenue vestimentaire et à l'hygiène sans particularités. Elle présente des troubles de l'orientation dans le temps (par moment ne sait plus la date ni le jour de la semaine), mais par contre est orientée dans l'espace, vis à vis d'elle-même et de la situation. Elle présente également des troubles de la mémoire (oublis de rendez-vous médicaux, de dates d'anniversaire, de prises du traitement...) avec déficit de l'attention et de la concentration. Elle présente une mimique triste, avec une paralysie faciale, elle pleure souvent durant les entretiens. La thymie est franchement abaissée. Le discours est émis d'une voix faible, sur un rythme légèrement ralenti, et reste globalement bien structuré, même si souvent pauvre avec les mêmes thèmes abordés, centrés sur les traumatismes vécus et les « oublis ». Son discours véhicule des idées négatives, à type de perte d'intérêt et de plaisir, d'idées de culpabilité (l'impression d'être un poids pour sa famille), une perte de l'estime de soi, un pessimisme concernant l'avenir, ainsi que des idées de mort passives, sans idées suicidaires actuellement. Le discours ne véhicule pas de trouble des croyances, mais on relève des troubles

perceptifs à type d'hallucinations auditives (le bip des machines de l'hôpital). Elle décrit également un épisode d'amnésie dissociative concernant sa dernière hospitalisation, ne se rappelant plus de ce qui s'est passé durant une semaine (hormis le premier et le dernier jour d'hospitalisation).

Le sommeil est rétabli sous somnifère, l'appétit conservé. [...] »

L'évaluation neuropsychologique détaillée, effectuée au sein du Centre V._____ en novembre 2019, a par ailleurs abouti aux conclusions suivantes :

« **Conclusion**

Ce premier bilan neuropsychologique, réalisé auprès de cette patiente de 43 ans, orientée et nosognosique, met en évidence :

- Une atteinte attentionnelle sévère avec ralentissement majeur de la vitesse de traitement ;
- Un trouble sévère de la mémoire épisodique antérograde bimodale ;
- Un trouble sévère de la mémoire à court terme verbale ;
- Un dysfonctionnement exécutif modéré (flexibilité, incitation) ;
- Des difficultés de reconnaissance de visages célèbres.

Les autres fonctions cognitives testées (calcul écrit, praxies gestuelles, gnosies visuelles) apparaissent en revanche globalement préservées. Notons que certaines épreuves habituellement réussies par des patients cérébro-lésés sont échouées et que nous observons quelques incohérences (sévérité des troubles contrastant avec une relative autonomie fonctionnelle, souvenir de devoir passer une IRM cérébrale, à l'heure à tous nos rendez-vous).

En conclusion, ces résultats ne sont pas valides et nous ne pouvons interpréter ce tableau cognitif. Compte tenu de la détresse psychologique manifestée par la patiente dans le cadre d'événements de vie particulièrement difficiles, la poursuite d'un suivi psychothérapeutique est indispensable. »

c) Dans son avis final du 6 octobre 2020, le SMR a estimé que les conclusions de l'expert psychiatre de la Policlinique G._____ demeuraient valables et s'est justifié en ces termes :

« [...] 4 - Nous relevons que les psychiatres de la Fondation J._____ ne peuvent pas préciser à quelle date ils ont constaté une péjoration des troubles cognitifs (Question 6, RM [réd. : rapport médical] 14.07.20). De plus, le bilan neuropsychologique ne fait pas mention de tests de validation [de sorte] que ses conclusions ne peuvent être exploitées dans un contexte de litige asséculogique.

5 - Concernant le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques » :

5-1 Le Dr S._____ annonce le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques » depuis août 2019 (RM 04.2.20).

Or, entre juin 2019 et fin novembre 2019 (5 mois), il n'y a pas eu de consultations avec un médecin psychiatre (Question 6, RM 4.2.20).

De même, les premières hallucinations auraient été constatées en mai 2019 et n'auraient déclenché qu'un suivi psychiatrique que 5 mois plus tard, en novembre 2019. Par ailleurs, le Dr F. _____ qui a examiné cette assurée à 5 reprises sur cette période ne se souvient pas de tels symptômes (question 5, RM 22.06.20).

Malgré la sévérité du diagnostic annoncé, nous observons l'absence d'hospitalisation en psychiatrie, et l'absence de modification du traitement médicamenteux depuis 2018 ou même de monitoring plasmatique (question 4 et 5, RM 4.2.20, question 7, RM 14.07.20).

5-2 Le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère » et une IT [réd. : incapacité de travail] à 100 % étaient déjà annoncés dans les rapports de la Fondation J. _____ précédant l'expertise (RM 9.5.17, 23.6.17).

Or, l'expert psychiatre a indiqué les raisons qui le conduisaient à écarter un épisode dépressif sévère ainsi que tous les autres diagnostics annoncés par les psychiatres de la Fondation J. _____. Soulignons que son expertise s'appuie, non seulement sur les constatations lors de son examen de mars 2018, mais aussi sur une expertise judiciaire qu'il avait menée sur le cas de cette assurée en 2009. De même, l'appréciation de la CT [réd. : capacité de travail] est claire et argumentée.

5-3 Concernant les symptômes psychotiques : Les hallucinations, opposées pour justifier de ce diagnostic, seraient finalement assez rares selon la description des psychiatres traitants (mai 2019, juin 2020) et surviendraient de façon isolée, en dehors de toutes idées délirantes ou d'autres symptômes de la lignée psychotiques. De plus, ces hallucinations sont assez éloignées de la description qu'en fait la CIM au diagnostic F32.3. Concernant l'amnésie dissociative pendant l'hospitalisation d'1 semaine en Médecine Interne, la CIM mentionne que le diagnostic Amnésie dissociative F.44 nécessite l'absence de trouble mental organique, d'une intoxication ou d'une fatigue extrême (critères b). Ce critère diagnostique n'est pas renseigné. [...] »

d) En l'occurrence, il y a lieu de se rallier aux observations du SMR, en ce que le diagnostic retenu par la Fondation J. _____ apparaît insuffisamment étayé pour justifier de s'écarter de l'appréciation du Dr M. _____. En particulier, on s'étonne, à l'instar du SMR, que ce diagnostic n'ait pas évolué depuis la prise en charge thérapeutique et que la recourante n'ait pas fait l'objet de mesures plus importantes (hospitalisation, vérification de la compliance au traitement ou adaptation du traitement). On peut également remarquer que le tableau clinique décrit par les psychiatres traitants ne s'est pas sensiblement modifié depuis que ce diagnostic a été posé, alors que seule une dysthymie était précédemment retenue. Quant aux hallucinations relatées par les psychiatres traitants, elles apparaissent constituer des épisodes isolés qui n'ont pas justifié d'investigations ou de prise en charge intensive. Au surplus, le rapport d'évaluation neuropsychologique ne permet pas de

retenir des « résultats valides », de sorte qu'on ne saurait conclure à une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement aux investigations conduites par le Dr M._____. On relèvera que ce dernier, en sus d'avoir communiqué des conclusions claires et exemptes de contradictions, a fait état des ressources dont dispose la recourante, conformément aux exigences jurisprudentielles rappelées sous consid. 5d supra. L'expert de la Policlinique G._____ s'est également exprimé sur le critère de la cohérence, sans manquer de souligner les problèmes de compliance de la recourante aux traitements et la marge d'amélioration significative que pourrait amener le respect des prescriptions thérapeutiques. Il a, au surplus, souligné divers facteurs d'exclusion, tels qu'une majoration des symptômes et un contexte social particulièrement astreignant, pour exclure un trouble psychique d'une gravité significative. On ajoutera que les documents médicaux produits au stade de la présente procédure ne fournissent aucun élément nouveau ou objectif, ignoré de l'intimé à la date de la décision querellée. Il convient dès lors, à l'instar de l'intimé, de retenir les conclusions du consilium des experts de la Policlinique G._____ pour se prononcer sur le cas particulier. Ces conclusions sont notamment libellées comme suit :

« [...] En conclusion, sur le plan somatique, nous rejoignons l'avis du SMR qui évaluait la capacité de travail à 0 % dans l'activité habituelle de lingère mais de 100 % dans une activité adaptée, légère, ne nécessitant pas l'utilisation de la force et répétitive du membre supérieur droit, ni des travaux avec le bras droit au-dessus de l'horizontale.

Sur le plan psychiatrique, [...] nous retenons le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. En effet, l'évaluation actuelle s'écarte du diagnostic de dysthymie qui devrait constituer des fluctuations plus légères de l'humeur avec moins de répercussion sur le fonctionnement quotidien. Par ailleurs, les critères pour une dépression sévère ne sont pas remplis. Nous n'avons pas d'élément pour retenir un trouble dépressif récurrent, entre 2009 et 2016, l'expertisée n'évoque pas formellement d'épisode dépressif entrecoupé de rémission.

Concernant la personnalité de l'assurée, contrairement au psychiatre traitant, nous n'avons pas d'élément pour retenir formellement un trouble de la personnalité. Les traits dépendants retenus par les psychiatres de la Fondation J._____ ne sont pas clairement objectivables.

Les ressources intellectuelles sont clairement dans la norme au vu du parcours scolaire et professionnel de l'expertisée dans son pays. Il n'existe par ailleurs aucune pathologie psychotique.

Concernant les douleurs et le comportement démonstratif et algique de l'expertisée lors des différents entretiens et examens somatiques, ceux-ci ne sont pas entièrement expliqués par des atteintes organiques. Cependant, nous n'avons aucun élément pour retenir un diagnostic psychiatrique, l'expertisée n'ayant nullement fait mention de symptômes douloureux auprès de l'expert psychiatre. Ces observations sont concordantes avec les rapports des psychiatres traitants qui n'évoquent jamais l'existence de plaintes douloureuses et ne retiennent en aucun cas de diagnostic de la lignée somatoforme.

Dans ce contexte, il apparaît que [l'assurée] peut se présenter de façon différente selon les interlocuteurs, que ceux-ci soient somaticiens ou psychiatres. Lors de notre colloque de synthèse, nous retenons qu'il existe possiblement une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques. De même, on ne peut exclure une composante de majoration des plaintes psychiques dans un contexte de difficultés sociales favorisées par le statut de femme divorcée devant s'occuper de nombreux enfants. Nous ne pouvons exclure qu'il existe une recherche de bénéfice secondaire et ces facteurs s'écartent de l'atteinte médicale considérée au sens strict et mérite de pondérer les plaintes alléguées par l'expertisée. Ainsi concernant l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, les nombreuses limitations dans les activités quotidiennes ne peuvent être entièrement expliquées par les troubles somatiques ni par la présence d'une dépression fortement incapacitante.

Sur le plan thérapeutique, la mauvaise compliance médicamenteuse constatée à la fois pour les traitements somatiques et antidépresseurs entre dans le contexte de ce profil psychologique.

Les symptômes dépressifs décrits pourraient être améliorés avec une adaptation et une prise correcte du traitement antidépresseur mais aussi possiblement avec une prise correcte de la substitution thyroïdienne, l'hypothyroïdie participant probablement aussi à la fatigue, aux troubles du sommeil, de la concentration et au ralentissement.

Actuellement, concernant l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, il apparaît qu'en raison de la fatigabilité et des troubles modérés de la concentration, la capacité de planification et de structuration des tâches est moyennement diminuée. Sa flexibilité et ses capacités d'adaptation sont légèrement diminuées. [L'assurée] dispose en revanche de ressources cognitives satisfaisantes. Sa capacité de jugement et de prise de décisions n'est que légèrement abaissée en raison des symptômes dépressifs. L'endurance est légèrement à moyennement abaissée en raison des troubles du sommeil et de la fatigabilité. Les capacités d'affirmation sont légèrement abaissées en raison de légères idées d'insuffisance. Cependant, le sens du contact envers les tiers et les relations proches sont harmonieux, sans conflit, ce qui constitue une ressource.

En conclusion sur le plan psychiatrique, nous retenons un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique qui entraîne une baisse de rendement de 30 % dans toutes activités en tenant compte des facteurs de pondération. Le présent bilan ne nous permet pas de retenir de pathologie psychiatrique sévère telle qu'avancée par les psychiatres traitants actuellement en charge de l'expertisée.

Au terme de la présente expertise, il apparaît que pour des raisons somatiques, la capacité de travail de [l'assurée] est nulle dans l'ancienne activité de lingère telle qu'exercée en 2009. Dans une

activité légère ne nécessitant pas l'utilisation de force répétitive du membre supérieur droit et des travaux avec le bras droit au-dessus de l'horizontale, la capacité de travail est de 70 % ou de 100 % avec une diminution du rendement de 30 % en raison des limitations fonctionnelles liées à l'épisode dépressif moyen et ceci depuis la fin octobre 2016, date où [l'assurée] a débuté son suivi psychiatrique actuel.

Cependant, il existe une marge d'amélioration de la capacité de travail, la prise du traitement antidépresseur et de Levothyrox n'étant pas optimale. [...] »

9. a) Il convient, à ce stade, de se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante, en retenant une capacité de travail préservée à 100 % dès 2010 dans une activité adaptée, diminuée de 30 % en terme de rendement dès octobre 2016.

b) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

c) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Des circonstances particulières peuvent être admises, par exemple, lorsqu'il n'est pas possible de déterminer le revenu sans invalidité faute d'informations fiables sur le dernier travail exercé, ou lorsque l'assuré a subi une période de chômage avant la survenance de l'invalidité ou encore lorsqu'il percevait une rémunération inférieure aux normes de salaires usuelles (TF 8C_290/2013 précité, consid. 6.2 et références

citées). Dans un tel cas, il demeure possible de recourir, à titre subsidiaire, aux données statistiques ressortant de l'ESS, édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité, les facteurs personnels et les qualifications professionnelles particulières devant toutefois être pris en compte (ATF 142 V 278 consid. 2.5.7 et références citées ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n°45 ad art. 28 a LAI, p. 420).

d) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

10. a) Dans le cas particulier, la recourante ne conteste pas - en soi - les montants retenus par l'intimé au titre de revenus avec et sans invalidité. Elle estime toutefois que la prise en compte d'une baisse de rendement de 30 % et les pourcentages (15 % dès 2010, puis 10 % dès octobre 2016) déduits du revenu d'invalidité aurait été fixés de manière arbitraire.

b) On peut d'emblée observer que le recours à l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité est particulièrement favorable à la recourante, laquelle n'a exercé son activité habituelle de lingère que

durant quelques mois en 2008. Le revenu sans invalidité de 52'728 fr. en 2010 et de 54'518 fr. en 2016 est ainsi sensiblement supérieur au revenu concret, réalisé dans l'activité de lingère, ce même après annualisation et indexation (cf. selon l'extrait du compte individuel AVS de la recourante : 7'630 fr. dégagés entre août et octobre 2008). Il y a donc lieu de confirmer les revenus sans invalidité pris en compte par l'intimé.

c) S'agissant du revenu d'invalidé, la baisse de rendement de 30 % ressort expressément du consilium des experts de la Policlinique G._____, en lien avec l'appréciation de la capacité de travail de la recourante et ses limitations fonctionnelles. L'intimé était donc légitimé à prendre en compte ce taux dans l'évaluation de l'invalidité de la recourante, sans que l'on puisse lui reprocher d'avoir chiffré arbitrairement la diminution de rendement. On ajoutera que les réductions de 15 % et de 10 %, destinées à tenir compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles (physiques et psychiques) de la recourante et de l'entrave à l'embauche en découlant, apparaissent en adéquate mesure avec sa situation personnelle. La recourante est en effet encore jeune et capable d'adaptation, ainsi que dotée de bonnes connaissances de la langue française, de sorte que seules les limitations fonctionnelles déterminées médicalement apparaissent le seul critère susceptible de restreindre son attractivité sur le marché ordinaire du travail

d) En définitive, les degrés d'invalidité de 15 % en 2010 et de 37 % dès octobre 2016, déterminés par l'intimé dans la décision entreprise, peuvent être confirmés. Ces degrés d'invalidité n'ouvrent pas le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

e) On ajoutera que des mesures professionnelles n'apparaissent en l'état pas indiquées, alors que la recourante estime ne pas être capable d'exercer une quelconque activité. On relèvera toutefois que l'intimé a accordé à la recourante le bénéfice d'une aide au placement, qu'il lui est loisible de solliciter à nouveau (cf. communication de l'intimé du 6 février 2017).

11. **a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe.

c) N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 28 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 mis à la charge de la recourante.

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

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Nabil Charaf, à Montreux (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :