

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 mars 2023

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat,  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1973, célibataire sans enfants, est violoncelliste et enseignante de musique de profession.

Le 20 juin 2010, elle a été victime d'une chute en montagne, laquelle a occasionné une fracture diaphysaire spiroïde de la jonction du tiers moyen distal du tibia droit, avec fracture de la malléole postérieure et fracture de la malléole externe du péroné distal droit. Prise en charge au sein du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ elle a été opérée le 28 juin 2010. L'évolution a été défavorable. Un syndrome de Sudeck et une dérotation externe du tibia droit ont été observés (cf. rapports du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ des 8 juillet et 22 décembre 2010).

Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a retiré le matériel d'ostéosynthèse le 20 janvier 2011. Il a procédé à la correction d'un cal vicieux par ostéotomie diaphysaire avec dérotation interne et nouvelle ostéosynthèse le 20 mai 2011 (cf. rapports de ce spécialiste des 25 janvier et 20 mai 2011).

Le 4 octobre 2011, l'assurée a subi l'ablation d'un kyste ténosynovial à l'annulaire gauche, consécutif à l'usage de cannes anglaises durant plus d'une année.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ a retiré le matériel d'ostéosynthèse le 15 mai 2012.

**B.** Dans l'intervalle, le 13 juillet 2011, B.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Après avoir recueilli les rapports du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_, du Dr G.\_\_\_\_\_, ainsi que l'avis du

Service médical régional (SMR), l'OAI a rendu un projet de décision le 9 janvier 2013. Il a indiqué à l'assurée qu'il envisageait de lui allouer une rente entière d'invalidité pour la période limitée du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2012.

A la suite des objections de l'assurée à l'encontre dudit projet, formulées par l'entremise de Me Jean-Michel Duc, l'OAI a mis en œuvre un examen clinique au sein du SMR, réalisé le 12 mai 2014 par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Aux termes de son rapport du 19 mai suivant, ce dernier a retenu les diagnostics de séquelles douloureuses d'une algodystrophie du membre inférieur droit et de lésions axonales du nerf péronier à droite. Il a considéré que l'incapacité de travail avait été totale du 20 juin 2010 au mois de janvier 2012, de 70 % jusqu'au 13 mai 2012 et à nouveau totale jusqu'au 14 juin 2012. Dès cette date, la capacité de travail était, à son avis, de 50 %, dans toutes activités. L'assurée pouvait exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire, principalement en position assise, sans marche en terrain irrégulier, sans montée ou descente à répétition de pentes ou d'escaliers, ainsi que sans port de charges.

Fondé sur ces conclusions, l'OAI a entériné son projet de décision du 9 janvier 2013 dans une décision du 10 novembre 2014, octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période limitée du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2012.

Statuant sur le recours introduit par l'assurée contre la décision précitée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu son arrêt le 14 février 2017 (cause n° AI 296/14 - 64/2017) et prononcé le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, sur les plans médical et économique, avant nouvelle décision.

**C.** Dans la cadre de la reprise d'instruction du dossier, l'OAI a décidé de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (comprenant des volets de neurologie, de chirurgie orthopédique et de médecine

interne générale). B.\_\_\_\_\_ a suggéré que soient compris des examens des registres angiologique et psychiatrique, compte tenu d'atteintes veineuses mises en évidence au sein du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ (phlébo-lymphœdème du membre inférieur et insuffisance veineuse) et d'une dépendance aux opiacés consécutive aux traitements antalgiques.

Le mandat d'expertise a été confié au Centre d'expertises médicales Centre L.\_\_\_\_\_ le 15 février 2018, lequel s'est adjoint les services du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en angiologie. Ce dernier a communiqué son rapport le 24 mai 2018, retenant le diagnostic de lymphœdème épifascial secondaire de stade II avec absence d'une pathologie relevante dans le système veineux superficiel et profond, ainsi qu'avec composante arthrogène et composante neurogène sur algodystrophie connue. Il a souligné qu'une diminution du lymphœdème devait être possible « à l'aide de drainages lymphatiques systématiques dans un cadre hospitalier par des bandages compressifs dans le sens d'une diminution de l'enflure physique complexe ». La réussite de ce traitement n'était pas remise en question par une pathologie artérielle ou veineuse. La capacité de travail était complète du point de vue angiologique, dans une activité assise avec des pauses après chaque heure. L'enseignement de la musique, tel que pratiqué par l'assurée, n'était pas contre-indiqué (cf. rapport d'expertise du 24 mai 2018, p. 6 et 7).

Le Centre L.\_\_\_\_\_ a adressé son rapport d'expertise pluridisciplinaire le 26 juillet 2018, à l'issue d'examens cliniques conduits par les Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Ces experts ont posé les diagnostics incapacitants suivants :

- Status après fracture de la jambe droite le 20 juin 2010.

- Status après ostéosynthèse du péroné distal, du tibia distal (triangle de Volkman) et du tibia droit par enclouage centromédullaire le 28 juin 2010.
- Status après cal vicieux en rotation externe du tibia droit.
- Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse le 12 janvier 2011.
- Status après ostéotomie diaphysaire distale du tibia avec dérotation interne, allogreffe et ostéosynthèse par plaque et vis le 20 mai 2011.
- Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse à la jambe droite le 15 mai 2012.
- Status après cure chirurgicale de doigt à ressaut à l'annulaire gauche le 4 octobre 2011.
- Status après CRPS (réf. : complex regional pain syndrom) de type 2 avec séquelle douloureuse et raideur définitive, depuis septembre 2010, avec probable discrète atteinte distale des nerfs péronier et tibial.
- Tendinopathie bilatérale de la coiffe des rotateurs des deux épaules, opérée à droite en 1989.

Les experts mentionnaient, au titre des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité, sans précision, un status après plastie du ligament croisé antérieur du genou droit en 1996 ou 1998 et un status après arthroscopie de l'épaule droite en 1989.

Ils ont évoqué les limitations fonctionnelles ci-après :

- Pas de station debout ou assise prolongée.
- Pas de marche prolongée.
- Pas de marche en terrain irrégulier ou en dévers.
- Nécessité d'alternance de la position debout et assise.
- Pas de montée et surtout descente des escaliers.
- Nécessité de pouvoir surélever la jambe au moins quinze minutes après une position assise pendant une heure

(temps observé comme nécessaire à la diminution de l'aspect cyanique du pied droit lors de l'évaluation).

- Nécessité du port d'un chaussage adapté et d'une contention de la cheville, de la jambe et du pied droits.
- Pas d'efforts répétitifs des deux épaules et pas de travaux au-dessus du plan des épaules des deux côtés.
- Pas de port de charges de plus de 5 kg le long du corps, 0 kg bras tendus en avant.

Selon les experts, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle de violoncelliste et de 30 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 14 juin 2012, respectivement de 50 % depuis l'été 2013. Au-delà de cette date, les séquelles étaient définitives. En réponse aux questions spécifiques de l'assurée, les experts ont indiqué que la prise d'opiacés à visée antalgique n'avait, en l'état, aucun impact significatif sur sa personnalité.

Par avis du 22 août 2018, le SMR s'est rallié aux conclusions ressortant du rapport d'expertise du Centre L.\_\_\_\_\_.

Après avoir déterminé un préjudice économique nul dans l'exercice d'une activité adaptée à 50 %, l'OAI a établi un projet de décision le 15 mai 2019, envisageant d'allouer à l'assurée une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 septembre 2013 limitativement.

L'assurée, représentée par Me Duc, a contesté ce projet de décision par écriture du 6 juin 2019, se prévalant d'une aggravation de son état de santé. Dite aggravation était, à son avis, corroborée par deux rapports médicaux établis par le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin assistant au sein du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_, où elle avait été hospitalisée du 27 novembre 2018 au 8 janvier 2019. Le premier rapport du 28 décembre 2018 relatait un syndrome de Sudeck hyperalgique avec une ouverture de la plaie consécutive à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la cheville droite antérieure et

une plaie profonde, jusqu'à l'os, du tiers supérieur du tibia droit, à la suite de la chute accidentelle de soude caustique en septembre 2018. Une couverture par greffe de peau avait été effectuée. Le second rapport du 17 janvier 2019 faisait état d'ulcères pré-tibiaux proximaux droits et d'une ostéite chronique du tibia droit à staphylocoque doré et escherichia coli sur ces ulcères. Un trouble de l'adaptation, avec prédominance de la perturbation d'autres émotions et présence d'idéations suicidaires en cours d'hospitalisation, était évoqué du point de vue psychiatrique. A son retour à domicile, l'assurée présentait des greffes calmes « avec une prise à 80 % ». Un suivi ambulatoire était prévu avec pansements quotidiens. Une incapacité de travail d'un mois était prononcée, soit jusqu'au 8 février 2019.

**D.** En parallèle, B. \_\_\_\_\_ a sollicité une allocation pour impotent auprès de l'OAI le 6 juin 2019, alléguant ne pas être en mesure de vivre de manière autonome et requérir un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Aux termes du formulaire complété le 21 juin 2019, elle a indiqué avoir besoin d'aide pour les actes « se lever/s'asseoir/se coucher », « faire sa toilette », « se déplacer et entretenir des contacts sociaux » depuis 2011, ainsi que nécessiter des prestations médicales pour le traitement de ses plaies depuis 2015. Elle devait parfois rester alitée pendant plusieurs heures. Par ailleurs, elle mentionnait un besoin d'accompagnement pour vivre de manière indépendante (ménage, transports, vie sociale et affaires administratives), pour établir des contacts sociaux et pour éviter un isolement durable.

Sur questions de l'OAI, le Dr V. \_\_\_\_\_ a relaté, le 12 juillet 2019, une nette amélioration de l'état de santé de l'assurée. Sa capacité de travail était, de son point de vue, entière dans une activité sans position debout.

L'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assurée pour évaluer le degré d'impotence en date du 9 octobre 2019. Le rapport

correspondant du 10 octobre 2019 a pris en compte un besoin d'aide uniquement pour l'acte « se déplacer et entretenir des contacts sociaux », ainsi que la nécessité de soins permanents, depuis 2011. L'enquêtrice de l'intimé relevait que l'assurée bénéficiait de l'aide du centre médico-social (CMS) deux fois par semaine pour les soins des plaies de sa jambe, sans aide apportée pour les actes ordinaires de la vie, ni pour les tâches ménagères. L'assurée vivait en colocation avec le propriétaire de la ferme où elle avait son domicile.

Par correspondance du 9 octobre 2019, l'assurée a rappelé les éléments mis en évidence à la suite de son hospitalisation au sein du Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_ à l'automne 2018. Elle a requis la mise en œuvre d'un complément d'expertise destiné à déterminer si son état de santé s'était aggravé et, cas échéant, dans quelle mesure.

L'OAI a rendu un projet de décision le 7 novembre 2019, indiquant à l'assurée qu'il entendait nier son droit à une allocation pour impotent, faute de besoin d'aide pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et en l'absence d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois.

Dans une écriture du 11 février 2020, l'assurée a contesté, sur le fond, le projet de décision précité et réitéré sa requête de complément d'expertise. Elle s'est prévalué d'un rapport du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, du 22 janvier 2020 pour conclure principalement à l'octroi d'une allocation pour impotent, subsidiairement à la mise en œuvre d'un complément d'instruction. Selon le praticien précité, son état de santé s'était aggravé depuis 2013, sans évolution favorable. Il soulignait que sa patiente n'était pas en mesure de travailler pour les raisons suivantes : perte de la mobilité spontanée liée à l'état du membre inférieur droit ; état lymphatique induisant des variations de volume de ce membre contre-indiquant la station debout ; état infectieux chronique avec lésions cutanées en plusieurs sites de ce membre nécessitant des soins et incompatible avec une exposition à l'extérieur, avec une conduite

à visée professionnelle, avec le port de charges, avec l'appui en station debout même de courte durée ou avec une position statique ; algies récurrentes, insomniantes conduisant à la nécessité de traitements généralement incompatibles avec une vigilance normale. Seules des activités occupationnelles demeuraient envisageables.

Le 24 février 2020, l'assurée a fait parvenir le tirage d'un courrier du CMS [...], lequel confirmait son besoin d'aide pour se lever, se laver les cheveux, vivre de manière indépendante, tenir son ménage et maintenir des liens sociaux.

Par décision du 27 avril 2020, l'OAI a repris les termes de son projet de décision du 7 novembre 2019 et nié le droit de l'assurée à une allocation pour impotent.

Dans un avis du 8 mai 2020, le SMR a estimé qu'une aggravation temporaire de l'état de santé de l'assurée et une incapacité totale de travail pouvaient être admises entre le 27 novembre 2018 et le 11 juillet 2019. Une capacité de travail de 50 % pouvait à nouveau être reconnue depuis lors sur la base des conclusions des experts du Centre L.\_\_\_\_\_. Un complément d'expertise n'apparaissait pas nécessaire.

**E.** B.\_\_\_\_\_, assistée de Me Duc, a interjeté recours contre la décision de refus d'une allocation pour impotent du 27 avril 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 28 mai 2020. Elle rappelait notamment souffrir d'ulcères pré-tibiaux proximaux et d'une ostéite chronique en sus d'une maladie de Sudeck, ainsi que désormais d'une importante atteinte veineuse. Elle s'est prévaluée des rapports du Dr E.\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2020 et du CMS [...] du 18 février 2020 précédemment produits, ainsi que d'un rapport du Service d'angiologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ où elle avait effectué un bilan en date du 9 mars 2020. Le rapport correspondant, non daté et encore provisoire, faisait état d'un phlébo-lymphoedème du membre inférieur droit avec lymphoedème secondaire (post-fracture de la jambe) et insuffisance veineuse sur incontinence de la grande veine saphène droite,

sans artériopathie périphérique des membres inférieurs. Une prise en charge intensive du lymphœdème était envisagée avec neuf séances (en mode ambulatoire à la demande de l'assurée, laquelle souhaitait pouvoir s'occuper de ses animaux) et pose de bandages multi-composants.

La cause a été enregistrée sous n° AI 166/20 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans la cadre de cette procédure, l'assurée a produit de nouvelles pièces médicales, le 18 septembre 2020, à savoir :

- un rapport complémentaire du Dr E. \_\_\_\_\_ du 19 mai 2020, lequel réitérait notamment les limitations fonctionnelles de sa patiente ;
- un rapport du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du 24 août 2020, lequel confirmait une dépendance de l'assurée à l'aide d'autrui pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie ;
- un rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ médecin généraliste, spécialiste en médecine manuelle, du 30 août 2020, qui soulignait les limitations fonctionnelles de l'assurée au quotidien en raison de ses douleurs ; elle devait éviter les déplacements et les positions statiques prolongées ; elle devait recourir à la prise de Lyrica et d'un traitement opiacé.

Par projet de décision du 9 décembre 2020, annulant et remplaçant celui du 15 mai 2019, l'OAI a derechef informé l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 septembre 2013. Une capacité de travail de 50 % était retenue dès juillet 2013 selon les conclusions du Centre L. \_\_\_\_\_. Le degré d'invalidité, déterminé au moyen des statistiques salariales, était nul depuis lors. L'OAI a ajouté reconnaître une incapacité totale de travail du 27 novembre 2018 au 11 juillet 2019. Le droit à la rente n'était toutefois pas ouvert dans cet intervalle, un nouveau délai de carence d'une année n'étant pas échu.

Le 12 janvier 2021, l'assurée, agissant par son conseil, a contesté la teneur du projet précité. Elle a fait valoir une violation de son droit d'être entendue, dans la mesure où le rapport d'expertise du Centre L.\_\_\_\_\_ faisait état de l'analyse et du résumé de son dossier par un médecin ne participant pas aux examens, dont le nom ne lui avait pas été communiqué. Elle a ensuite mis en doute la valeur probante de ce rapport sur le fond, ainsi que des appréciations du SMR, tout en se prévalant des rapports médicaux produits par ses soins. Elle a enfin mis en évidence ses nombreuses limitations fonctionnelles pour considérer que l'exercice d'une activité lucrative lui paraissait irréaliste et, partant, non exigible. Elle a conclu, principalement, à la poursuite du versement d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 septembre 2013 et, subsidiairement, à une instruction complémentaire de son cas sur le plan médical. L'assurée a annexé le rapport non daté, ainsi que des rapports des 26 mai et 2 juillet 2020, du Service d'angiologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_. Était souligné l'impact des atteintes à la santé de l'assurée dans une activité occupationnelle, dans la tenue de son ménage et l'organisation de son quotidien. Une mobilité réduite, la nécessité d'éviter les traumatismes, les positions statiques prolongées, les risques infectieux, ainsi que l'obligation de poursuivre des soins médicaux réguliers (drainages lymphatiques d'entretien après réduction de l'œdème), vraisemblablement au long cours, étaient mis en évidence.

Le 27 janvier 2021, l'assurée a fait parvenir de nouvelles pièces médicales, soit des rapports des Drs E.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 11 janvier 2021, accompagné de photographies de la jambe droite de sa patiente (prises entre 2014 et 2021), le Dr E.\_\_\_\_\_ s'est exprimé comme suit :

« [...] L'état du membre inférieur de Mme B.\_\_\_\_\_ est une donnée objective que les multiples photos prises et qu'un examen simple peut constater sans expertise particulière : lymphœdème important persistant ; des lésions ulcérées chroniques n'ayant aucune tendance à guérir ; des douleurs importantes qu'il est facile d'objectiver puisque au cours des différents examens et gestes pratiqués (soins de plaies, bandages, pansements, débridement, etc.), il n'a jamais été possible de prendre en défaut la patiente. Le moindre effleurement, accidentel ou non, provoque une vive

réaction, même si l'attention de la patiente est déviée ou si elle est distraite. Cette constatation est constante depuis l'installation de l'allodynie. Sont concordants avec cette constatation centrale l'impossibilité de procéder seule à sa toilette, à son ménage, à ses déplacements et au maintien d'interactions dans une vie sociale.

Il en résulte que l'ustensilité de ce membre inférieur droit est inexistante du point de vue d'un métier et extrêmement limitée pour les activités de la vie quotidienne puisqu'elle ne peut s'appuyer dessus ou laisser un appareil ou un instrument s'y appuyer ou le toucher. L'évolution de l'état lymphatique est telle que des drainages manuels, comme il serait indiqué et comme le préconise la consultation d'angiologie, ne peuvent être réalisés en raison de l'état cutané chronique n'ayant aucune tendance à la guérison ce qui est facilement objectivable à la simple inspection (voir les différents stades documentés). [...] »

Le 26 janvier 2021, le Dr X.\_\_\_\_\_ a, pour sa part, communiqué son appréciation du cas en ces termes :

« [...]Les appréciations des médecins qui vont dans le sens de la reconnaissance d'une incapacité de travail dans une activité adaptée sont monolithiquement qualifiées de psychosociales. Cette vision, si elle permet techniquement de ne pas prendre en compte dans l'appréciation de la situation complexe de Mme B.\_\_\_\_\_, est réductrice et erronée. Le dernier rapport du Dr E.\_\_\_\_\_ de fin décembre 2020 apporte des éléments tout à fait concrets, s'il en fallait encore, pour réaliser la gravité des lésions qu'elle présente et les limitations fonctionnelles qui en découlent. Pour la partie qui me concerne directement, j'avais écrit : « Une activité adaptée devrait éviter de solliciter le membre inférieur droit. Même dans cette situation, les positions statiques sont difficilement supportables et je pense qu'elle ne pourrait probablement pas atteindre un rendement qui lui permette de générer un gain suffisant pour en vivre normalement. » J'aurais pu m'exprimer en termes de capacité de travail, mais mon emploi du terme de gain insuffisant faisait référence à mon appréciation qu'il lui était certainement impossible de concrétiser une activité professionnelle réaliste et concrète. Cette appréciation se basait sur des éléments anatomiques et fonctionnels et je ne vois pas très bien quel en était le caractère « psychosocial », à moins d'une distorsion sémantique significative. Mon appréciation correspondait donc à une incapacité de travail majeure, de l'ordre de 80 % dans une activité adaptée. [...] »

Le SMR a maintenu sa position par avis du 3 février 2021.

L'assurée a produit un rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 31 janvier 2021, lequel a confirmé que sa patiente ne pouvait plus travailler en raison du CRPS devenu chronique, ainsi qu'un rapport du 5 mars 2021, rédigé par le Prof. O.\_\_\_\_\_, médecin chef de service au sein du DAL du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_. Ce dernier estimait que l'assurée était

« incapable d'avoir une activité professionnelle » et ne pouvait « assumer ses tâches ménagères, réalisées par sa mère âgée et par la personne qui la [logeait] ». Sa situation sociale était qualifiée de « catastrophique » de sorte qu'un réseau d'infirmières à domicile, en sus d'une physiothérapeute, avait été mis en place « au cours des dernières semaines ». L'assurée semblait manipuler ses pansements, aggravant son état. Une hospitalisation devait être envisagée pour traiter sa plaie et mettre en œuvre un suivi psychiatrique.

L'OAI a établi sa décision le 7 avril 2021, reprenant les termes de son projet de décision du 9 décembre 2020 et octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 septembre 2013.

**F.** B.\_\_\_\_\_, sous la plume de Me Duc, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 11 mai 2021. Elle a conclu, principalement, à l'allocation d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 septembre 2013, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire et, encore plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle expertise pluridisciplinaire. Préalablement, elle a fait valoir une violation de son droit d'être entendue, en ce sens que le nom du médecin chargé de l'analyse et du résumé de son dossier pour le compte du Centre L.\_\_\_\_\_ ne lui avait pas été communiqué. Sur le fond, elle a contesté la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire corrélative et des appréciations du SMR, faisant valoir notamment les avis divergents de ses médecins traitants. Elle a, par ailleurs, mis en doute l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée sur le marché ordinaire du travail, en raison de ses multiples limitations fonctionnelles, et contesté le degré d'invalidité mis en évidence par l'OAI. Elle relevait en outre que l'OAI avait violé son devoir d'instruction de la cause, en ne procédant pas à des examens complémentaires malgré les nombreux rapports médicaux produits par ses soins. Etaient annexés à son écriture les rapports du Dr E.\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2021 et du Prof. O.\_\_\_\_\_ du 5 mars 2021, ainsi que des rapports d'une physiothérapeute du 21 avril 2021 et de deux

infirmières indépendantes du 29 avril 2021. La physiothérapeute relatait que l'état de la jambe de l'assurée ne lui permettait pas de « faire plus que quelques pas dans et autour de sa maison en boitant » et que « la station debout immobile ou piétinant était néfaste pour l'œdème de la jambe ». L'état cognitif et psychique démontrait « une personne parfois lucide et parfois incohérente dans ses propos, avec un discours saccadé et qui [prenait] peu soin d'elle ». Elle estimait que la médication antalgique modifiait « sa vigilance et son état de conscience ». Les infirmières relevaient, de leur côté, que l'assurée vivait dans une situation précaire et qu'en dépit de la négation de toute consommation d'alcool, elles avaient retrouvé l'assurée « très souvent alcoolisée ». L'assurée a enfin requis l'assistance judiciaire au vu de la précarité de sa situation financière.

La magistrate instructrice a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 17 mai 2021, en l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi qu'en désignant Me Duc en qualité d'avocat d'office à compter du 11 mai 2021.

L'OAI a répondu au recours le 15 juin 2021. Il a relevé que le mandataire de l'assurée aurait pu requérir le nom du médecin intervenant au sein du Centre L.\_\_\_\_\_ en cours d'instruction et proposé, si besoin, que la Cour de céans interroge le Centre L.\_\_\_\_\_ à ce propos. Au surplus, il a réfuté les arguments de fond avancés par l'assurée, se référant notamment à un nouvel avis du SMR du 1<sup>er</sup> juin 2021 et à l'évaluation du degré d'invalidité opérée par son Service de réinsertion professionnelle. Il a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 30 juin 2021, l'assurée a maintenu ses conclusions. Elle a produit de nouveaux rapports à l'appui de ses griefs, à savoir un rapport d'une infirmière en santé mentale du 18 mai 2021 et du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 31 mai 2021. L'infirmière exposait avoir été sollicitée pour mettre en place un suivi infirmier psychiatrique et relevait les difficultés de l'assurée dans la gestion de son ménage et des tâches administratives, en sus d'un risque d'isolement durable. Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il a communiqué une

évaluation de l'état de santé psychique de l'assurée à l'issue de deux consultations, réalisées les 3 février et 18 mai 2021. Il a retenu les diagnostics d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, de personnalité de type émotionnellement labile, de type borderline, à traits dépendants et narcissiques, de difficultés liées à l'environnement social, de difficultés liées à une enfance malheureuse et d'autres difficultés liées à l'éducation. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a relaté le déroulement des entretiens en ces termes :

« [...] Il s'agit d'une patiente de 48 ans, faisant plus que son âge, négligée tant sur le plan physique que vestimentaire. Elle porte un bandage important à la cheville droite et se déplace avec une forte boiterie. Elle est quelque peu logorrhéique avec une certaine ironie, déplacée dans le contexte d'un pareil handicap, ce qui est à interpréter comme un mécanisme de défense contre un effondrement narcissique. Elle essaie de faire de l'humour en s'exprimant spontanément dès son arrivée à mon cabinet, sans même me laisser le temps de poser des questions. Elle devient cependant collaborante et répond finalement volontiers à mes questions que je me dois de poser dans l'établissement d'un rapport médical. Manière de faire qui n'est pas habituelle dans une prise en charge d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique.

Au fil des entretiens, elle finit par montrer sa profonde tristesse avec une voix qui devient chevrotante, elle pleure l'expression de sa souffrance par des larmes qui sont présentes jusqu'à la fin des entretiens.

Mme B. \_\_\_\_\_ s'exprime surtout sur son handicap physique, associé à des douleurs importantes, réagissant très mal aux antalgiques conséquents, de type opioïde.

Le contenu de ses dires tourne autour de ses incapacités de déplacements, ne pouvant bien sûr pas prendre de transports publics en raison de ses fortes douleurs et de la diminution de la fonctionnalité ostéoarticulaire de sa cheville droite.

Lors du deuxième entretien, elle m'a parlé d'une enfance chaotique faite de rejet, de non-reconnaissance et de maltraitance importante venant de la part de sa mère, tant sur le plan physique que psychique, ayant été battue pendant toute son enfance. Elle n'a entendu que reproches et négations de tout ce qu'elle entreprenait.

J'observe à ce jour encore une importante agressivité faite de colère à l'encontre de sa mère, bien que ce soit cette dernière qui l'accompagne lors des 2 entretiens. Amour et haine se justifient au vu du récit de son enfance qui pourrait, pour une petite partie, être l'une des origines d'une guérison physique impossible, la maltraitance entretenant la maltraitance.

Elle s'exprime avec authenticité. Violoncelliste, elle me fait part de sa grande tristesse à l'idée de ne plus pouvoir participer à des concerts et se couper ainsi du lien socio-professionnel.

Son travail en tant que musicienne professionnelle correspond aussi pour une partie, à une passion, à considérer comme une sublimation [...].

Je précise que j'ai dû écourter à moins d'une heure le deuxième entretien en raison de ses fortes douleurs et en raison d'un

phénomène que j'ai vu de mes propres yeux. Effectivement en moins de 40 minutes sa cheville droite a triplé de volume. Phénomène impressionnant qui est apparu alors que la patiente était en position assise. Cet œdème est bien entendu extrêmement douloureux et devient vite insupportable, ce qui justifie l'arrêt précoce de l'entretien. [...] »

Le Dr D. \_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité totale de travail, précisant qu'aucune « activité de bénévolat ou occupationnelle » ne pouvait « être bénéfique à une évolution favorable de l'état de santé », qualifiant une telle suggestion de « totalement illusoire » et « [relevant de l']incompétence ». Toutes activités du ménage, des soins à sa personne, de gestion de son appartement et des tâches administratives impliquaient, selon lui, l'aide d'une tierce personne. Au titre de limitations fonctionnelles, il a mentionné ce qui suit :

« La symptomatologie extrêmement douloureuse tant sur le plan physique que psychique, implique une cascade de handicaps composés de troubles de la concentration, de troubles mnésiques, et bien entendu d'un état dépressif sévère. Ce tableau pathologique ne fait aucun doute pour autant que la patiente soit vue !  
Sur le plan physique, la marche est rendue quasiment impossible, limitée à des trajets de 20 à 30 mètres. Il n'y a aucune position confortable si ce n'est la position en décubitus dorsal. Cette position couchée ne peut correspondre à aucune activité professionnelle ou toutes autres activités occupationnelles.  
La vitesse à laquelle s'installe un œdème du pied droit en moins de 40 minutes, exclut toute activité. Elle ne peut ainsi même pas donner quelques cours privés à son domicile. »

De l'avis de ce spécialiste, le pronostic était extrêmement réservé sur les plans physique et psychique. Il précisait que « plus le conflit asséculo-logique et la non-reconnaissance de ses pathologies [était] important, plus l'évolution [devenait] dramatiquement défavorable ». Il a enfin procédé à la critique des différents avis émis par le SMR.

Dans une duplique du 9 août 2021, l'OAI a maintenu sa position, tandis que l'assurée en a fait de même le 20 août 2021.

Par courrier du 27 août 2021, l'assurée a adressé à la Cour de céans le tirage d'un rapport d'expertise du 16 juillet 2021, déposé dans le cadre d'une réclamation pécuniaire. Aux termes de ce document, il était relevé que le rapport établi par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 24 mai 2018 contenait

une liste de pièces ayant trait à une tierce personne. L'assurée considérait dès lors que toute valeur probante devait être niée audit rapport.

Le 8 septembre 2021, l'OAI a confirmé que le Dr M. \_\_\_\_\_ avait procédé à l'énumération de pièces étrangères au dossier de l'assurée, sans toutefois que le rapport de ce spécialiste ne soit entaché d'autres erreurs. Le corps de l'expertise concernait effectivement B. \_\_\_\_\_.

Par arrêt du 10 septembre 2021 en la cause n° AI 166/20 - 269/2021, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision de l'OAI du 27 avril 2020 de refus d'une allocation pour impotent.

Le 23 septembre 2021, l'assurée a rappelé les qualifications que devaient revêtir les médecins du SMR. A son avis, le médecin ayant examiné son dossier au sein du SMR n'était pas doté des qualifications minimales requises.

**G.** Par pli du 8 octobre 2021, la magistrate instructrice a informé les parties de son intention de confier une expertise pluridisciplinaire de l'assurée au Centre Y. \_\_\_\_\_, compte tenu de l'ancienneté de l'expertise réalisée par le Centre L. \_\_\_\_\_. Elle prévoyait des volets psychiatrique, orthopédique, neurologique et de médecine interne, à charge pour les experts de s'adjoindre les services d'experts supplémentaires s'ils le jugeaient nécessaire.

Le 22 octobre 2021, l'assurée s'est opposée à la nomination du Centre Y. \_\_\_\_\_, invoquant que ce centre était systématiquement défavorable aux assurés. Elle proposait par ailleurs l'adjonction d'un volet angiologique, rhumatologique, de médecine physique et réadaptation, ainsi qu'un examen neuropsychologique.

Dans un courrier du 28 octobre 2021, la juge instructrice a maintenu la désignation du Centre Y. \_\_\_\_\_ pour procéder à l'expertise

planifiée, lequel en a formellement été chargé par mandat du 2 novembre 2021. Un volet rhumatologique était ajouté aux précédents domaines médicaux devant être investigués.

Les noms des experts ont été portés à la connaissance des parties le 8 décembre 2021, celles-ci étant invitées à déposer leurs déterminations à cet égard.

Le 16 décembre 2021, l'OAI a indiqué ne soulever aucun motif de récusation, tandis que l'assurée a déposé une liste de questions le 3 janvier 2022.

La magistrate instructrice a rappelé aux parties le 21 mars 2022 que les diagnostics devaient être posés par les experts, auxquels il incombait de se prononcer sur la capacité de travail ou la capacité d'exécuter les tâches ménagères. Partant, les questions suggérées par l'assurée n'étaient pas soumises au Centre Y.\_\_\_\_\_.

Les Drs BB.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, AA.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, CC.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, DD.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, et FF.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont communiqué leur rapport pour le compte du Centre Y.\_\_\_\_\_ en date du 28 septembre 2022. Ils ont fait état des diagnostics suivants (cf. rapport d'expertise du Centre Y.\_\_\_\_\_ du 28 septembre 2022, p. 181 - 183) :

- Trouble dépressif grave, épisode isolé (DSM-5 296.23 ; CIM-10 F32.2).
- Status post fracture spiroïde du tibia droit, jonction tiers moyen/tiers inférieur, et fracture Weber B de la malléole externe, fracture de la malléole postérieure ostéosynthésée, consolidée, dont les suites sont compliquées par une algoneurodystrophie.
- Séquelles d'algoneurodystrophie de type 3 du membre inférieur droit, post opératoire (M89.0).

- Ulcères pré-tibiaux droits chroniques (L97), dans un contexte de phlébo-lymphœdème du membre inférieur droit (I89.0) sur :
  - Lymphœdème secondaire du MID (réd. : membre inférieur droit) sur status post fracture de jambe droite compliquée d'algoneurodystrophie,
  - Insuffisance veineuse stade C3 Ep As P sur incontinence de la grande veine saphène droite (I87.2).
- Status post ostéite du tibia droit à Staphylococcus aureus et E. Coli sur ulcères chroniques.
- Status post débridement plaies de la jambe droite, biopsie osseuse tiers proximal du tibia, greffes de peau fine selon Tiersch, le 26.12.2018.
- Arthrose tibio-talienne droite pouvant engendrer des douleurs à l'appui et à la charge.
- Migraine chronique (G43).
- Neuropathie du nerf péronier droit (G57.3).
- Trouble de stress post-traumatique (DSM-5 309.81 ; CIM-10 F43.10).
- Personnalité borderline (DSM-5 301.83 ; CIM-10 F60.3).
- Troubles liés à l'alcool, graves (DSM-5 303.90 ; CIM-10 F10.20).
- Ostéoporose :
  - densitométrie traitée par Aclasta et substitution en vitamine D et calcium régulière
  - avec fracture en H du bassin, fracture de la branche ilio-pubienne droite en novembre 2019 (recte : 2021) et fracture du plateau supérieur de D7, asymptomatiques.
- Gonalgies droites sans substrat anatomique, avec ligamentoplastie du genou droit en 2008 (S835).
- Lombalgies droites sans substrat anatomique.
- Cervicalgies sans substrat anatomique.

- Status après opération de l'annulaire gauche à ressaut (téno-synovite sténosante des fléchisseurs de l'annulaire gauche), 04.10.2011, sans séquelle.
- Omalgies bilatérales (diagnostics différentiels) :
  - Omalgies avec restriction de la mobilité articulaire et pseudo paralysie sans substrat anatomique, à part une bursite (possibilité curative par infiltration).
  - Séquelles de chirurgie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite pour rupture tendineuse. (M75.1).
  - Syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (M75.1).
- Déconditionnement musculaire des membres inférieurs et de la ceinture abdomino-lombaire, lié aux habitudes sédentaires et au manque global d'activités physiques.
- Hépatopathie d'origine toxique probable (K71).
- Hypertension artérielle (I10).

Sur le plan de la médecine interne, la Dre BB. \_\_\_\_\_ a considéré que l'exercice de l'activité habituelle était encore exigible de la part de l'assurée à un taux de 80 % (6h40 par jour), en dépit d'une diminution de rendement supplémentaire lors des phases de complication de l'état ulcéreux chronique. Elle a également relevé une incapacité totale de travail transitoire du 5 octobre 2018 au 12 juillet 2019. Elle a par ailleurs motivé son appréciation diagnostique et ses conclusions en ces termes (cf. ibidem, p. 60 ss) :

« [...] Les ulcères pré-tibiaux sont mentionnés dans le dossier médical à disposition dès 2018.

L'étiologie principale est le phlébo-lymphœdème sur insuffisance veineuse stade 3, et lymphœdème séquellaire du MID. Des facteurs de retard de cicatrisation sont objectivés, à savoir : les douleurs chroniques, l'isolement, la sédentarité, l'ancienneté des plaies, l'hypertension artérielle, les troubles liés à l'alcool (cf. volet psychiatrie) et la neuropathie du nerf péronier droit (cf. volet neurologique).

Les autres facteurs de retard de cicatrisation ont pu être écartés : Absence de diabète, pas de retard de cicatrisation liés au traitement, pas de malnutrition, pas de tabagisme, pas d'infection, pas d'anémie, pas d'allergie de contact.

[...]

Le tableau clinique est tout à fait cohérent au regard de l'histoire médicale de l'assurée et des diagnostics retenus.

Les douleurs alléguées du MID sont principalement en lien avec les séquelles algiques propres à l'algoneurodystrophie dans un vraisemblable contexte de consommation OH ([réd : d'alcool] sur la base d'éléments du dossier et des résultats d'analyses sanguines). Les lésions ulcéreuses veineuses sur phlébo-lymphœdème génèrent une symptomatologie à type de gêne, de pesanteur, qui accentuent le tableau douloureux. Les phases de complication des ulcères (infection notamment) sont quant à elles sources de douleurs supplémentaires.

[...]

Les lésions cutanées ont actuellement une évolution favorable. Toutefois, l'état clinique sous-jacent associant lymphœdème secondaire du MID et insuffisance veineuse est un terrain favorisant à risque de récurrence. Les facteurs de retard de cicatrisation sont nombreux. Le pronostic reste donc très réservé.

[...]

L'assurée semble sincère dans ses propos. Elle présente toutefois un comportement parfois excessif dans ses gestes et son vocabulaire, tendant à minimiser son attitude vis-à-vis notamment de sa consommation d'alcool. Elle relate également avec fierté suivre encore quelques élèves, puis lorsque l'on pose la question plus tard elle avoue que ces élèves sont pour la plupart partis et qu'elle ne les rencontre que très rarement.

[...]

Les principales ressources de l'expertisée sont la présence de son colocataire au quotidien, sa mère qui lui apporte son aide, le suivi par le CMS. On peut aussi mettre en avant sa formation et son parcours professionnel de violoncelliste reconnue. »

Du point de vue rhumatologique, la Dre AA. \_\_\_\_\_ a estimé que l'activité habituelle exercée par l'assurée, ainsi que toute autre activité adaptée, était exigible « depuis toujours ». Elle a fait part de son appréciation du tableau clinique comme suit (cf. ibidem, p. 100 ss) :

« [...] Plaintes légitimes concernant le status post fracturaire de la jambe et de la cheville droite avec lymphœdème résiduel séquellaire d'une algoneurodystrophie actuellement au stade III, difficultés à la marche relativement cohérentes avec un défaut de charge sur le pied droit, en rotation externe de hanche droite, lié à la difficulté de dérouler le pas.

[...]

Incohérence entre les plaintes de gonalgies et le status clinique vierge.

Incohérence entre les plaintes de lombalgies et le status très rassurant.

Incohérence entre les plaintes pseudo-paralytiques des épaules avec restrictions des amplitudes articulaires et les données neurologiques, les données radiologiques.

[...]

Le traitement de l'ostéoporose vient de débuter au Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_ en service des Maladies Osseuses. On ne peut donc parler d'évolution.

Il n'y a jamais eu de plainte au niveau des lombaires avant la fracture en H du sacrum et de la branche ilio-pubienne droite en novembre 2021. Madame a probablement dans ce contexte souffert de tensions musculaires, qui présentement ont disparu, grâce aux massages de la physiothérapeute.

L'évolution des fractures a été favorable, avec une disparition des douleurs du bassin et du sacrum à la percussion, pas de douleur à la mobilisation de la hanche droite.

Pour ce qui est des épaules, c'est un statu quo depuis plus de 25 ans dit Madame. Mis à part la perte d'amplitude active des deux côtés de manière curieusement symétrique, la gestuelle spontanée se fait sans mimique douloureuse (pour aller chercher des papiers dans son sac à côté d'elle, ou lorsqu'elle s'habille ou se déshabille) [...] »

La Dre CC. \_\_\_\_\_ a examiné l'aspect neurologique de la situation et conclu à une capacité de travail préservée dans toutes activités, hormis lors de crises migraineuses, en l'absence de limitations fonctionnelles significatives. Elle a commenté son évaluation diagnostique comme suit (cf. ibidem, p. 117) :

« [...] L'expertise présente des céphalées qui remplissent les critères de la classification internationale des céphalées, pour poser le diagnostic de migraine chronique et les symptômes visuels et sensitifs sont compatibles avec des auras migraineuses.

La neuropathie du nerf péronier droit est diagnostiquée sur un ENMG qui montre une asymétrie de l'amplitude du potentiel en défaveur de la droite plus marquée que pour le nerf tibial, cependant des difficultés techniques (œdème de la jambe droite, possible déplacement des structures consécutif à l'atteinte traumatique et post-opératoire) ne permettent pas d'évaluer correctement l'importance de cette atteinte, qui ne semble pas avoir de répercussion clinique.

Aucun autre diagnostic n'est à discuter sur le plan neurologique. [...] »

L'aspect orthopédique a été évalué par le Dr DD. \_\_\_\_\_, qui a conclu à une capacité de travail de 50 % dans l'activité d'enseignement de solfège, sous réserve d'une incapacité totale de travail du 5 octobre 2018 au 12 juillet 2019, ainsi que du 4 février au 6 mars 2021 pour des ulcères chroniques, puis du 4 au 12 août 2021 à la suite d'une fracture du bassin. Il a par ailleurs relevé que l'assurée était prise en charge « de façon optimale » au Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_ pour les lésions cutanées d'origine veineuse. Sur le plan orthopédique, il existait une raideur articulaire définitive liée à l'algoneurodystrophie. Le pronostic était très réservé en raison de « facteurs médicaux intercurrents » (cf. ibidem, p. 142 - 143).

S'agissant du volet psychiatrique, le Dr FF. \_\_\_\_\_ a estimé, pour sa part, qu'aucune activité lucrative n'était exigible de l'assurée en l'état, au vu des diagnostics de dépression sévère, de personnalité borderline, d'état de stress post-traumatique et d'une dépendance à l'alcool. Il a fait état des constats suivants (cf. ibidem, p. 157 - 158) :

« [...] L'assurée ne présente pas de trouble de la vigilance ou de l'attention. L'expertisée est orientée dans l'espace, mais partiellement orientée dans le temps. Elle se trompe de deux jours, confirme le mois d'avril, hésite malgré tout par rapport au mois d'avril, et dit avoir vérifié le matin même qu'on était en 2022. La mémoire immédiate présente des lacunes pendant l'entretien. La mémoire à long terme est déficitaire avec probablement un défaut d'effort.

Le cours de la pensée est perturbé. L'expertisée est fréquemment incapable de répondre aux questions, digresse beaucoup.

Le contenu de la pensée est parfois incohérent, avec des réponses à côté qu'il faut préciser. Il n'y a pas de rumination, de pensée obsessionnelle, ni d'idée délirante décelées lors de l'entretien.

Il n'y a pas d'illusion, d'hallucination auditive, visuelle, tactile ou cénesthésique. La conscience de soi est présente. Il n'y a donc pas de perturbation de l'image corporelle ni de dépersonnalisation.

Il y a présence d'une abrasion des affects qui restent par moment inappropriés par rapport au contexte. Il y a une labilité émotionnelle qui s'exprime à la fin de l'entretien lorsque j'annonce à l'assurée nous avons terminé notre entretien et que je la remercie. J'arrête l'enregistrement, puis elle me dit que je veux me débarrasser d'elle en évoquant visiblement un sentiment d'abandon. Elle met ses chaussures, puisqu'au début elle voulait laisser toutes ses affaires et partir en chaussettes. Ensuite, elle vient avec moi pour que je l'accompagne à l'étage supérieur pour faire les tests de laboratoire. A noter qu'à ce moment-là l'assurée revient sur la guitare exposée dans le cabinet et montre une réaction de colère après avoir appris que le soussigné avait parfois des cours avec un professeur, ce qu'elle considérait comme superflu : « la guitare est tellement facile grâce aux partitions en tablatures ». Il y a à ce moment-là une très nette irritabilité, de la colère et une réaction impulsive qui disparaît quelques minutes plus tard. L'image de soi, l'estime de soi et la confiance en soi semblent conservées.

Pas de sentiments de culpabilité. Pas d'idées de dévalorisation. Attitude globalement pessimiste.

L'assurée est un peu agitée. L'humeur est triste.

Le comportement est par moment inapproprié avec une forme de dysarthrie, des rires immotivés et incongrus. Il n'y a pas d'élément lié à une compulsion ni à une impulsion. [...] »

Eu égard à la cohérence du tableau clinique, l'expert s'est déterminé comme suit (cf. ibidem, p. 165 ss) :

« [...] Le tableau clinique est cohérent compte tenu des diagnostics retenus ci-dessus. L'assurée a présenté tout au long de l'entretien d'expertise une volonté de minimiser certains symptômes dépressifs et liés au trouble de la personnalité, mais son comportement a laissé transparaître l'existence de ces critères, en particulier vers la fin de l'entretien d'expertise.

De plus, le laboratoire évoque un éthyliisme important ainsi qu'une prise du toxique peu avant l'entretien d'expertise.

[...]

L'évolution de ces troubles peut se décrire comme suit :

- Dépression sévère, en lien avec les derniers diagnostics retenus dans les rapports médicaux, laissant entendre une continuité de ce diagnostic en absence d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique adapté.
- Personnalité borderline : aucun suivi adapté n'est actuellement engagé pour traiter la personnalité borderline qui nécessite une prise en charge psychothérapeutique régulière par un psychiatre ou psychologue/psychothérapeute.
- Etat de stress post-traumatique : bien que ce trouble soit sensé s'éteindre au fil du temps, l'assurée présente toujours des symptômes qui sont persistants en raison de l'absence de travail thérapeutique sur ces symptômes et l'absence de pouvoir en parler, l'agresseur en ce qui concerne l'agression sexuelle étant connu par son entourage.
- La dépendance à l'alcool.

[...]

Il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de l'assurée, car elle n'allègue pas de limitation, laisse entendre qu'elle a toujours été résiliente et gérait ces moments qui auraient pu l'amener vers des états plus graves, comme des idées suicidaires, avec l'aide de la musique, ce qui va à l'encontre de ce qui a été rapporté par le passé par plusieurs rapports du dossier AI.

L'assurée a des activités limitées et une vie quotidienne plutôt pauvre.

[...]

L'assurée n'est pas engagée dans des traitements adaptés. Elle est suivie par une infirmière en santé mentale, ce qui ne correspond pas à un suivi psychothérapeutique régulier pour traiter la dépression, le trouble de la personnalité, l'état de stress post-traumatique et la dépendance à l'alcool.

Elle a peu de demande de soins et semble-t-il n'est pas régulièrement en lien avec son psychiatre attitré.

[...]

Les limitations éventuelles sont les difficultés interpersonnelles dues au trouble borderline. En revanche, en ce qui concerne des cours privés dans l'enseignement de la musique, les relations se limitant à une personne, il est fort probable qu'il n'y ait pas de limitation à attendre.

[...]

L'assurée n'exagère pas, mais elle a tendance à minimiser ses difficultés. [...] »

L'expert psychiatre a enfin retenu une dégradation en 2014, 2015, puis 2018, avec des passages aux urgences. Sur la base de

l'expertise du Centre L.\_\_\_\_\_, qui ne prenait en compte aucune incapacité d'origine psychiatrique, il a estimé que la dégradation durable était survenue « au moins dès le 2<sup>ème</sup> moitié de 2018 », la situation ne semblant pas avoir évolué depuis lors, au vu de la consommation d'alcool, de la péjoration de l'état somatique, de la désinsertion socio-professionnelle et du manque de prise en charge spécifique des troubles psychiatriques (cf. ibidem, p. 170). Il a suggéré une prise en charge psychothérapeutique régulière, associée à un traitement antidépresseur, afin d'améliorer la capacité de travail « dans un délai de six mois » (cf. ibidem, p. 172).

Aux termes de leur évaluation consensuelle et interdisciplinaire du cas, les experts ont en définitive considéré que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité dès octobre 2018. Ils ont motivé leur appréciation comme suit (cf. ibidem, p. 187) :

« [...] La capacité de travail retenue par l'expert psychiatre est nulle et l'emporte sur les autres appréciations.

Toutefois, au vu du cumul des atteintes à la santé et des axes touchés, une potentialisation des diagnostics s'observe ; ainsi, les atteintes prises dans leur globalité occasionnent des limitations plus importantes que chacune de ces atteintes prise de façon isolée, tant sur le plan de la capacité de travail que du rendement.

[...]

Les experts estiment une dégradation durable au moins dès octobre 2018. Depuis la situation semble ne pas avoir évolué, sur la base de la consommation d'alcool, la péjoration de l'état somatique, la désinsertion socio-professionnelle, et le manque de prise en charge spécifique pour ses troubles psychiatriques.

[...] »

Ils ont précisé les limitations fonctionnelles ci-après (cf. ibidem, p. 183) :

« Difficultés dans les relations interpersonnelles, isolement, tristesse, manque d'énergie, troubles du sommeil, ainsi que les troubles de concentration et de mémoire.

Pas de position debout prolongée, position assise limitée à 1h, alternance des postures et possibilités de surélever son MID. Nécessité de pouvoir effectuer régulièrement quelques mouvements. Pas de position accroupie/à genoux, pas de point de frottement sur le MID. Pas d'activités exposées à des risques infectieux. Pas d'activités à risque de chute, de traumatisme du MID. Limitation des déplacements, surtout dans les escaliers. Port de charge d'environ 10 kg. Fatigue et fatigabilité en lien avec les douleurs chroniques.

Lors des crises de migraines avec aura, l'expertisée est probablement dans l'incapacité d'effectuer une activité normale et doit se reposer, ce d'autant plus qu'elle est limitée sur la prise des antalgiques. »

Ils ont enfin relevé qu'une prise en charge psychiatrique adaptée serait « la pierre angulaire de toute démarche thérapeutique ».

Les parties ont été invitées à se déterminer sur le rapport d'expertise du Centre Y.\_\_\_\_\_ le 13 octobre 2022.

Par pli du 27 octobre 2022, l'OAI s'est référé à un avis du SMR du 17 octobre 2022, lequel estimait n'avoir aucune raison de s'écarter des conclusions des experts. Cela étant, le SMR proposait d'interroger l'expert psychiatre pour que celui-ci se détermine sur le taux de capacité de travail exigible de l'assurée à l'issue du délai de six mois d'un traitement adéquat.

A la suite du recours interjeté par l'assurée contre l'arrêt cantonal du 10 septembre 2021 en la cause n° AI 166/20 - 269/2021 en matière d'impotence, le Tribunal fédéral l'a annulé et renvoyé la cause à l'OAI par arrêt du 20 octobre 2022 (TF 9C\_557/2021). Ce dernier devait procéder aux démarches nécessaires pour que le nom du médecin dont les experts du Centre L.\_\_\_\_\_ s'étaient adjoint les services soit communiqué à l'assurée en vue de sa détermination sur un éventuel motif de récusation. L'OAI devait ensuite rendre une nouvelle décision sur le droit à une allocation pour impotent, tenant compte au besoin du résultat de la procédure concernant le droit à la rente.

Le 3 novembre 2022, l'assurée a déploré que les experts du Centre Y.\_\_\_\_\_ n'aient pas procédé à une évaluation neuropsychologique de son cas, au vu des limitations constatées. Elle a par ailleurs relevé que les experts avaient observé des contradictions relativement aux tâches réalisées au quotidien, en présence d'une tendance à minimiser les difficultés. Elle a dès lors suggéré que le rapport d'expertise soit rectifié eu égard à ses difficultés quotidiennes, sur la base de plusieurs attestations produites par ses soins, à savoir :

- une attestation du 17 octobre 2022 de F.\_\_\_\_\_, laquelle a indiqué s'occuper de la gestion des affaires administratives de l'assurée ;
- une attestation du 18 octobre 2022 de I.\_\_\_\_\_, femme de ménage, laquelle a précisé faire le ménage de l'assurée à raison de deux heures par semaine ;
- une attestation du 18 octobre 2022 de H.\_\_\_\_\_, colocataire de l'assurée, lequel observait les difficultés de cette dernière dans la gestion du ménage.

L'assurée a, au surplus, maintenu ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans limite temporelle.

Par détermination du 11 novembre 2022, l'assurée a exposé faire l'objet de nouvelles investigations médicales, d'ordre cardiologique, en raison d'un équivalent d'angor. Elle a également proposé le rejet de la requête du SMR du 17 octobre 2022, rappelant que le pronostic psychiatrique avait été considéré comme défavorable et que les experts avaient souligné une potentialisation des diagnostics.

Me Duc a produit la liste de ses activités le 9 mars 2023, à la demande du tribunal, faisant état de 15 heures et 40 minutes déployées par son avocat-stagiaire dans le cadre de la présente cause.

## **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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée 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 11 mai 2021 contre la décision de l'intimé du 7 avril 2021 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.** En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 30 septembre 2013.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse (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).

**4.** 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).

**5. 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).

A teneur de l'art. 29<sup>ter</sup> RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

**b)** Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**c)** La survenance de l'invalidité doit en principe être déterminée eu égard à chaque catégorie de prestations séparément. Il peut se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. D'autre part, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Le principe de l'unité du cas d'assurance n'est donc pas absolu et il cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou lorsque l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les différentes phases qui deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C\_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 ; cf. également : Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 342, n. 1234 et 11235).

**6.** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore

supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Si, en revanche, la capacité de gain de l'assuré s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**7. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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 qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**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. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

**8. a)** Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418), ainsi qu'aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau

de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'un trouble psychique ou d'une dépendance suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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

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

**bb)** La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la

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

**9. a)** En l'espèce, on peut d'emblée observer que le rapport d'expertise communiqué par le Centre Y.\_\_\_\_\_ revêt pleine valeur probante dans la mesure où les experts mandatés ont procédé à des examens minutieux et exhaustifs de la recourante, en confrontant leurs constats actuels à l'ensemble des pièces versées à son dossier, dont le rapport d'expertise communiqué en son temps par le Centre L.\_\_\_\_\_. Les experts du Centre Y.\_\_\_\_\_ ont analysé la totalité des diagnostics évoqués et leurs répercussions sur le plan fonctionnel, tout en discutant de possibles diagnostics différentiels. Ils ont par ailleurs procédé à une évaluation consensuelle du cas, tenant compte de la « potentialisation des diagnostics », au vu du cumul des atteintes à la santé retenues et du tableau clinique global présenté par la recourante. Leurs conclusions apparaissent en outre dénuées de contradictions, dûment motivées et congruentes avec les avis récents des médecins traitants de la recourante. Au demeurant, ces conclusions ne sont pas remises en cause par les parties, lesquelles se sont limitées à des questions ou remarques ponctuelles.

**b)** Dans ce contexte, on peut écarter la requête formulée le 3 novembre 2022 par la recourante, tendant à la modification du rapport d'expertise du Centre Y. \_\_\_\_\_ eu égard à ses difficultés de gestion de ses activités quotidiennes. Premièrement, il s'agit essentiellement de la retranscription des propres allégations de la recourante vis-à-vis des différents experts, lesquels ont clairement mis en évidence les contradictions de ses assertions. Ils ont par ailleurs expressément relevé la tendance de la recourante à minimiser ses difficultés quotidiennes. Deuxièmement, les allégations de la recourante demeurent sans incidence sur l'appréciation de sa capacité de travail et de ses restrictions fonctionnelles, telles que ressortant de l'évaluation consensuelle de son cas.

**c)** On peut également rejeter la requête d'instruction complémentaire énoncée par l'intimé le 27 octobre 2022, sur la base de l'avis du SMR du 17 octobre 2022. Selon ce dernier, il conviendrait d'interroger l'expert psychiatre du Centre Y. \_\_\_\_\_ pour connaître la mesure de l'augmentation éventuelle du taux d'activité exigible de la recourante, à l'issue d'un traitement psychothérapeutique adapté d'une durée de six mois. Or, cette question apparaît manifestement superflue, alors que l'expert psychiatre a expressément fait mention d'un « pronostic global défavorable » (cf. rapport d'expertise du Centre Y. \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2022, p. 173). Par ailleurs, il appartiendra à l'intimé, cas échéant à l'occasion d'une procédure de révision du droit à la rente, d'investiguer le bénéfice d'un traitement psychothérapeutique adéquat.

**10.** Sur le plan somatique, la recourante a fait l'objet d'une évaluation des registres de médecine interne, neurologique, orthopédique et rhumatologique. Les experts ont globalement retenu les mêmes diagnostics que ceux évoqués par les spécialistes ayant pris en charge la recourante, ainsi que par les experts du Centre L. \_\_\_\_\_. Ils convergent par ailleurs pour considérer que la recourante demeure dotée d'une capacité de travail substantielle, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée à ses restrictions fonctionnelles, sous réserve d'une

incapacité totale de travail transitoire entre octobre 2018 et juillet 2019, ainsi que de la survenance de crises migraineuses (cf. rapport d'expertise du Centre Y.\_\_\_\_\_ du 28 septembre 2022 : avis de la Dre BB.\_\_\_\_\_, p. 65, avis de la Dre AA.\_\_\_\_\_, p.105, avis de la Dre CC.\_\_\_\_\_, p. 122 et avis du Dr DD.\_\_\_\_\_, p 141). Ces conclusions rejoignent en définitive pour l'essentiel les précédentes observations consignées par les experts du Centre L.\_\_\_\_\_, de sorte qu'on ne voit aucun motif de s'en écarter. Partant, il y a lieu de retenir que les atteintes à la santé somatiques présentées par la recourante ont entraîné une incapacité totale de travail limitée dans le temps, depuis son accident survenu en juin 2010 jusqu'en juillet 2013, ainsi qu'une incapacité de travail transitoire d'octobre 2018 à juillet 2019. Vu ces éléments et en l'absence d'aggravation substantielle et durable de l'état de santé somatique objectivée par les experts du Centre Y.\_\_\_\_\_ jusqu'à leur examen, il convient de considérer que les éléments retenus par l'intimé jusqu'en juillet 2013 doivent être confirmés. Ce dernier était donc légitimé à mettre un terme à la rente entière d'invalidité servie à la recourante au 30 septembre 2013 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

**11. a)** Il en va différemment du registre psychique, examiné à satisfaction par le Dr FF.\_\_\_\_\_ pour le compte du Centre Y.\_\_\_\_\_. Ce dernier a constaté la survenance d'un trouble dépressif grave incapacitant, en sus de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, à savoir un trouble de stress post-traumatique, une personnalité borderline et des troubles liés à la consommation d'alcool. L'expert a pris en compte une « dégradation durable au moins dès la 2<sup>ème</sup> moitié de 2018 » sans évolution favorable et retenu que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toutes activités (cf. rapport d'expertise du Centre Y.\_\_\_\_\_ : avis du Dr FF.\_\_\_\_\_, p. 170).

**b)** Cette appréciation, au demeurant corroborée par les constats communiqués par le Dr D.\_\_\_\_\_ aux termes de son rapport du 31 mai 2021, a lieu d'être suivie. On observe en effet que l'expert a exposé les éléments lui permettant de conclure à un trouble d'un degré de gravité important. Il a par ailleurs constaté que la problématique

psychique se répercutait sur l'ensemble des domaines de la vie, soit non seulement sur la capacité de travail, mais également sur les activités usuelles de la recourante. Il a expressément souligné le caractère solitaire de la recourante et la limitation de ses activités (musique), en présence de difficultés interpersonnelles. Au surplus, à l'issue de leur consilium, les experts du Centre Y. \_\_\_\_\_ ont retenu « un poids des souffrances avéré » et des limitations se manifestant « uniformément dans tous les domaines comparables de la vie ». Ils ont mis en évidence l'absence de bénéfice secondaire recherché par la recourante, au demeurant isolée socialement et faisant face à des difficultés financières, tout en relevant la cohérence du tableau clinique global (cf. ibidem, p. 180 et 181).

**c)** Etant donné ce qui précède, il y a lieu de considérer que le trouble dépressif grave affectant la recourante, accompagné d'autres diagnostics du registre psychique, revêt un degré de gravité tel qu'il exclut durablement toute capacité de travail et de gain depuis le mois d'octobre 2018. Ce trouble est par ailleurs péjoré par l'insuffisance des ressources à disposition de la recourante. Celle-ci présente par conséquent un degré d'invalidité de 100 % depuis le mois d'octobre 2018.

**12.** L'atteinte à la santé psychique a été considérée comme incapacitante à partir du mois d'octobre 2018. Auparavant, cette problématique était sans incidence sur la capacité de travail et ne faisait d'ailleurs l'objet d'aucun suivi spécialisé. Il convient ainsi de retenir la survenance d'un nouveau cas d'assurance à compter d'octobre 2018, lequel fait courir un nouveau délai de carence au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

Par conséquent, la recourante peut prétendre au versement d'une rente entière de l'assurance-invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, à l'échéance du délai de carence d'une année, soit dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019.

**13. a)** En conclusion, le recours doit être partiellement admis et la décision de l'intimé réformée, en ce sens que la recourante a droit à une

rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 septembre 2013, ainsi que dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 600 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**c)** La recourante, assistée d'un mandataire professionnel et obtenant partiellement gain de cause, peut prétendre des dépens, arrêtés in casu à 3'000 fr. et portés à la charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA). On ajoutera que ce montant couvre la rémunération de l'avocat-stagiaire de Me Duc pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément cette rémunération.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
  
- II.** La décision rendue le 7 avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que B.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 septembre 2013, ainsi que dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. \_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs), à titre 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 Jean-Michel Duc, à Lausanne (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 :