

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> novembre 2022

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges  
Greffière : Mme Tedeschi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par PROCAP, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 7, 8 al. 1, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 26 al. 2 RAI.**

## **E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est atteinte d'une épilepsie partielle complexe avec sclérose hippocampique du lobe temporal gauche, diagnostiquées depuis 1995 (cf. not. rapport du 18 novembre 1999 de la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropédiatrie).

Par décision du 6 juillet 2000, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a pris en charge le traitement médical de l'infirmité congénitale de l'assurée.

Le 21 juillet 2000, l'assurée a subi une lobectomie temporale gauche et hippocampectomie gauche, intervention réalisée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie (cf. not. rapports des 23 novembre 2000 dudit médecin et 22 août 2008 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie).

**B.** Le 1<sup>er</sup> octobre 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adulte auprès de l'OAI, faisant état de crises d'épilepsie depuis l'enfance, de troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi que de fatigue. Sur le plan professionnel, elle a exposé avoir entamé en 2004 un apprentissage de couturière, afin d'obtenir un certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC), et avoir été contrainte de l'abandonner, l'année suivante, en 2005 en raison de ses problèmes de santé ; par la suite, elle avait travaillé plusieurs années en qualité de vendeuse avant d'émarger à l'assurance-chômage, à compter du 1<sup>er</sup> août 2007.

Dans un rapport du 16 juillet 2008, la Dre Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Centre B.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre B.\_\_\_\_\_), a conclu que l'examen neuropsychologique effectué par l'assurée était globalement dans la norme pour l'ensemble des fonctions cognitives investiguées.

Par avis du 20 février 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a retenu les diagnostics d'épilepsie congénitale avec crises temporales sur sclérose hippocampique opérée le 21 juillet 2000, ainsi que de céphalées chroniques, d'asthénie, de fatigabilité et d'un probable trouble anxiodépressif. Il a considéré que la capacité de travail était entière dans toute activité, avec une baisse de rendement de 20 %, estimant que ces empêchements existaient depuis le 23 novembre 2000. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a précisé que les limitations fonctionnelles consistaient à éviter la conduite de véhicules ou de machines dangereuses, ainsi que l'éclairage stroboscopique, et de pouvoir bénéficier d'un horaire fixe et régulier réparti sur les cinq jours ouvrables.

Dans un rapport d'enquête économique sur le ménage du 30 septembre 2013, une enquêtrice de l'OAI a retenu que le statut de l'assurée dans la part active s'élevait à 65 %, soulignant que l'intéressée avait repris une activité de vendeuse à ce taux depuis le mois de décembre 2012. L'enquêtrice a considéré que le statut dans la part consacrée au ménage était de 35 % et que les empêchements de l'assurée dans ladite part équivalaient à 8.7 %.

A teneur d'un avis SMR du 15 janvier 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 16 heures par semaine (correspondant à un 40 %), depuis le mois d'août 2012. Il a relevé une aggravation de la comitialité à cette époque, l'assurée ayant été hospitalisée du 13 août au 21 août 2012 auprès du Centre B.\_\_\_\_\_, en raison d'un état de mal partiel complexe avec aphasie fluctuante sur mauvaise compliance médicamenteuse, et ayant, ensuite de sa sortie, présenté deux épisodes supplémentaires de crises partielles dans un contexte de fatigue.

Par décision du 7 avril 2014, l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité à l'assurée. Il a retenu, à titre liminaire, que, sans atteinte à la santé, l'intéressée exercerait une activité lucrative à 65 % et s'occuperait à 35 % de la tenue de son ménage. Il a ensuite considéré que, jusqu'au

mois d'août 2012, l'assurée présentait une pleine capacité de travail, sous déduction d'une diminution de rendement de 20 %, dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir toute activité sans conduite de véhicule ou de machines dangereuses, sans éclairage stroboscopique, avec un horaire fixe et régulier réparti sur les cinq jours ouvrables). Dès le mois d'août 2012, l'OAI a toutefois retenu que la capacité de travail de l'assurée était de 40 % dans toute activité adaptée. Quant aux empêchements rencontrés dans la tenue de son ménage, ils étaient évalués à 8.7 %. Après comparaison des revenus statistiques avec et sans invalidité, le degré d'invalidité était de 32 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

**C.**           **a)** Par rapports des 6 février et 28 mars 2018, le Dr Q.\_\_\_\_\_, neurologue traitant, a relevé que l'assurée présentait très fréquemment des crises partielles complexes, était très fatiguée (probablement en relation avec les hautes doses de médicaments prises) et souffrait de migraines. Il a indiqué que les résultats de l'électroencéphalogramme (ci-après : EEG) restaient parfaitement dans la norme, aussi bien au repos que lors des épreuves de stimulation, et que les examens neurologiques ne révélaient pas de dysfonctionnement et étaient tout à fait rassurants. Selon ce médecin, l'état de santé de sa patiente ne lui permettait toutefois pas d'assumer une activité professionnelle, même comme vendeuse à raison d'un jour par semaine.

Le 26 avril 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état de troubles de la mémoire, ainsi que d'une augmentation des crises d'épilepsie, ces dernières couplées aux médicaments l'empêchaient de se motiver et de travailler, la fatiguaient et la stressaient. S'agissant de son activité lucrative, elle a indiqué travailler en qualité d'auxiliaire de vente ; elle avait été initialement engagée par la boutique E.\_\_\_\_\_, entre les mois de novembre 2012 et février 2017, et travaillait actuellement pour le compte d'O.\_\_\_\_\_, depuis le 1<sup>er</sup> juin 2017.

Dans un rapport du 20 mai 2018, la Dre DD.\_\_\_\_\_, médecin assistante auprès du service des urgences du Centre B.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assurée avait été hospitalisée entre le 19 mai et le 20 mai 2018. Elle a mentionné que l'hospitalisation d'urgence avait été justifiée par une récurrence de crise d'épilepsie focale, suivie d'une crise tonique généralisée, associée à un état postcritique, avec une aphasie et possiblement un phénomène de Todd (décrit par l'urgentiste, mais non observé au moment de l'examen neurologique). S'agissant de l'épilepsie de l'assurée, cette médecin a précisé qu'il existait une persistance des crises focales, avec un arrêt de l'activité, mais sans perte de contact, ainsi que de rares épisodes de perte de contact, associés à des troubles phasiques (une à deux fois par année, le dernier datant du 15 février 2018) ; les crises étaient à chaque fois suivies de céphalées. Concernant la fréquence des crises focales sans perte de contact, la Dre DD.\_\_\_\_\_ a mentionné qu'elles se produisaient une à deux fois par mois selon son anamnèse, respectivement une à deux fois par semaine selon les explications du mari de l'assurée.

Par rapport du 19 juin 2018, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que, depuis son hospitalisation du mois de mai 2018, sa patiente souffrait d'absences complexes quasiment quotidiennement avec une importante fatigue, ceci dans le cadre d'une considérable aggravation de son état neurologique et épileptologique, et commençait à présenter des troubles mnésiques ; elle ne pouvait plus travailler depuis le mois de mai 2018 et devait pouvoir bénéficier d'une rente d'invalidité entière.

Dans un formulaire de détermination du statut complété par l'assurée le 20 juin 2018, celle-ci a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux de 100 % dans la profession de vendeuse par intérêts personnels.

A teneur d'un rapport du 23 juillet 2018, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a mentionné que sa patiente ne travaillait plus, de sorte qu'elle était moins fatiguée, son sommeil restant toutefois très instable. Il a également relevé que celle-ci n'avait pas refait une quelconque crise épileptique, indiquant

que son traitement avait été augmenté, et que la situation était relativement stable, précisant que le dernier EEG pratiqué restait parfaitement normal, au repos et lors des épreuves de stimulation.

**b)** Sur la base d'un avis SMR du 19 novembre 2018 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, l'OAI a ordonné, par communications des 14 décembre 2018 et 25 février 2019, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, laquelle a été confiée au W.\_\_\_\_\_. (ci-après : le W.\_\_\_\_\_).

Le 11 septembre 2019, les Drs D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'G.\_\_\_\_\_, neuropsychologue, ont rendu un rapport d'expertise comprenant une évaluation consensuelle et des rapports détaillés rendus par chaque expert dans son domaine de spécialisation.

A teneur de leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics, ayant ou non une incidence sur la capacité de travail, de : épisode dépressif léger, sans véritable syndrome somatique (CIM-10 [Classification internationale des maladies] F 32.00), agoraphobie avec trouble panique (CIM-10 F 40.01), personnalité évitante (CIM-10 F 60.6), épilepsie partielle complexe avec probable généralisation secondaire intermittente sur sclérose hippocampique gauche (présente depuis l'âge de 14 ans), status post-lobectomie temporale gauche et hippocampectomie gauche (effectuée le 21 juillet 2000), malaises persistants d'origine indéterminée (épileptogène versus psychogène), céphalées tensionnelles et troubles neuropsychologiques légers à moyens au sens de la classification de l'Association suisse des neuropsychologues. Les experts ont également retenu, à titre d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles, l'épilepsie partielle complexe avec généralisation secondaire, la fatigue (en tant que limitation fonctionnelle psychique), ainsi que les limitations induites par les troubles neuropsychologiques, à savoir, d'une part, une capacité réduite à faire face à des tâches requérant la mémorisation d'informations nouvelles en

continu pour pouvoir être effectuées (l'expertisée devant pouvoir noter les informations pertinentes pour pouvoir les accomplir) et, d'autre part, la rapidité inhabituelle de l'assurée, laquelle correspondait (au moins partiellement) à une impulsivité, source potentielle d'erreurs. De surcroît, les experts ont estimé, sur le plan neurologique, que l'assurée devait éviter les activités nécessitant la conduite professionnelle d'un véhicule automobile et impliquant des risques de blessures en cas de perte de connaissance (travail en hauteur ou à proximité de machines dangereuses). En conclusion, ils ont considéré, compte tenu de l'ensemble de leurs appréciations neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, que l'assurée présentait une capacité de travail de 60 % dans son activité habituelle (compte tenu d'une perte de rendement de 40 % sur le plan neuropsychologique), respectivement de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (eu égard à une perte de rendement de 30 %, laquelle était liée aux manifestations comitiales, aux troubles neuropsychologiques et à la fatigue).

Dans son rapport sur le plan neurologique, le Dr D. \_\_\_\_\_ a retenu que, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, avec une diminution de rendement de 30 % liée aux éventuelles crises d'épilepsie et à la fatigue. La capacité de travail était ainsi de 70 %, n'avait pas changé depuis plusieurs années - existant vraisemblablement depuis le début de l'activité professionnelle - et devrait rester identique par la suite. Cet expert a également précisé que si l'activité habituelle restait exigible, il serait idéalement souhaitable que l'assurée puisse exercer une activité non stressante, dans un milieu compréhensif sans stress trop important.

Dans son rapport sur le plan neuropsychologique, G. \_\_\_\_\_ a considéré que, dans l'activité habituelle, il existait une perte de rendement de 30 % pour un plein temps, soit une capacité de travail de 70 %, et que, dans une activité adaptée simple et répétitive, ne sollicitant pas fortement la mémoire et en prenant en compte la précipitation dans l'action, laquelle nécessitait qu'un contrôle puisse être effectué sur l'activité par l'expertisée elle-même, éventuellement par un tiers, la perte

de rendement était de 20 % pour un plein temps, et, partant, la capacité de travail était de 80 %.

Dans son rapport sur le plan psychiatrique, le Dr H.\_\_\_\_\_ a estimé que l'expertisée disposait d'une pleine capacité de travail, avec une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 20 % causée par la fatigue, laquelle représentait la plainte principale de l'assurée et imposait un repos qui était de durée ; ainsi, la capacité de travail globale était de 80 à 90 % dans l'activité habituelle, laquelle était adaptée, depuis le 1<sup>er</sup> juin 2018.

**c)** Dans un avis SMR du 21 octobre 2019, la Dre F.\_\_\_\_\_, médecin, a proposé de réinterroger les experts sur la manière dont ils avaient consensuellement établi les taux des capacités de travail résiduelles.

Par complément d'expertise du 5 décembre 2019, les experts ont répondu ce qui suit (sic) :

« [...] 1. Dans les 3 expertises spécialisées vous retenez :

- a) Dans l'axe neurologique, une CT [capacité de travail] globale de 70 % dans l'activité habituelle et adaptée
- b) Dans l'axe neuropsychologique, une CT globale de 70 % dans l'activité habituelle et 80 % dans une activité adaptée
- c) Dans l'axe psychiatrique, une CT globale de 80-90 % dans l'activité habituelle et adaptée

Dans l'évaluation consensuelle, vous avez retenu une CT globale de 60 % dans l'activité [recte : habituelle et 70 % dans une activité adaptée]. Merci de bien vouloir préciser comment la CT globale est calculée.

---

Sur le plan neurologique, Les chiffres donnés dans notre rapport d'expertise sur le plan neurologique correspondent effectivement à une capacité de travail globale de 70 % dans l'activité habituelle et adaptée.

Dans l'axe neuropsychologique, nous avons retenu une capacité de travail globale de 70 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité adaptée.

Sur le plan psychiatrique, nous avons retenu une capacité de travail globale de 80 - 90 % dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée.

Comme vous le relevez dans votre appréciation du cas, si l'on tient compte de l'incapacité de travail la plus importante, on aboutit à une capacité de travail globale de 70 % dans l'activité habituelle et également de 70 % dans une activité adaptée puisque, sur le plan neurologique, la capacité de travail globale reste de 70 % dans une activité adaptée, ceci compte tenu de l'importance des malaises qu'il s'agisse de malaises psychogènes ou épileptogènes.

Comme mentionné d'ailleurs dans notre rapport d'expertise, il s'agira de procéder à un examen électroencéphalographique au long cours afin de déterminer si possible l'étiologie exacte (neurologique versus psychiatrique) des malaises actuels.

Selon l'usage, c'est bien entendu la capacité de travail la plus basse qui détermine l'incapacité de travail globale de l'assurée. Dans le cas présent, c'est en principe une capacité de travail globale de 70 % dans l'activité habituelle et adaptée qui est l'élément déterminant dans l'appréciation de la capacité de travail. Néanmoins, nous avons estimé que la part neuropsychologique et psychiatrique des troubles entraînait une incapacité de travail supplémentaire à l'incapacité de travail purement neurologique de telle sorte que nous avons retenu un 10 % d'incapacité de travail additionnelle dans l'activité habituelle et adaptée. Ceci n'est pas courant, mais s'explique par la complexité du cas associant des éléments neurologiques, neuropsychologiques et psychiatriques dont la répercussion sur la capacité de travail est dans ce cas partiellement additionnelle.

Sur le plan psychique, nous retenons toujours une incapacité de travail de 10 à 20 % sous la forme d'une baisse de rendement.

Sur le plan neuropsychologique, pas de changement par rapport à l'expertise : capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle du fait d'une réduction de rendement de 40 % liée aux troubles neuropsychologiques. La capacité de travail dans une activité adaptée est de 70 % du fait d'une réduction du rendement de 30 %.

2. Comment vous positionnez-vous sur l'aggravation neurologique de 2012 (rapport de consultation de neurologie du Centre B. \_\_\_\_\_ du 5.9.12) qui avait fait retenir une CT de 40 % au Dr X. \_\_\_\_\_, médecine générale et Dr Q. \_\_\_\_\_, neurologue, dans leurs rapports de novembre et décembre 2013 ?

---

Sur le plan neurologique, à la lecture du dossier, il semble qu'il y ait eu une aggravation significative de la fréquence des crises comitiales courant 2012, avec effet sur la capacité de travail selon le Prof. Q. \_\_\_\_\_ et la Dresse X. \_\_\_\_\_. Le Prof. Q. \_\_\_\_\_ ne peut plus être interrogé étant donné qu'il a pris sa retraite. Il faut relever que, comme d'habitude, il peut exister une discordance entre l'appréciation du médecin-traitant et celui de l'expert.

3. Merci de préciser l'évolution de la CT depuis 2012.

---

Sur le plan neurologique, il semble que la situation se soit améliorée pendant un certain temps (mais nous ne disposons pas de document précis à ce sujet), puis la situation s'est à nouveau aggravée entre 2017 et 2018, aboutissant finalement à une interruption complète de l'activité professionnelle. Il faut néanmoins préciser que les crises décrites par R.\_\_\_\_\_ ne sont pas typiques d'une comitialité et pourraient également correspondre à des facteurs psychiques.

Sur le plan psychique, l'incapacité de travail avec une baisse de rendement de 10 à 20 % mais un état de fatigue est présent depuis le 1<sup>er</sup> juin 2018.

Sur le plan neuropsychologique, en l'absence de bilan neuropsychologique entre 2008 et 2019, il est difficile de se prononcer sur l'évolution des troubles neuropsychologiques, qui a probablement été progressive. A défaut d'éléments pleinement probants, on retiendra comme vraisemblable que, dès 2012, les troubles se sont avérés suffisamment importants pour interférer significativement avec l'activité professionnelle.

#### 4. Depuis quand reprenez-vous un taux global de 60 % ?

---

Sur le plan neurologique, étant dans l'impossibilité de préciser clairement les taux de capacité antérieurs, nous estimons que la capacité de travail de 60 % dans l'activité antérieure et de 70 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites dans notre rapport d'expertise, est exigible depuis début 2019 au moins. Toutefois, il est, en l'état actuel du dossier, impossible de déterminer si cette aggravation est réelle, liée à des éléments psychiques ou à des éléments neurologiques. Comme mentionné plus haut, il convient de procéder à un bilan électroencéphalographique de longue durée avec observation de la patiente afin de tenter de déterminer la part neurologique et psychique des troubles. A relever qu'il n'est pas rare qu'on observe un mélange de crises épileptogènes et psychogènes. Pour tenter de répondre à votre question, on peut penser que cette capacité de travail globale de 60 % est la capacité de travail actuelle existant depuis début 2019 au moins.

Sur le plan psychique, nous retenons une incapacité de travail de 10 à 20 %. Un taux supérieur à cela n'est pas en lien avec l'état psychiatrique de la patiente.

Sur le plan neuropsychologique, depuis 2012. [...] »

Dans un rapport du 3 février 2020, la Dre BB.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T.\_\_\_\_\_, psychologue, ont indiqué que l'assurée consultait depuis le 31 janvier 2019 et prenait actuellement un traitement antidépresseur. Ces praticiennes ont établi les diagnostics de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique ; CIM-10 F 41.0) et de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F 41.2), existant

depuis le mois de janvier 2019. Ces praticiennes ont estimé que leur patiente était en incapacité de travail complète depuis le 31 mai 2018 et que les limitations fonctionnelles correspondaient à une instabilité émotionnelle, des troubles de l'attention, des crises de panique et des crises d'épilepsie, d'agitation, d'être « facilement fatiguée », d'une faiblesse corporelle et d'une peur permanente de faire des crises d'épilepsie.

Par avis SMR du 3 avril 2020, la Dre F. \_\_\_\_\_ a conclu que la capacité de travail de l'assurée était de 60 % dans son activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de conduite professionnelle ; pas de travail avec risques de blessures [travail en hauteur, machines dangereuses] ; activités sollicitant peu la mémoire) depuis le mois de janvier 2019. S'agissant de la prise en compte du rapport du 3 février 2020 de la Dre BB. \_\_\_\_\_, elle a estimé que cette attestation médicale n'apportait pas d'éléments propres à mettre en cause les conclusions des experts.

Dans un rapport d'évaluation économique sur le ménage du 11 août 2020, l'évaluatrice a retenu qu'à compter du mois de mars 2018, l'assurée présentait un statut d'active à 100 %, compte tenu de la séparation avec son époux et du fait qu'elle aurait dû subvenir elle-même à ses besoins.

A teneur d'une fiche d'examen du droit à la rente du 12 août 2020, une collaboratrice de l'OAI a retenu que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée existait depuis le mois de mai 2018, compte tenu de l'hospitalisation survenue entre le 19 mai et le 20 mai 2018 ainsi que du rapport du 21 juin 2018 (*recte* : 19 juin 2018) du Dr Q. \_\_\_\_\_.

Par projet de décision du 12 août 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser tout droit à une rente d'invalidité, retenant une capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle, respectivement de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Après pondération des revenus avec et sans invalidité, le

degré d'invalidité était de 31 %, et, partant, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**d)** Par acte du 29 août 2020, complété le 11 septembre 2020, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI, critiquant en substance les différents taux de capacité de travail retenus.

En annexe à un courriel du 19 octobre 2020, l'assurée a transmis à l'OAI deux rapports des 1<sup>er</sup> septembre et 25 septembre 2020 du Dr AA.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Ce dernier exposait que sa patiente présentait une épilepsie symptomatique d'une sclérose hippocampique gauche avec persistance de crises partielles complexes, et relevait la survenance, en date du 26 juillet 2020, d'une crise épileptique tonico-clonique généralisée, laquelle avait justifié une consultation aux urgences du Centre B.\_\_\_\_\_; aucun facteur favorisant autre qu'une possible déprivation de sommeil n'avait été trouvé pour expliquer ladite crise et l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale était dans la norme. Le Dr AA.\_\_\_\_\_ concluait que la situation du point de vue épileptologique n'était pas satisfaisante et rapportait que l'intéressée estimait ne pas pouvoir envisager reprendre une activité professionnelle à plus de 10 à 15 % en raison d'une très importante fatigue.

Par rapport du 22 novembre 2020, la Dre BB.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont confirmé leurs précédents diagnostics de troubles anxieux et dépressif mixte et de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique), tout en ajoutant un nouveau diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F 45.4). Elles ont exposé que leur patiente faisait des attaques de panique récurrentes et inattendues – tel était en particulier le cas lors de situation de fatigue ou de stress –, ce qui l'amenait à s'isoler et à passer beaucoup de temps alitée. Les limitations fonctionnelles consistaient en une mauvaise compréhension par l'assurée de ses difficultés psychologiques, des troubles d'attention, de planification et d'organisation, un déficit cognitif avec un discours répétitif, dissocié au niveau émotionnel et des difficultés importantes

d'introspection, des troubles du langage et de la mémoire, des difficultés à maintenir l'attention dans la durée et à moduler les émotions avec une irritabilité, une grande vulnérabilité au stress, une grande fatigabilité avec des troubles de sommeil et une anxiété anticipatoire très importante avec une peur de faire des crises d'épilepsie et de sortir de chez elle. Ces praticiennes ont évalué la capacité de travail à 30 %, compte tenu des atteintes psychologiques et de la maladie neurologique.

Dans un rapport du 8 juin 2021, les Dres EE.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et FF.\_\_\_\_\_, médecin, ont indiqué que l'assurée avait effectué un séjour auprès du service de neurologie des Hôpitaux J.\_\_\_\_\_, entre le 17 et le 21 mai 2021, pour une évaluation pré-chirurgicale de phase I requise par le Dr AA.\_\_\_\_\_. Ces médecins ont diagnostiqué, principalement, des crises d'origine non épileptique, qualifiées de « trouble neurologique intermittent avec trouble de l'état de conscience d'origine non épileptique (depuis 2005) », et, secondairement, un épisode dépressif moyen (depuis 2021) et des troubles anxieux. Elles ont constaté qu'au terme de l'hospitalisation, elles n'avaient pas pu mettre en évidence cliniquement ou électriquement d'épisode paroxystique ; en effet, l'EEG prolongé ne retrouvait pas d'anomalie ictale ou inter-ictale et l'IRM cérébrale ainsi que le scanner (PET-CT) montraient uniquement les séquelles de la lobectomie. Par ailleurs, la patiente n'avait pas présenté d'épisode depuis neuf mois. Ces médecins ont finalement relevé que la consultation psychiatrique révélait des symptômes compatibles avec un épisode dépressif moyen, associé à une anxiété fluctuante avec des attaques de panique.

Dans un avis SMR du 19 juillet 2021, la Dre CC.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a proposé que soient réinterrogées la psychiatre traitante et la psychologue de la recourante, compte tenu du rapport du 8 juin 2021 des Dres EE.\_\_\_\_\_ et FF.\_\_\_\_\_.

Par rapport du 7 septembre 2021 et en réponse à la Dre CC.\_\_\_\_\_, la Dre BB.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont intégralement repris leurs explications du 22 novembre 2020.

Dans un avis SMR du 18 octobre 2021, la Dre CC.\_\_\_\_\_ a considéré que les rapports des différents médecins traitants de l'assurée n'avaient pas mis en évidence d'éléments qui n'auraient pas déjà été pris en compte par les experts, ni d'aggravation de l'état de santé depuis la reddition du rapport d'expertise du 11 septembre 2019 et de son complément du 5 décembre 2019. Elle a ainsi confirmé la teneur de l'avis SMR du 3 avril 2020.

Par décision du 19 octobre 2021, l'OAI a refusé tout droit à une rente d'invalidité à l'assurée. Il a retenu que, sans atteinte à la santé, l'intéressée exercerait une activité lucrative à 100 %. Elle avait présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 19 mai 2018, date à partir de laquelle était fixé le délai d'attente d'une année. A l'échéance dudit délai, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 60 % dans son activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de conduite professionnelle ; pas de travail avec risques de blessures [travail en hauteur, machines dangereuses] ; activités sollicitant peu la mémoire), ce dernier taux devant être pris en compte dans la détermination du degré d'invalidité. Après pondération des revenus statistiques sans invalidité (fixé à 56'173 fr.) et avec invalidité (arrêté à 38'744 fr. 17), sans application d'un abattement supplémentaire, le taux d'invalidité s'élevait à 31 %, lequel n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

**D.** Par acte du 18 novembre 2021, R.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Procap Suisse, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 19 octobre précédent, concluant, principalement, à sa réforme (intitulée, à tort, annulation) dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, à son annulation avec renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a également requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice et au versement d'une avance de frais.

En substance, la recourante a remis en cause l'évaluation de sa capacité de travail, ainsi que la validité de l'expertise pluridisciplinaire du 11 septembre 2019 et de son complément du 5 décembre 2019, tout en soulignant que, quoi qu'il en soit, si la Cour de céans devait retenir une capacité de travail partielle, cette dernière ne pouvait pas être exploitée, compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles. Elle a également critiqué le calcul du taux d'invalidité, singulièrement l'absence d'un abattement supplémentaire de 25 % sur son revenu avec invalidité.

Par décision du 23 novembre 2021, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération d'avances et des frais judiciaires avec effet au 18 novembre 2021.

Dans sa réponse du 21 décembre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, exposant que, depuis la décision du 7 avril 2014 de refus de rente, il n'existait pas d'aggravation significative de l'état de santé de la recourante.

Répliquant le 23 février 2022, la recourante a maintenu ses conclusions du 18 novembre 2021 et produit un rapport du 10 janvier 2022 de la Dre BB.\_\_\_\_\_ et de T.\_\_\_\_\_, auquel étaient annexés les résultats de la recourante au questionnaire abrégé de Beck - BDI 13 (Beck Depressive Inventory ; ci-après : BDI 13) daté du 30 novembre 2021. Selon ces praticiennes, la recourante présentait un niveau de dépression sévère (score de 19 au questionnaire susmentionné) et sa capacité de travail était actuellement estimée à 30 %. Pour le reste, elles ont repris les explications déjà fournies à l'appui de leurs rapports des 22 novembre 2020 et 7 septembre 2021, tout en précisant que l'avis d'un rhumatologue était nécessaire concernant les douleurs que la recourante présentait « dans la nuque ou dans le bas du dos ».

Dupliquant en date du 17 mars 2022, l'intimé a confirmé ses conclusions et communiqué un avis SMR du 15 mars 2022, dans lequel la

Dre CC.\_\_\_\_\_ soulignait que le BDI 13 passé par la recourante était une version raccourcie et auto-administrée, de sorte qu'il ne pouvait servir à déterminer l'intensité du trouble de l'humeur de la recourante.

Dans ses déterminations du 25 mars 2022, la recourante a critiqué l'avis SMR du 15 mars 2022, relevant que le BDI 13 était une évaluation de la dépression démontrant la souffrance éprouvée, laquelle était un indicateur à prendre en compte lors de l'analyse du caractère invalidant d'une pathologie. Par ailleurs, elle a relevé que ce test était en principe effectué lors d'expertise psychiatrique (tel que celui de l'échelle d'Hamilton), ce qui n'avait pas été le cas en l'occurrence et soulevait une question d'égalité de traitement.

A l'appui de ses déterminations du 5 avril 2022, l'intimé a produit un avis SMR du 4 avril 2022, dans lequel la Dre CC.\_\_\_\_\_ exposait que les scores du BDI 13 ne permettaient pas, pris isolément, de poser un diagnostic ou de conclure à la sévérité d'une atteinte.

### **E n d r o i t :**

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité de la recourante dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 26 avril 2018, laquelle fait suite à une première décision de refus de rente du 7 avril 2014, eu égard à l'évolution de la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

**3. a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 19 octobre 2021 (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).

**b)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**c)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**d/aa)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2 ;). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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.

**bb)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation

demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**4.** Dans le cas d'espèce, il existe manifestement un motif de révision dans la mesure où, lors de la reddition de la décision du 7 avril 2014 de refus de rente d'invalidité, l'intimé avait considéré que la recourante présentait un statut d'active de 65 % et de 35 % dans la part dédiée à la tenue de son ménage. Or, depuis le mois de mars 2018, la recourante est considérée comme étant active à 100 % (cf. formulaire de détermination du statut complété par l'assurée le 20 juin 2018 ; rapport d'évaluation économique sur le ménage du 11 août 2020). Ce changement important de circonstances est déjà propre à influencer son degré d'invalidité.

De surcroît, la recourante s'est prévaluée d'une aggravation de son état de santé depuis la décision du 7 avril 2014. Dans ce cadre, elle a critiqué les conclusions quant à sa capacité de travail contenues dans l'expertise pluridisciplinaire du 11 septembre 2019 du W. \_\_\_\_\_ et dans son complément du 5 décembre 2019, sur lesquels est fondée la décision litigieuse. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de cette expertise et partant, de déterminer si un changement significatif de l'état de santé de la recourante doit aussi être retenu ; le cas échéant, dans quelle mesure.

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient, les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**d)** Fondés sur l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al.

2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

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

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

**b)** Il convient 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).

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

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

personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**7. a)** En l'occurrence, sur le plan neurologique, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épilepsie partielle complexe avec probable généralisation secondaire sur sclérose hippocampique gauche (présente depuis l'âge de 14 ans), de status après lobectomie temporale gauche et hippocampectomie gauche (réalisées le 21 juillet 2000), de malaises persistants d'origine indéterminée (épileptogène versus psychogène) et de céphalées tensionnelles.

**b)** L'expert en neurologie a effectué une anamnèse complète, a pris en compte les plaintes de la recourante et a fait état de constatations objectives. Il a en particulier relevé qu'ensuite de l'intervention du 21 juillet 2000 et d'une évolution initialement favorable pendant plusieurs années, il y aurait eu une récurrence de crises plus atypiques et plus violentes, avec des phénomènes de résonance dans les oreilles, une fatigue, une suspension du langage, possiblement une version de la tête, des mouvements des extrémités et une perte de connaissance, le tout suivi de céphalées à caractère migraineux accompagnées de nausées et de vomissements. A cet égard, l'expert a rapporté que la recourante avait déclaré que, pendant plusieurs années, elle faisait une à deux crises par an ; toutefois, entre les mois de décembre 2017 et mai 2018, elle avait présenté plusieurs crises. Cette aggravation est confirmée par la Dre DD.\_\_\_\_\_ du Centre B.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 20 mai 2018, laquelle a fait état, d'une part, d'une hospitalisation d'urgence entre le 19 et le 20 mai 2018 en raison d'une récurrence de crise d'épilepsie focale, suivie d'une crise tonique généralisée associée à un état postcritique, avec une aphasie et possiblement un phénomène de Todd, et, d'autre part, du fait que l'épilepsie se manifestait notamment par de rares crises focales avec perte de contact, associées à des troubles phasiques (une à deux fois par année, la dernière datant du

15 février 2018). De surcroît, l'expert neurologue a indiqué que la recourante lui avait mentionné qu'après l'interruption complète de son activité professionnelle au mois de juin 2018, aucune crise n'avait été expérimentée. D'après la recourante, il persistait toutefois des « petites crises » sous forme d'une fatigue, de tremblements de l'ensemble du corps avec pleurs et sensations de froid, sans perte de connaissance, durant une à deux minutes quand elle était fatiguée, énervée, ceci à raison, semblait-il, d'un épisode par semaine ou toutes les deux semaines, la recourante indiquant qu'elle ne connaissait pas la nature exacte de ses crises.

L'expert a enfin relevé que l'examen neurologique était normal, soulignant que les derniers résultats de l'EEG pratiqué par le Dr Q. \_\_\_\_\_ étaient également dans la norme.

**c/aa)** Sur la base des éléments qui précèdent, l'expert neurologue a considéré, de manière convaincante, qu'il était évident que l'intéressée avait présenté des crises comitiales partielles complexes, avec probablement généralisation secondaire liées à la sclérose hippocampique gauche. Si cette partie des troubles paraissait assez claire, il lui est toutefois apparu impossible de trancher définitivement la question de la nature exacte des malaises récidivants dont souffrait la recourante, ceux-ci pouvant être des manifestations épileptogènes et / ou psychogènes, l'expert ayant d'ailleurs précisé, dans le complément d'expertise du 5 décembre 2019, qu'il n'était pas rare d'observer un mélange de ces deux types de crise.

A cette question, les neurologues traitants de la recourante n'ont également pas été en mesure d'apporter une réponse claire et précise. En effet, dans ses rapports des 1<sup>er</sup> septembre et 25 septembre 2020, le Dr AA. \_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions de l'expert. D'une part, il a mis en évidence la survenance d'une crise épileptique tonico-clonique généralisée, en date du 26 juillet 2020, dont les résultats de l'IRM cérébrale étaient, comme par le passé, dans la norme. D'autre part, le Dr AA. \_\_\_\_\_ a relevé l'existence de crises d'épilepsie partielles simples,

survenant une ou deux fois par semaine, tout en soulignant qu'elles étaient associées à un sentiment de tachycardie et d'angoisse, laissant ainsi planer le doute sur l'origine desdites crises. Quant aux Dres EE. \_\_\_\_\_ et FF. \_\_\_\_\_ du service de neurologie des Hôpitaux J. \_\_\_\_\_, elles ont conclu, dans leur rapport du 8 juin 2021, que, compte tenu de l'absence d'arguments en faveur d'une origine épileptique, les épisodes présentés par la recourante correspondaient à un « trouble neurologique intermittent avec trouble de l'état de conscience d'origine non épileptique (depuis 2005) ». Cela étant, il apparaît que ces médecins sont restées évasives dans leurs conclusions, reconnaissant une origine neurologique, mais non épileptique, et n'ont pas confirmé une éventuelle cause psychogène. De surcroît, elles ont, en substance, répété des éléments déjà connus au moment de l'expertise, à savoir le fait que les résultats des examens objectifs étaient normaux (EEG prolongé, IRM cérébrale et PET-CT) et que les crises d'épilepsie étaient irrégulières dans leur fréquence, survenant principalement lorsque la recourante travaillait, dans un contexte de fatigue, d'irritabilité ou de stress, une à deux fois par mois, avec une accalmie depuis l'arrêt de l'activité lucrative. Au vu de ce qui précède, il paraît étonnant que ces médecins soient parvenues à poser le diagnostic de crise / trouble neurologique d'origine non épileptique depuis 2005, se fondant principalement sur le fait qu'au cours d'une hospitalisation de cinq jours, aucune crise paroxystique n'avait été mise en évidence cliniquement ou électriquement. Il est rappelé que la recourante a pourtant expérimenté des crises épileptiques toniques généralisées et de rares crises focales avec perte de contact, associées à des troubles phasiques, entre les mois de février 2018 et de juillet 2020 (cf. rapports du 20 mai 2018 de la Dre DD. \_\_\_\_\_ et des 1<sup>er</sup> septembre et 25 septembre 2020 du Dr AA. \_\_\_\_\_), événements sur lesquels les Dres EE. \_\_\_\_\_ et FF. \_\_\_\_\_ ne sont pas revenues.

**bb)** De même, l'expert neurologue a exposé ne pas être en mesure de déterminer la fréquence exacte des troubles susmentionnés, cette conclusion n'étant pas contestable, compte tenu du fait que les médecins traitants de la recourante ont tous exprimé des avis différents sur cette question. A titre d'exemple, dans son rapport du 20 mai 2018, la

Dre DD.\_\_\_\_\_ du Centre B.\_\_\_\_\_ a, à la fois, mentionné que la fréquence des crises partielles complexes était d'une à deux fois par mois selon son anamnèse, mais d'une à deux fois par semaine selon les explications du mari de la recourante. Pour sa part, le Dr Q.\_\_\_\_\_, neurologue traitant, a successivement indiqué que les crises complexes partielles se manifestaient une à deux fois par semaine (cf. rapport du 6 février 2018), quasiment quotidiennement depuis l'hospitalisation du mois de mai 2018 (cf. rapport du 19 juin 2018) et plus du tout depuis l'arrêt de l'activité professionnelle au mois de juin 2018 et le réajustement du traitement médicamenteux, la situation étant alors relativement stable (cf. rapport du 23 juillet 2018). Au stade la vraisemblance prépondérante, la fréquence des crises semble ainsi fluctuer selon les périodes, de sorte qu'il faut retenir que les crises de la recourante se manifestent de manière irrégulière, conclusion qui ressort des explications de l'expert et de tous les éléments au dossier.

**d/aa)** L'expert neurologue a en définitive retenu que, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, avec une diminution de rendement de 30 % liée aux éventuelles crises d'épilepsie et à la fatigue, tout en précisant que son évaluation se limitait à l'aspect neurologique, sans prendre en compte les éléments neuropsychologiques et psychologiques. Il a considéré que cette capacité de travail n'avait pas changé depuis plusieurs années - précisant, dans le complément d'expertise du 5 décembre 2019, qu'elle existait vraisemblablement et à tout le moins depuis le début de l'année 2019 - et devrait rester identique par la suite. Contrairement à ce qu'a allégué la recourante, l'expert a ainsi pris en compte l'évolution dans le temps de la maladie épileptique dans son examen de la capacité de travail et ne s'est pas contenté d'une évaluation médicale ne reflétant qu'une image instantanée de la situation, ayant d'ailleurs mis en évidence l'irrégularité des crises (cf. TF 9C\_153/2015 du 3 novembre 2015 conid. 3.2).

**bb)** Il apparaît que les rapports des médecins traitants de la recourante ne sont pas propres à faire douter de l'évaluation de l'expert en neurologie.

L'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_, selon laquelle la recourante présente une totale incapacité de travail depuis, à tout le moins, le mois de mai 2018, ne saurait être suivie, n'étant pas étayée par le résultat de ses constatations objectives. Les examens pratiqués par ce médecin (à savoir les EEC, au repos ou lors des épreuves de stimulation, et les examens neurologiques) se sont en effet tous révélés normaux et n'ont pas montré de signe de dysfonctionnement (cf. rapports des 6 février, 28 mars et 23 juillet 2018 dudit médecin).

De même, les autres neurologues traitants de la recourante n'ont pas contesté l'appréciation de l'expert. En effet, dans ses rapports des 1<sup>er</sup> septembre et 25 septembre 2020, le Dr AA.\_\_\_\_\_ s'est limité à rapporter l'évaluation subjective de la recourante quant à sa capacité de travail (de l'ordre de 10 à 15 % en raison d'une intense fatigue), sans lui-même se prononcer sur cette question. Il en va de même des Dres EE.\_\_\_\_\_ et FF.\_\_\_\_\_, lesquelles n'ont pas évalué la capacité de travail de la recourante dans leur rapport du 8 juin 2021.

**cc)** Enfin, il convient de rejeter le grief de la recourante, selon lequel les experts auraient omis d'examiner les effets secondaires de son médicament antiépileptique (le Vimpat) sur sa capacité de travail, lesquels consisteraient en une fatigue, une irritabilité et des troubles de la marche. Outre que les experts ont mentionné que la recourante prenait ce traitement deux fois par jour à une dose de 200 mg, l'expert en neurologie a tenu compte de la fatigue comme motif justifiant une baisse de rendement, tout comme l'expert en psychiatrie (cf. consid. 9d/aa *infra*), ce dernier ayant d'ailleurs relevé l'irritabilité de la recourante (cf. consid. 9b/aa *infra*).

S'agissant des troubles de la marche, l'expert en neurologie a observé une marche spontanée normalement possible, si ce n'était une

certaine boiterie liée à des douleurs lombaires présentes au moment de l'expertise, toutefois sans syndrome lombo-vertébral évident, ainsi qu'une station possible normalement sur la pointe des pieds et sur les talons ; il en était de même pour la station pieds joints et la marche un pied devant l'autre. Ces dernières constatations ne justifiaient ainsi en aucun cas de retenir une diminution de la capacité de travail ou de rendement de la recourante.

**8. a)** Sur le plan neuropsychologique, G.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de troubles neuropsychologiques légers à moyens au sens de la classification de l'Association suisse des neuropsychologues, d'étiologie probablement mixte (neurologique et psychique).

Il a justifié ce diagnostic de manière convaincante et sur la base du résultat de tests objectifs. Il a également observé des signes de fatigue chez la recourante - singulièrement en fin de séance lorsque celle-ci s'était mise à bâiller et s'endormait brièvement alors qu'elle devait répondre à une tâche d'attention soutenue -, considérant que ladite fatigue ne résultait cependant pas d'un trouble attentionnel. Il a ainsi conclu à une dégradation cognitive progressive depuis le dernier examen neuropsychologique pratiqué le 16 juillet 2008 par la Dre Z.\_\_\_\_\_, celui-ci ne mettant pas en évidence de troubles.

**bb)** L'expert en neuropsychologie a retenu que, dans l'activité habituelle, l'assurée pouvait travailler à 100 % avec une diminution de rendement de 30 %, de sorte que sa capacité de travail était de 70 %. Dans une activité adaptée - soit simple et répétitive, ne sollicitant pas trop fortement la mémoire et avec un contrôle devant être effectuée sur l'activité par la recourante ou, éventuellement, un tiers -, la capacité de travail était de 80 %, compte tenu d'une réduction de rendement de 20 %.

**9. a)** Il convient encore d'examiner le volet psychiatrique de l'expertise, lequel a fait l'objet de la majorité des critiques de la recourante, soutenue par sa psychiatre traitante, la Dre BB.\_\_\_\_\_, et sa

psychologue traitante, T.\_\_\_\_\_, étant relevé que son argumentation apparaissait confuse, voire parfois peu compréhensible.

**b/aa)** Sur le plan psychiatrique, le Dr H.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, selon les règles de l'art (cf. consid. 6b *supra*), un épisode dépressif léger, sans véritable syndrome somatique (CIM-10 F 32.00), une agoraphobie avec trouble panique (CIM-10 F 40.01) et une personnalité évitante (CIM-10 F 60.6).

Pour établir ses diagnostics, il a confronté les plaintes de la recourante – relevant, en substance, une irritabilité, des troubles du sommeil, une fatigue ainsi que des troubles mnésiques et des fonctions cognitives, tout en soulignant que l'intéressée ne pensait pas souffrir de troubles psychiatriques – à ses observations objectives. Il a singulièrement relevé que la recourante avait entamé un suivi psychothérapeutique six mois avant l'expertise et qu'aucun trouble psychiatrique n'était décrit dans le dossier. Il a ensuite constaté que celle-ci décrivait des épisodes d'anxiété paroxystique, différents des prodromes des crises d'épilepsie, les deux types de crise présentant toutefois plusieurs points communs, à savoir un bourdonnement dans les oreilles, une sensation de difficultés respiratoires, un tremor, des sensations de froid et un état de fatigue une fois la crise terminée. Selon l'expert psychiatre, l'intéressée présentait également des cognitions agoraphobes, dans la mesure où elle évitait les lieux où il y avait trop de monde ou clos, le bruit de ce genre d'environnement étant susceptible de déclencher des angoisses, et était capable de prendre les transports en commun, ayant toutefois déjà dû sortir d'un bus par crainte de ressentir des angoisses. De surcroît, l'expert a mis en évidence que la recourante était gênée par les contacts sociaux, ne supportait pas que l'attention se porte sur elle et était réticente à faire des demandes ou à exprimer son désaccord – ce qui ne lui avait toutefois pas posé de problème lorsqu'elle travaillait – ; il n'y avait toutefois pas d'élément d'anxiété généralisée ni de doute pathologique. L'expert a également souligné que la recourante faisait un bilan de vie négatif, s'énervait facilement, avait une capacité à éprouver du plaisir réduite – observant qu'elle était néanmoins capable de

s'intéresser aux votations, aidait son fils dans ses tâches scolaires, appréciait la marche (environ une heure par jour) et visiter des magasins, ainsi que suivre des matchs de volley-ball ou de tennis à la télévision -, présentait une tristesse - notamment alimentée par des difficultés à créer des relations sociales -, était en prise à une certaine souffrance psychique - laquelle n'était toutefois pas manifeste - et éprouvait des sentiments de dévalorisation, de culpabilité, de regret et de manque de confiance en elle, sans idées noires ni suicidaires.

Dans ce contexte, après avoir réalisé un auto-test sous l'égide de ses psychiatre et psychologue traitantes, la recourante s'est plainte du fait que l'expert ne l'avait pas soumise à certains tests couramment effectués lors d'expertise, notamment au BDI 13 ou à l'échelle d'Hamilton, ce qui soulevait un problème d'égalité de traitement. Or, l'expert était libre de définir les examens cliniques qu'il souhaitait pratiquer, de confronter ses observations cliniques avec celles des médecins traitants et de recourir aux tests complémentaires qu'il jugeait nécessaires à la bonne exécution de son mandat (cf. TF 9C\_843/2019 du 3 septembre 2020 consid. 4). Le grief de la recourante doit ainsi être d'emblée écarté.

L'expert psychiatre a consciencieusement étayé ses diagnostics, se fondant sur ses constatations et l'anamnèse. Il a justifié l'épisode dépressif léger, sans véritable syndrome somatique, par la présence d'une réduction de la capacité à éprouver du plaisir - relevant néanmoins un intérêt pour les votations et le fait que la recourante aidait son fils dans ses tâches scolaires -, par une tristesse d'intensité moyenne, observable et présente la plupart du temps, par une fatigue - observée durant l'entretien neuropsychologique -, ainsi que par des sentiments de culpabilité, de dévalorisation et de faible confiance en soi ; en revanche, il n'y avait pas d'idées noires ni d'idées de suicide. C'est ainsi à tort que la recourante a affirmé que le diagnostic d'épisode dépressif léger était uniquement motivé par l'absence d'idées noires ou suicidaires ainsi que par sa capacité à s'intéresser aux votations et à aider son fils, ces mentions par l'expert n'étant que des illustrations partielles de ses ressources et compétences. De même, l'expert a retenu le diagnostic

d'agoraphobie avec trouble panique, la recourante ayant déjà dû quitter un bus ou un magasin en urgence en raison d'angoisses, et a souligné que la description des épisodes d'anxiété paroxystique était caractéristique et dissociée des crises d'épilepsie. L'expert a finalement motivé le diagnostic de personnalité évitante par la réticence de la recourante à faire des demandes ainsi que des difficultés à s'exprimer en cas de désaccord et à accepter que l'attention se porte sur elle.

**bb)** Au demeurant, les diagnostics de l'expert psychiatre ne sont pas valablement contredits par les médecins traitants de la recourante.

En effet, le diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par les Dres EE. \_\_\_\_\_ et FF. \_\_\_\_\_, dans leur rapport du 8 juin 2021, est présumé, ces médecins ayant indiqué que l'unique consultation avec la psychiatre de liaison révélait des symptômes « compatibles » avec un épisode dépressif moyen, associés à une anxiété fluctuante avec des attaques de panique. Ces médecins n'ont cependant pas décrit la symptomatologie évoquée ni fait état de constatations objectives étayant leur diagnostic.

La recourante a critiqué le fait que le rapport des deux médecins des Hôpitaux J. \_\_\_\_\_ n'avait été soumis qu'au SMR - par l'intermédiaire de la Dre CC. \_\_\_\_\_ qui n'avait pas examiné la recourante et n'était pas une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie - et non aux experts, lesquels avaient requis l'examen ayant fait l'objet du rapport du 8 juin 2021. Or, la recourante perd de vue, d'une part, que le rapport du 8 juin 2021 ne fait pas suite à la requête des experts, mais avait pour but une évaluation pré-chirurgicale de phase I requise par son neurologue traitant, le Dr AA. \_\_\_\_\_. D'autre part, dans son avis SMR du 19 juillet 2021, la Dre CC. \_\_\_\_\_ a demandé des explications complémentaires à la Dre BB. \_\_\_\_\_ et à T. \_\_\_\_\_ sur les conclusions du rapport du 8 juin 2021. Celles-ci ont répondu par rapport du 7 septembre 2021, dans lequel elles reprenaient les explications fournies le 22 novembre 2020 et, singulièrement, le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. C'est

ainsi à juste titre que la Dre CC.\_\_\_\_\_ a retenu, conformément à sa fonction, dans son avis SMR du 18 octobre 2021, que les troubles du spectre anxieux et dépressif avaient déjà été appréciés lors de l'expertise et qu'il n'existait pas de nouveaux diagnostics ou d'aggravation des troubles existants propres à remettre en cause les conclusions de l'expertise. Plus encore, le grief tiré de l'absence d'auscultation par la médecin du SMR n'est d'aucune aide à la recourante, dans la mesure où, tel qu'exposé ci-dessus (cf. consid. 5d *supra*), les avis médicaux du SMR n'impliquent pas d'examen clinique et ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical, ce qu'a en l'occurrence fait la Dre CC.\_\_\_\_\_. Le grief de la recourante est ainsi infondé.

Dans leurs rapports initiaux des 3 février 2020, 22 novembre 2020 et 7 septembre 2021, la Dre BB.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont principalement diagnostiqué un trouble panique (anxiété épisodique paroxystique ; CIM-10 F 41.0) et un trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F 41.2), existant depuis 2019. D'une part, ces diagnostics sont proches de ceux retenus par l'expert psychiatre et ont été établis sur la base d'observations relativement superposables, notamment l'existence de crises de panique récurrentes et inattendues, une fatigabilité, des troubles du sommeil, une irritabilité, ainsi qu'une peur de sortir de chez elle. Il est, à cet égard, relevé que ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références). S'agissant des déficits cognitifs et des troubles de l'attention, de planification, d'organisation, du langage et de la mémoire mentionnés par la Dre BB.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, ces éléments ont été pris en compte et évalués par l'expert en neuropsychologie. D'autre part, la définition du trouble anxieux et dépressif mixte de la CIM-10 prévoit que cette catégorie doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance

nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé ; quand des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés, les deux diagnostics doivent être notés et on ne fait pas un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. Or, l'expert psychiatre a posé un diagnostic séparé s'agissant de l'atteinte dépressive, ce qui ne fait que confirmer son appréciation s'agissant du degré de sévérité léger de l'épisode dépressif. Si les symptômes dépressifs étaient présents avec une intensité suffisante dès 2019, la Dre BB. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ auraient en principe également établi un diagnostic séparé d'épisode dépressif. De surcroît, l'expert a diagnostiqué un trouble de la personnalité, alors qu'aucun diagnostic dans ce registre n'a été retenu par la Dre BB. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, l'expert ayant mis en évidence des éléments non évoqués par lesdites praticiennes dans leurs différents rapports. Cela tend également à démontrer l'exhaustivité et l'exactitude de l'analyse diagnostique de l'expert.

S'agissant du rapport du 10 janvier 2022 de la Dre BB. \_\_\_\_\_ et de T. \_\_\_\_\_, ainsi que des résultats de la recourante au BDI 13 du 30 novembre 2021 sur lesquels était fondé ledit rapport, ces praticiennes ont précisé qu'il s'agissait d'évaluer la sévérité de l'épisode dépressif actuel de l'intéressée. Néanmoins, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, en l'occurrence au 19 octobre 2021. Le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), de sorte que le rapport susdit, ainsi que les griefs soulevés par la recourante en lien avec celui-ci n'ont pas à être examinés. Quoi qu'il en soit, il convient de faire preuve de retenue, car ces observations émanent de la psychiatre et de la psychologue traitantes de la recourante ainsi que d'une version raccourcie d'un auto-test reflétant le ressenti subjectif de l'intéressée.

Au demeurant, dans leur rapport du 22 novembre 2020, la Dre BB. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ont, pour la première fois, mentionné le

diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F 45.4). La CIM-10 expose que, dans le cas d'un tel trouble, la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien ; le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. Or, la Dre BB. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ n'ont aucunement fait référence à des allégations de douleurs et n'ont mentionné aucun des critères définissant cette atteinte, que cela soit dans leur rapport du 22 novembre 2020 ou celui du 7 septembre 2021, étant relevé que la recourante n'a jamais consulté de spécialiste en rhumatologie. C'est par ailleurs uniquement dans leur rapport du 10 janvier 2022 – postérieur à la décision litigieuse et non pertinent pour la Cour de céans – que ces praticiennes ont évoqué, pour la première fois, des « douleurs dans la nuque ou dans le bas du dos », cette seule mention étant insuffisante pour justifier le diagnostic évoqué. Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de tenir compte dudit diagnostic et il ne saurait être reproché à l'intimé de ne pas avoir complété l'expertise pluridisciplinaire d'un volet rhumatologique.

**c/aa)** De surcroît, l'expert psychiatre a diligemment analysé les différents indicateurs posés par la jurisprudence (cf. consid. 6c *supra*).

**bb)** L'expert a, dans un premier temps, effectué un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé.

En particulier, il a retenu que la fatigue – laquelle représentait la plainte principale de la recourante, imposait un repos qui était de durée et dont l'importance ne s'expliquait pas par le trouble de l'humeur – était responsable d'une baisse de rendement de 10 à 20 % dans une activité à plein temps.

De même, le degré de gravité de l'épisode dépressif était léger, les médecins traitants n'ayant pas démontré une aggravation dudit épisode, tel que discuté ci-dessus (cf. consid. 9b/bb *supra*).

Quant à l'agoraphobie avec troubles paniques, l'expert psychiatre a considéré qu'il n'y avait pas véritablement de répercussion sur la capacité de travail, hormis une fragilisation de la recourante. Il ressort en effet de l'expertise que ce trouble ne limite pas la recourante en toutes circonstances et pour toutes ses activités. Pour exemple, celle-ci avait été capable de venir à l'expertise en utilisant les transports publics, n'avait jamais dû quitter brusquement son lieu de travail en raison d'épisodes d'anxiété paroxystique et était capable de se promener en ville environ une heure par jour ainsi que d'aider son fils dans ses devoirs jusqu'à deux heures par jour.

S'agissant du diagnostic de personnalité évitante, l'expert n'a pas mentionné que ce trouble engendrerait une diminution de la capacité de travail ou serait grave. C'est le lieu de préciser que l'expert a consciencieusement analysé les ressources et limitations de la recourante, concluant qu'une diminution des ressources personnelles n'était pas retenue, et, dans ce cadre, a noté, en lien avec la structure de la personnalité, que l'aptitude à la communication était moyenne et que, de longue date, les capacités relationnelles étaient assez faibles ; toutefois, cela n'avait pas entravé la recourante et ces éléments d'anxiété sociale n'avaient pas posé de problème particulier dans le cadre du travail, l'intéressée ayant entretenu de bonnes relations avec la clientèle et avec ses collègues. A cet égard, il ne ressort pas des pièces portées au dossier que serait survenue une décompensation du trouble de la personnalité depuis l'arrêt de l'activité lucrative, étant rappelé que la psychiatre traitante et la psychologue de la recourante n'ont, elles-mêmes, pas retenu de diagnostic dans le registre des troubles de la personnalité (cf. consid. 9b/bb *supra*). Au demeurant, dans le cadre de son examen clinique, l'expert psychiatre a noté qu'il n'y avait pas de signe neurovégétatif d'angoisse ou d'anxiété particulière et que la recourante paraissait assez à l'aise dans le contact. Ces éléments plaident pour

l'absence de gravité du trouble de la personnalité. Il découle également de ce qui précède que l'expert psychiatre a consciencieusement analysé la personnalité de la recourante. Dans le cadre de l'examen des ressources et limitations de la recourante, l'expert a encore relevé que celle-ci présentait des manques d'adaptation et de flexibilité, mais qu'elle parvenait à s'organiser et à respecter un cadre, notant par exemple ses rendez-vous ; elle pouvait également prendre des décisions et son aptitude au jugement était préservée. Enfin, l'expert a considéré que la capacité d'endurance était « moins bonne » avec une augmentation de la fatigabilité.

L'expert psychiatre a examiné le succès ou l'échec du traitement de la recourante, cette question étant également examinée en lien avec l'analyse de la cohérence (cf. consid. 9c/cc *infra*), ainsi que l'éventualité d'introduire des mesures de réadaptation, considérant que celles-ci n'étaient ni indiquées, ni contre-indiquées.

Finalement, pour ce qui est du contexte social, il a retenu que la famille proche de l'intéressée représentait une ressource externe et que la recourante participait surtout aux activités familiales, se sentant peu investie par ses quelques connaissances extérieures. Il a également décrit le quotidien de la recourante et ses habitudes, lesquels ont été pris en compte dans son appréciation.

**cc)** L'expert psychiatre a, dans un second temps, effectué un examen de la cohérence, considérant que les plaintes subjectives de la recourante correspondaient aux observations cliniques, hormis pour la fatigue. Il y avait également une bonne concordance entre les plaintes et les activités du quotidien. Toutefois, les plaintes n'étaient pas totalement uniformes dans tous les domaines de la vie, des retentissements sociaux plus importants en lien certainement avec la structure de personnalité ayant été retenus, cette appréciation étant convaincante, compte tenu du trouble de la personnalité de la recourante.

Par ailleurs, l'expert s'est, à juste titre, référé à l'exercice des tâches habituelles de la recourante pour déterminer si ses atteintes à la santé se manifestaient de la même manière dans tous les domaines de sa vie, l'intéressée n'ayant plus d'activité professionnelle depuis le mois de juin 2018. S'agissant de l'auto-réadaptation professionnelle, l'expert a pris en compte le comportement de la recourante lorsqu'elle travaillait, notamment dans le cadre de l'examen de ses ressources et de ses limitations (cf. consid. 9c/bb *supra*). Il n'a pas tiré de conclusion selon laquelle la recourante aurait eu un comportement incohérent durant la période où elle exerçait une activité lucrative.

De surcroît, l'expert psychiatre a examiné si le traitement de la recourante était mis à profit et considéré qu'il pouvait être adapté par la prescription d'un antidépresseur - lequel permettrait d'atténuer les symptômes dépressifs et anxieux, respectivement récupérer un rendement de 100 % -, soulignant que des techniques de thérapie cognitive et comportementale pouvaient également être utiles pour le trouble anxieux. Il a d'ailleurs mentionné que la recourante avait entamé une psychothérapie depuis plusieurs mois au moment de l'expertise et qu'elle refusait toutefois la prise d'antidépresseurs par crainte d'effets secondaires déjà apparus dans le passé en raison de psychotropes. Ce n'est ainsi pas en raison d'une incapacité inévitable de la recourante de comprendre sa maladie que celle-ci n'a pas immédiatement recouru à un antidépresseur recommandé et accessible, contrairement à ce qu'a allégué l'intéressée. De surcroît, cette dernière ne saurait reprocher à l'expert de s'être déchargé sur le médecin traitant de la tâche de sélectionner l'antidépresseur indiqué. En effet, l'expert, lequel n'est pas un spécialiste en pharmacologie, a, à juste titre, précisé qu'il était nécessaire de solliciter un service de psychopharmacologie - et non la psychiatre traitante - pour choisir l'antidépresseur, afin d'éviter des interactions avec les antiépileptiques et de choisir une substance ayant le minimum d'effet sur le seuil épiléptogène, étant rappelé qu'il est constant que la médication antiépileptique de la recourante a été adaptée à de nombreuses reprises depuis 2018. L'expert a ainsi pris en compte les craintes de la recourante quant à d'éventuels effets secondaires

indésirables. Il est également souligné que, selon le rapport du 3 février 2020 de la Dre BB.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, la recourante a suivi les recommandations de l'expert et de ses médecins traitants, un antidépresseur ayant été introduit, dès le mois de février 2020, à tout le moins, la période exacte du début dudit traitement n'étant pas précisé dans le rapport susmentionné. La Dre BB.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ayant fait part d'observations relativement superposables à celles de l'expert psychiatre dans leurs rapports ultérieurs des 3 février 2020, 22 novembre 2020 et 7 septembre 2021 (cf. consid. 9b/bb *supra*), le traitement antidépresseur ne semble toutefois pas avoir amélioré la symptomatologie de la recourante - et, partant, sa capacité de travail -, tel que l'avait anticipé l'expert. Aussi, au stade de la vraisemblance prépondérante, il ne sera pas retenu d'amélioration de la capacité de travail sur le plan psychiatrique, contrairement aux prévisions de l'expert.

**d/aa)** L'expert psychiatre a en conclusion considéré que la capacité de travail de la recourante était complète pour un plein temps, avec une baisse de rendement de l'ordre de 10 à 20 % due à la fatigue. Sa capacité de travail globale sur le plan psychiatrique était dès lors de l'ordre de 80 à 90 %.

**bb)** Aucune pièce au dossier ne permet de mettre en doute cette appréciation. En effet, les conclusions de la Dre BB.\_\_\_\_\_ et de T.\_\_\_\_\_ contenues dans leurs rapports des 3 février 2020, 22 novembre 2020 et 7 septembre 2021 sont incohérentes. Dans leur premier rapport du 3 février 2020, ces dernières ont estimé que la recourante était en totale incapacité de travail, alors que, sans explication sur ce point, dans leurs rapports des 22 novembre 2020 et 7 septembre 2021, elles ont retenu une capacité de travail de 30 % sur les plans psychologique et neurologique, étant précisé que ces praticiennes n'ont aucunement fait état du status neurologique de la recourante et n'étaient ainsi pas en mesure de se prononcer sur cette partie de ses troubles. Cela étant, lesdites praticiennes n'ont pas étayé la modification de leur évaluation de la capacité de travail, alors qu'elles ont fait état de constatations psychiatriques similaires sans évolution dans leurs trois rapports. Il est

également étonnant que, dans leurs rapports des 22 novembre 2020 et 7 septembre 2021, elles aient ajouté un nouveau diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, tout en faisant simultanément état d'une augmentation de la capacité de travail de la recourante. Compte tenu de ces inconsistances manifestes, il ne saurait leur être reconnu une valeur probante propre à remettre l'expertise en cause.

**cc)** Enfin, la recourante se prévaut de la jurisprudence selon laquelle une dysthymie (CIM- 10 F 34.1) peut être susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité (ATF 143 V 418 consid. 8.1 ; TF 9C\_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 4.1 et TF 9C\_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 avec les références). Outre que la recourante ne présente pas de dysthymie, au vu des rapports médicaux, mais un épisode dépressif léger, le trouble de la personnalité diagnostiqué, à savoir une personnalité évitante, n'a pas été qualifié de grave et n'a aucune répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Son grief tombe dès lors à faux.

**10.** Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les appréciations propres de chaque expert sur les plans neurologique, neuropsychologique et psychiatrique sont probantes.

**11.** Il convient néanmoins de revenir sur l'évaluation consensuelle de la capacité de travail effectuée par les experts ainsi que sur les conclusions qu'en ont tirées les médecins du SMR, respectivement l'office intimé.

**a)** Tel que souligné par la Dre F.\_\_\_\_\_, dans son avis SMR du 21 octobre 2019, l'évaluation consensuelle de la capacité de travail retenue par les experts, dans leur rapport d'expertise du 11 septembre 2019, à savoir de 60 % s'agissant de l'activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée, paraissait incohérente, compte tenu des taux respectifs retenus par chaque expert dans leur rapport spécialisé.

Cependant, dans leur complément d'expertise du 5 décembre 2019, les experts ont consolidé leurs conclusions et exposé qu'en l'occurrence, la capacité de travail globale de 70 % dans l'activité habituelle et adaptée sur le plan neurologique était l'élément déterminant pour l'appréciation de la capacité de travail. Néanmoins, la part neuropsychologique et psychiatrique des troubles entraînait une incapacité de travail supplémentaire additionnelle de 10 % dans l'activité habituelle et adaptée. Si l'on peut s'étonner de cette manière de procéder - les experts eux-mêmes ayant souligné que cette pratique était peu courante -, celle-ci s'explique par la complexité du cas associant des éléments neurologiques, neuropsychologiques et psychiatriques dont la répercussion sur la capacité de travail était partiellement additionnelle.

Eu égard à ce qui précède, les Dres F.\_\_\_\_\_, dans son avis SMR du 3 avril 2020, et CC.\_\_\_\_\_, à teneur de son avis SMR du 18 octobre 2021, ne pouvaient maintenir les conclusions initiales du 11 septembre 2019 des experts. Il y a dès lors lieu de retenir à la faveur de la recourante que, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail de la recourante est complète pour un plein temps, avec une diminution de rendement de 40 %, de sorte que sa capacité de travail globale est de 60 %.

**b)** C'est également le lieu de préciser que les limitations fonctionnelles arrêtées par la Dre F.\_\_\_\_\_, dans son avis SMR du 3 avril 2020, et reprises par l'intimé sont lacunaires. Si cette médecin a bien retenu que la conduite professionnelle et le travail avec des risques de blessures (tel que, par exemple, le travail en hauteur ou avec des machines dangereuses) étaient à proscrire et que l'activité envisagée devait peu solliciter la mémoire, elle a néanmoins omis de tenir compte du fait que, sur le plan neuropsychologique, l'activité devait être simple et répétitive. De même, la recourante faisait preuve d'une rapidité inhabituelle et d'une précipitation, lesquelles étaient des sources d'erreur. Un contrôle devait ainsi être effectuée par la recourante elle-même, éventuellement par un tiers. De surcroît, sur le plan neurologique, le Dr D.\_\_\_\_\_ a souligné que, même si l'activité habituelle était toujours

exigible à un taux partiel, il serait idéal que la recourante puisse exercer une activité non stressante, dans un environnement compréhensif sans stress trop important. Par conséquent, il sied de tenir compte de ces limitations fonctionnelles supplémentaires afin de définir l'activité adaptée de la recourante.

**c)** S'agissant finalement de la période à partir de laquelle la capacité de travail globale de 60 % de la recourante est exigible, rien ne justifie de s'éloigner de la décision de l'office intimé, lequel a retenu le mois de mai 2018. Cette période correspond en effet à une recrudescence des crises d'épilepsie de la recourante, laquelle a causé une hospitalisation entre le 19 et le 20 mai 2018 et l'arrêt complet de l'activité lucrative de la recourante dès le mois de juin 2018 (cf. rapports des 20 mai 2018 de la Dre DD. \_\_\_\_\_ et 19 juin 2018 du Dr Q. \_\_\_\_\_ ; fiche d'examen du droit à la rente du 12 août 2020). Cette appréciation ne s'oppose, au demeurant, pas aux explications complémentaires du 5 septembre 2019 des experts, ceux-ci ayant indiqué « pouvoir penser » que la capacité de travail actuelle globale existait, à tout le moins, depuis le début de l'année 2019.

**d)** En conclusion, il sied de retenir que la capacité de travail globale de la recourante est de 60 % dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de conduite professionnelle ; pas de travail avec risque de blessures [travail en hauteur, machines dangereuses] ; activité simple et répétitive ; activité sollicitant peu la mémoire ; contrôle effectué par la recourante elle-même, éventuellement par un tiers ; activité non stressante, dans un environnement compréhensif sans stress trop important), depuis le mois de mai 2018.

**12.** Dans un moyen subsidiaire, la recourante a fait valoir que, même si une capacité de travail partielle devait être retenue par la Cour de céans, celle-ci ne serait pas exploitable, compte tenu de ses multiples limitations fonctionnelles, et du fait qu'aucun employeur ne serait prêt à l'engager.

**a)** La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

Il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3. ; TF 9C\_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 5.1). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C\_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2).

**b)** Il est toutefois possible de s'écarter de la notion de marché du travail équilibré lorsque, notamment, l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C\_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, op. cit., n° 24 ad art. 7). Or, tel n'est à l'évidence

pas le cas, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues (pas de conduite professionnelle ; pas de travail avec risque de blessures [travail en hauteur, machines dangereuses] ; activité simple et répétitive ; activité sollicitant peu la mémoire ; contrôle effectué par la recourante elle-même, éventuellement par un tiers ; activité non stressante, dans un environnement compréhensif sans stress trop important). Le grief de la recourante doit ainsi être rejeté.

**13.** Il reste finalement à examiner le taux d'invalidité de la recourante.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**b)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1).

Selon l'art. 26 al. 2 RAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), lorsque l'assuré a été empêché par son invalidité d'achever sa formation professionnelle, le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide est le revenu moyen d'un travailleur de la profession à laquelle il se préparait. Cette disposition concrétise l'art. 16 LPGa dans la mesure où il détermine quel est le revenu sans invalidité à prendre en considération pour la comparaison des revenus dans la situation où la personne assurée avait déjà choisi et entrepris une formation professionnelle au moment de la survenance de l'invalidité, mais a été

empêchée par celle-ci de terminer sa formation et d'exercer une activité lucrative concrète en conséquence. En vertu de la disposition d'exécution, le revenu sans invalidité doit dans ces cas être évalué comme si la personne assurée avait achevé sa formation professionnelle et exercerait l'activité correspondante lui permettant de réaliser « le revenu moyen d'un travailleur de la profession à laquelle il se préparait ». Elle repose donc sur la fiction que l'assuré a non seulement réussi sa formation mais a également trouvé un emploi dans la branche professionnelle y relative (TF 9C\_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 4.2 et la référence).

**c)** Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

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

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

**e)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si, entre autres exigences, il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b). L'art. 29 al. 1 LAI dispose quant à lui que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Ces dispositions s'appliquent également en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations ; en d'autres termes, lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (ATF 140 V 2 consid. 5.3 ; TF 8C\_623/2020 du 2 août 2021 consid. 4.2).

**14. a)** En l'occurrence, il est constant que la recourante a présenté un statut d'active de 100 % depuis le mois de mars 2018, de sorte que la méthode de comparaison ordinaire des revenus est applicable.

**b)** De même, l'année 2019 est déterminante pour l'ouverture du droit à la rente de la recourante, compte tenu du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI courant dès le mois de mai 2018.

**c)** S'agissant du revenu sans invalidité de la recourante, l'application de l'art. 26 al. 2 RAI n'est pas contestable, l'intéressée ayant entamé un CFC de couturière en 2004 et ayant dû l'abandonner en raison de son trouble épiléptologique, ce qu'ont notamment relevé les experts.

Il y a ainsi lieu de se référer au salaire statistique de 4'104 fr. tiré de l'ESS (tableaux TA1\_skill\_level, secteur 13-15 [industrie du textile et de l'habillement], niveau de compétence 2, femme, pour un taux de 100 %), calculé sur 41.7 heures de travail hebdomadaire, pour l'année 2018, avec application d'une indexation de 0.9 % pour l'année 2019. Sur la base de ces critères, le revenu sans invalidité de la recourante s'élève à 51'803 fr. 11, contrairement au montant de 56'173 fr. calculé, de manière erronée, par l'intimé.

**d)** S'agissant du revenu avec invalidité de la recourante, il convient de le déterminer à nouveau, eu égard à la capacité de travail globale de 60 %. A ce sujet, il est souligné que l'intimé a fondé son calcul sur l'ESS 2016 avec indexation pour les années 2017, 2018 et 2019, cette manière de procéder n'étant pas admissible, dès lors que doit être utilisée l'ESS la plus récente, soit celle de 2018 en l'occurrence.

Ainsi, en prenant en compte le salaire statistique de 4'371 fr. de l'ESS (tableaux TA1\_skill\_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, femme, pour un taux de 100 % avec une baisse de rendement de 40 %), calculé sur 41.7 heures de travail hebdomadaire, pour l'année 2018, indexé de 0.9 % pour l'année 2019, le revenu avec invalidité s'élève à 33'104 francs.

Rien ne justifie d'appliquer un taux d'abattement supplémentaire au revenu avec invalidité, les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles de la recourante ayant déjà été prises en compte dans la baisse de rendement de 40 % et dans la détermination de sa capacité de travail, singulièrement les troubles neuropsychologiques, les crises d'épilepsie et la fatigue. La recourante ne présente aucun autre facteur susceptible de permettre l'application d'un autre critère d'abattement.

**e)** Par conséquent, après pondération des revenus statistiques sans et avec invalidité, sans application d'un abattement supplémentaire,

le taux d'invalidité de la recourante est de 36.10 %, arrondi à 36 %, ce qui ne lui ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

**15. a)** En définitive, le recours de R. \_\_\_\_\_ doit être rejeté et la décision litigieuse rendue le 19 octobre 2021 par l'intimé confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

**d)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 19 octobre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de R.\_\_\_\_\_ et provisoirement supportés par l'Etat.

**IV.** Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens.

**V.** R.\_\_\_\_\_ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC (applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), tenue au remboursement des frais judiciaires, mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- PROCAP Suisse, Service juridique (pour R.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :