

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 novembre 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
MM. Küng et Bonard, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate auprès d'Inclusion Handicap à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) Originaire de la République de [...], H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], est arrivée en Suisse en [...] au bénéfice d'un permis C. Mariée, elle est mère de deux enfants (nés en [...] et [...]). Sans formation reconnue, elle travaillait, depuis le 1^{er} septembre 2010, en qualité d'opératrice de montage d'abord à plein temps, puis à 80 %, auprès de la société B. _____ SA à [...].

b) Le 15 mars 2013, un carcinome *in situ* du sein gauche a été diagnostiqué et l'assurée a subi plusieurs interventions entre 2013 et 2014 pour une reconstruction mammaire. En 2018, une mastectomie et ablation des ganglions sentinelles puis une hystérectomie subtotale avec salpingectomie a encore été réalisée.

En incapacité de travail totale depuis le 20 novembre 2018, H. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes (mesures professionnelles/rente) le 14 janvier 2019, en raison de « fatigue, épuisement, peine à se concentrer, angoisse, insomnie, absence du plaisir....tristesse ».

Dans le formulaire de détermination du statut complété le 27 février 2019, l'assurée a inscrit que, sans atteinte à la santé, elle serait active à 100 % depuis le 22 mars 2010 en tant qu'opératrice (montage, câblage, ouvrière), par nécessité financière.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assurée (rapport du 5 mai 2019 du Dr X. _____, généraliste, médecin traitant avec rapport du 27 mars 2019 de la Dre S. _____, cheffe de clinique en gériatrie au [...]; rapport du 16 septembre 2019 de la Dre Z. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, suivant l'assurée depuis le 8 février 2019 avec un rapport du 20 juin 2019 de la Dre S. _____), puis obtenu le dossier constitué par

l'assureur perte de gain de l'employeur ([...] SA) versant ses indemnités journalières sur la base des incapacités de travail totales attestées par les médecins traitants et dont il ressort en particulier un rapport du 2 mars 2019 du Dr X._____, un rapport d'IRM cérébrale effectuée le 4 avril 2019 par le Dr J._____, médecin-chef du Service de radiologie à l'Hôpital de [...] ainsi qu'un rapport du 22 mai 2019 relatif à un examen neuropsychologique du 17 avril 2019 réalisé au [...].

Le 17 août 2020, la Dre T._____, médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a estimé, sur la base de son examen des rapports des médecins consultés, que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif moyen avec répercussions neurocognitives majeures, clairement incapacitantes et importantes sur le fonctionnement quotidien. Elle a jugé l'incapacité de travail comme totale dans toute activité en 2019, mais a relevé que les éléments au dossier étaient déjà anciens et nécessitaient d'être actualisés.

Dans un rapport du 24 août 2020 à l'OAI, le Dr X._____ a posé les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail) d'état dépressif non évolutif et (sans répercussion sur la capacité de travail) de cervicalgie sur discopathie C5-C6, C6-C7 en 2015, de statut post hystérectomie subtotale avec salpingectomie bilatérale le 5 août 2018 et de statut post mastectomie gauche pour carcinome *in situ* avec reconstruction en 2013. Pour ce médecin, sur le plan strictement somatique, la capacité de travail de sa patiente était de 100 % dans toute activité comme dans la sphère ménagère.

Dans un rapport du 16 septembre 2020 à l'OAI, la Dre Z._____ a fait part d'une évolution fluctuante, sans véritable rémission de l'épisode dépressif moyen depuis son précédent rapport de septembre 2019. Elle rapportait au contraire une nouvelle aggravation des symptômes dépressifs en 2020 en raison de l'annonce de mauvaises nouvelles (en dernier lieu la fin du versement des indemnités journalières perte de gain pour le mois de novembre 2020). Pour la psychiatre traitante, il n'y avait aucune évolution de la capacité de travail, qui

demeurait nulle dans toute activité en raison de l'intrication entre la sphère psychique et somatique, ainsi que la présence de douleurs multiples des suites de la mastectomie et des céphalées. L'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé au vu d'une nouvelle aggravation de la « symptomatologie dépressive dans le contexte des difficultés existentielles récentes » et d'une modification récente du traitement sous la forme de l'introduction d'un neuroleptique atypique (Quiétapine®) en tant qu'anxiolytique et stabilisateur d'humeur, avec une réponse prometteuse. Pour la psychiatre traitante un programme de réentraînement au travail progressif semblait être indiqué chez sa patiente.

Après avoir recueilli l'avis du SMR sur les renseignements médicaux complémentaires récoltés au dossier (avis médical du 8 octobre 2020 de la DreT._____), l'OAI a, par l'intermédiaire de la plateforme SuisseMED@P, confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie, avec examen neuropsychologique) au M._____ SA de [...], dont les experts (les Drs F._____, spécialiste en médecine interne générale, L._____, spécialiste en rhumatologie, D._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ainsi que V._____, responsable d'unité département de médecine service de neuropsychologie et logopédie) ont rendu leur rapport le 2 août 2021. Ces experts ont retenu les diagnostics, ayant ou non une incidence sur la capacité de travail, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0 ; diagnostic différentiel : simulation des symptômes ou d'incapacité, soit physique, soit psychologique), d'autres troubles spécifiques de la personnalité, notamment une personnalité enfantine (F60.8), de cervicalgie sans irradiation sur protrusion discale C5-C6 gauche (M54.2), de lombalgie sans irradiation inconstante et variable avec examen neurologique normal (M54.5) et de fibromyalgie. Au moment d'apprécier la situation, sur le plan somatique, ils ont émis, de manière consensuelle, les considérations suivantes (rapport d'expertise, évaluation consensuelle, pp. 3 - 4) :

“4.1 Évaluation médicale interdisciplinaire

Madame H. _____ est âgée de 45 ans, née en [...], en Suisse depuis [...], ayant un permis C. Mariée, 2 enfants. Sans formation précise, dernier travail comme opératrice de montage de septembre 2010 jusqu'en décembre 2017.

En avril 2013, on découvre un carcinome canalaire in situ du sein gauche avec une mastectomie et ablation des ganglions sentinelles. Elle n'a pas subi de chimiothérapie ni de radiothérapie. Par la suite, elle a subi trois interventions chirurgicales entre 2013 et 2014 pour reconstruction mammaire gauche avec mise en place d'une prothèse. Par la suite, découverte d'une hypothyroïdie traitée et un léiomyome au niveau utérin, avec hystérectomie subtotale et salpingectomie en avril 2018. L'IRM cérébrale du 02.04.2019 mettait en évidence de multiples hypersignaux T2 de la substance blanche sustentoriale périventriculaire et sous corticale non spécifique qui ont été investigués chez un neurologue qui n'a pas posé de diagnostic invalidant.

L'examen neuropsychologique effectué en mai 2019 mettait en évidence un trouble attentionnel majeur avec ralentissement sévère de la vitesse de traitement et un dysfonctionnement exécutif sévère. En revanche, l'examen neuropsychologique effectué dans le cadre de cette expertise et validé par l'expert psychiatre met en évidence une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'expert psychiatre signale également la présence de symptômes massifs suspects d'une simulation chez une expertis[é]e présentant une personnalité enfantine, mais ayant des ressources psychologiques.

L'examen clinique montre également des signes de fibromyalgie sur la diffusion de la douleur, sur la durée du syndrome douloureux et l'absence d'étiologie retrouvée. La lombalgie, inconstante et variable, s'intègre dans le diagnostic de fibromyalgie avec douleurs de l'hémicorps gauche sans signe neurologique.

Le retentissement de la fibromyalgie est apprécié par le test SSA (asthénie, somnolence, troubles mnésiques) il est à 7/9. Les signes associés, représentés [par] le test SSB est à 1/3. La sévérité globale de cette fibromyalgie est donc de 8/12 ce qui est moyen.

Les plaintes actuelles consistent en douleurs de façon permanente, mais peu intenses dans tout le corps, avec fatigue, troubles de la concentration et de la mémoire, troubles du sommeil, angoisses.

L'examen clinique pluridisciplinaire a mis en évidence surtout les incohérences d'ordre psychiatrique et neuropsychologique, également avec les différents rapports figurant dans votre dossier chez une expertisée étant convaincu qu'elle ne peut pas travailler et qu'elle mérite une rente AI."

Ensuite, les experts ont évalué la capacité de travail de l'assurée et émis des recommandations thérapeutiques comme suit (expertise, appréciation consensuelle, p. 5) :

“4.7. Capacité de travail dans l’activité exercée jusqu’ici

100% sur un taux horaire de 100% pour tous les experts excepté entre avril et août 2013 et pendant 4 à 5 semaines en 2018.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

100% sur un taux horaire de 100% pour tous les experts exceptés entre avril et août 2013 et pendant 4 à 5 semaines en 2018.

4.9. Motivation de l’incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s’additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

La seule incapacité de travail retenue est d’ordre de la médecine interne, suite à l’intervention pour le cancer du sein (2013) et l’intervention chirurgicale pour hystérectomie subtotale et salpingectomie (2018).

4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

L’expert rhumatologue propose de la physiothérapie.”

Les experts n’ont pas retenu de limitations fonctionnelles d’ordre de la psychiatrie, de la neuropsychologie ou de la médecine interne. Ils ont uniquement listé des restrictions d’ordre rhumatologique, à savoir : « pas d’effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg ».

Dans un rapport SMR du 26 août 2021, la Dre T._____ a repris à son compte les constatations et conclusions de l’expertise pluridisciplinaire du M._____. Se distançant de l’avis de la psychiatre traitante, le médecin-conseil du SMR constatait qu’aucune incapacité de travail durable ne pouvait être retenue.

Par projet de décision du 27 août 2021, l’OAI a fait part à l’assurée de son intention de lui refuser toute prestation, au motif de l’absence d’atteinte durablement incapacitante et d’une capacité de travail totale dans toute activité.

Dans le cadre des objections du 10 septembre 2021 de l’assurée envers ce préavis négatif, complétées les 28 septembre et 15 novembre 2021 avec l’assistance de Me Florence Bourqui du Service

juridique d'Inclusion Handicap, demandant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise afin d'évaluer sa capacité de travail, l'OAI a reçu :

- un courrier du 24 septembre 2021 de la Dre Z._____, laquelle a contesté les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise du M._____, reprochant en particulier au Dr D._____ d'avoir validé l'hypothèse de simulation sans donner d'arguments valables, étant d'avis pour sa part que l'état de santé de sa patiente n'était pas encore stabilisé et que des nouvelles investigations et évaluations étaient indiquées afin d'affiner les diagnostics, orienter le traitement et clarifier la possibilité de la récupération d'une partie de la capacité de travail. Selon la psychiatre traitante, une évaluation devait être organisée à la consultation spécialisée dans les troubles neurologiques fonctionnels du Service de neuro-psychosomatique à l'Hôpital de l'[...] de [...]. En annexe à son courrier, la psychiatre a joint un compte-rendu du 10 juin 2021 des Drs R._____ et E._____ de la [...].

- un rapport du 1^{er} novembre 2021 du Dr X._____ indiquant que malgré un suivi par la Dre Z._____ et un séjour du 17 mai au 5 juin 2021 auprès du Centre de réadaptation médicale et neurologique à la Clinique [...], sa patiente présentait toujours une symptomatologie dépressive sévère depuis l'automne 2018 avec des symptômes typiques tels qu'aboulie, baisse de la thymie, asthénie importante et trouble de la concentration. Le médecin traitant s'étonnait de l'absence de mise en évidence dans l'expertise du M._____ d'évolution de cette symptomatologie « clairement handicapante », précisant que l'assurée lui avait décrit les investigations des experts comme étant extrêmement agressives, voire psychologiquement traumatisantes.

Le 22 février 2022, l'OAI a enregistré au dossier deux rapports des 10 janvier et 1^{er} février 2022 adressés à la Dre Z._____ par la Dre A._____, neurologue. Lors de sa seconde consultation du 11 janvier 2022, la Dre A._____ a fait part d'une évolution globalement stable à court terme depuis sa consultation du mois précédent. Diagnostiquant des troubles attentionnels et exécutifs avec répercussions sur la mémoire

antérograde et à court terme, de probable origine thymique (bilan neuropsychologique du 12 juin 2019) avec composante de surcharge fonctionnelle, cette médecin a indiqué que l'assurée présentait des difficultés neurocognitives en premier lieu dans le cadre de sa comorbidité psychiatrique, pour laquelle la poursuite de la psychothérapie se justifiait. Par ailleurs, une IRM cérébrale du 14 janvier 2022 restait superposable au précédent examen du 4 avril 2019, élément qui était « très rassurant ». En l'absence d'une origine inflammatoire ou neurodégénérative, la situation demeurant globalement stable depuis 2018 selon l'anamnèse auprès du mari de l'intéressée, seul un contrôle de l'évolution était prévu dans neuf mois sous réserve d'une évolution stable.

Après avoir requis le point de vue du SMR (avis « audition » du 22 mars 2022 - lequel écartait les rapports des médecins traitants au motif qu'il s'agissait d'«une interprétation différente d'une même situation par rapport aux conclusions du M. _____ »), l'OAI a adressé un courrier du 30 mars 2022 dans lequel il a pris position sur les arguments du conseil de l'assurée.

Par décision du 8 avril 2022, l'OAI a entériné le projet de décision du 27 août 2021 de refus de prester en faveur de l'assurée.

B. Par acte du 3 mai 2022, H. _____, assistée par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, exerce un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant, avec dépens, à l'annulation de la décision précitée et au renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sur la forme, elle fait grief au DrD. _____ de s'être fondé sur un examen « trop peu profond » ne comportant aucune explication essentielle à l'appréciation du cas et n'expliquant pas les différences avec les autres avis médicaux du registre psychiatrique. Au fond, elle rediscute la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire figurant au dossier de l'OAI au vu du « peu de rigueur de l'examen du M. _____, les manquements du rapport à l'aune des règles en matière d'établissement des diagnostics psychiatriques, sa superficialité générale, et un manque cruel des

positions du Dr D._____ » en lui opposant les compétences de la Dre Z._____ dans son courrier du 24 septembre 2021 dont l'avis est corroboré par les autres médecins consultés, à savoir le Dr X._____, les spécialistes de la Clinique [...] et la Dre A._____ confirmant les difficultés persistantes chez la recourante, laquelle demande la mise en œuvre par l'OAI d'une nouvelle expertise.

Dans sa réponse du 23 mai 2022, l'office intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, renvoyant au rapport d'expertise pluridisciplinaire du M._____ en soulignant que le Dr D._____ ne retient pas d'atteinte psychiatrique si ce n'est une personnalité infantile non invalidante chez la recourante, qui a pu travailler dans le passé notamment pendant plusieurs années auprès du même employeur, et que les tests de validation n'ont pas été réussis. Se référant au point de vue du SMR (avis « audition » du 22 mars 2022), l'OAI considère d'une part, que la Dre Z._____ admet qu'elle ne peut pas « affirmer » le diagnostic d'un état de stress post-traumatique et que, d'autre part, la Dre A._____ constate le décalage entre les plaintes neuropsychologiques et le trouble fonctionnel, diagnostic qu'elle impute à une problématique psychiatrique. Enfin, le SMR expliquerait la divergence d'avis entre la Dre Z._____ et le Dr D._____ par le lien thérapeutique fondé sur le postulat de la sincérité qui lie le médecin et son patient ainsi que par la prise en compte des plaintes et les limitations subjectives qui ne pouvaient pas être retenues en raison de la mise en évidence, lors de l'expertise, d'« incohérences majeures voire une simulation » sur les plans neuropsychologique et psychiatrique. Maintenant le caractère probant du rapport d'expertise pluridisciplinaire du M._____ et s'écartant de l'avis de la psychiatre traitante, l'office intimé considère qu'aucune incapacité de travail durable ne peut être retenue.

Dans sa réplique du 16 mai 2023, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions. Ce faisant, elle a produit un « rapport de fin d'investigation » du 3 mai 2023 des Drs A._____ et P._____, médecins du Département de psychiatrie du CHUV, consultés à dix reprises entre le 9 juin 2022 et le 12 janvier 2023. Posant le diagnostic

principal d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.2) chez la requérante présentant un ralentissement psychomoteur important depuis 2018 et les diagnostics secondaires d'un état de stress post-traumatique (F43.1) avec une modification durable de la personnalité suite à un traumatisme (F62.9), de trouble dissociatif (F44.9 ; CIM 11 : trouble symptomatique neurologique dissociatif) et de dépendance aux benzodiazépines, sous prescription médicale (F13.2), ces deux médecins excluent par contre une simulation des symptômes (F68.0) et reprochent aux experts de ne pas avoir discuté les avis divergents des médecins précédemment consultés (les Drs A. _____ et [...]), relevant de plus que l'expertise a été vécue comme traumatisante par l'intéressée qui a dû répondre à des questions précises sur le viol subi à dix-huit ans alors que cet élément n'était pas nécessaire pour valider le diagnostic, ni un argument pour une simulation. De l'avis des Drs A. _____ et P. _____, la capacité de travail est nulle « pour cette patiente présentant un tableau psychiatrique complexe menant à des limitations fonctionnelles sévères et une forte réduction de son autonomie ».

Dans sa duplique du 27 juin 2023, l'OAI a indiqué n'avoir rien à ajouter à sa réponse du 23 mai 2022.

C. Par décision du 5 mai 2022, H. _____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 mai 2022. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

E n d r o i t :

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

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile (art. 60 LPGA) compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. a LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, eu égard à la prétendue instruction lacunaire de l'office ayant conduit à écarter des diagnostics incapacitants et à retenir une capacité de travail résiduelle.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date

déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

b) En l'occurrence, la décision est datée du 8 avril 2022, mais l'ouverture éventuelle du droit à la rente litigieuse remonte à novembre 2019 et les faits pertinents sur lesquels ont porté l'instruction sont antérieurs à la modification législative. Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste donc en l'espèce applicable (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne

droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

Selon la jurisprudence, les « facteurs extra-médicaux » (exagération des plaintes, réticence à accepter un traitement, faible motivation à reprendre une activité lucrative), à l'instar des facteurs psychosociaux et socioculturels, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Pour admettre une invalidité, il faut dans tous les cas un substrat médical constaté de manière concluante par un médecin (spécialisé) et dont il est prouvé qu'il entrave considérablement la capacité de travail et de gain. Plus les facteurs psychosociaux et socio-culturels sont importants dans le cas d'espèce et contribuent à déterminer le tableau clinique, plus les troubles psychiques constatés par le médecin spécialiste doivent être marqués et avoir valeur de maladie. Cela signifie que le tableau clinique ne doit pas se limiter à des atteintes dues à des facteurs socio-culturels, mais qu'il doit comprendre des éléments psychiatriques distincts, par exemple une dépression durable au sens de la médecine spécialisée, clairement différenciable des états dépressifs ou un état psychique

comparable. Ainsi la présence de troubles psychiques autonomes – en ce sens qu'ils doivent être distingués de la situation de stress socio-culturel – et ayant des répercussions sur la capacité de travail et de gain est indispensable pour que l'on puisse parler d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_558/2020 du 7 septembre 2021 consid. 4.2 ; TF 9C_848/2017 du 29 mai 2018 consid. 4.2 ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4).

5. **a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier le point 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation rigoureuse et complète, sans être lié par des règles formelles. 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).

6. **a)** En l'espèce, suivant le point de vue du SMR (avis « audition » du 22 mars 2022), l'OAI a considéré que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante et que sa capacité de travail était donc totale dans toute activité et, partant, a nié tout droit à une rente d'invalidité en sa faveur. Cette décision se fonde en particulier sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 2 août 2021 du M._____.

De son côté, la recourante doute de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du M._____ en lui opposant les rapports de ses médecins (DrZ._____, Drs A._____ et P._____, Dre A._____) valant, à ses yeux, contre-expertise. Dans ces conditions, elle est d'avis que sa cause devrait être davantage instruite.

b) D'emblée, il faut relever que le rapport de suivi des Drs A._____ et P._____, du 3 mai 2023, est postérieur à la date de la décision entreprise, étant entendu que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision en cause a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références). En outre, ce rapport porte uniquement sur les six mois précédents avec deux interruptions de suivi (voyage en [...] en été et séjour programmé à [...] en novembre 2022). De ce fait, il ne saurait apporter des renseignements sur l'état de santé de l'assurée entre l'ouverture potentielle de son droit à une rente et le jour de la décision litigieuse, étant rappelé que ledit suivi a débuté en juin 2022, plusieurs mois après le projet de décision du 27 août 2021. Tout au plus, peut-il attester d'un nouveau suivi à l'appui d'une aggravation ou d'une modification de l'état de santé qui pourraient être assimilés à une nouvelle demande ou à une demande de révision du droit à la rente selon l'issue de la présente contestation.

c) En l'occurrence, au plan formel, contrairement à ce que soutient la recourante, il y a lieu de retenir que le Dr D._____ a pris le soin d'examiner l'ensemble des avis médicaux du registre psychiatrique, a dressé une anamnèse et requis des renseignements médicaux auprès de tiers, avant de déterminer les diagnostics pertinents *in casu*. Il a tout particulièrement veillé à l'analyse du comportement de la recourante durant l'examen, mettant en évidence des discordances (expertise, volet psychiatrique, p. 11).

Eu égard à la grille des indicateurs préconisée par le Tribunal fédéral (cf. consid. 4c supra), le tableau clinique et la question de la cohérence ont été commentés par le Dr D._____. Au terme de son analyse, ce dernier a retenu l'absence d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité en notant que la symptomatologie présentée par la recourante manquait de cohérence et de plausibilité, alors que l'intéressée demeurait dotée de ressources personnelles (expertise, volet psychiatrique, p. 12). En effet, elle faisait montre de capacités significatives au quotidien en dépit de son discours, persuadée qu'elle n'était plus en mesure de se mobiliser pour effectuer l'ensemble des tâches décrites avec une aussi lourde maladie.

Les tests de validation n'ont pas été réussis compte tenu des nombreuses divergences chez une assurée très démonstrative, décrivant une quantité de symptômes cliniques.

En outre, il importe de préciser que la personnalité enfantine de l'assurée est un critère étranger à l'assurance-invalidité et ne saurait justifier de retenir des limitations corrélatives, comme l'ont du reste, à juste titre, admis les experts (expertise, évaluation consensuelle, p. 4) ; en effet, l'intéressée a pu travailler auprès du même employeur durant au moins sept ans jusqu'à l'atteinte à sa santé.

d) Sur le fond, les experts du M._____ ont retenu les diagnostics, ayant ou non une incidence sur la capacité de travail, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0 ; diagnostic différentiel : simulation des symptômes ou

d'incapacité, soit physique, soit psychologique), d'autres troubles spécifiques de la personnalité, notamment une personnalité enfantine (F60.8), de cervicalgie sans irradiation sur protrusion discale C5-C6 gauche (M54.2), de lombalgie sans irradiation inconstante et variable avec examen neurologique normal (M54.5) et de fibromyalgie.

aa) Concernant les diagnostics et leurs répercussions, s'agissant spécifiquement du diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent depuis 2018 retenu par la Dre Z._____ (cf. rapports des 16 septembre 2019 et 16 septembre 2020), le Dr D._____ a exposé les raisons le conduisant à l'écartier dans le cas particulier : il a décrit une tristesse fluctuante, une humeur « très légèrement dépressive, pas de signe d'un ralentissement psychomoteur ». Il a signalé la « présence d'idées noires sans scénario suicidaire ». Dans le registre de l'anxiété, l'expert psychiatre a rapporté une tension nerveuse au début de l'entretien puis des fluctuations, mais pas de crise d'angoisse. Il juge que des symptômes ne correspondent pas aux critères de la CIM-10 mais que des éléments culturels peuvent expliquer la tonalité des troubles cliniques (expertise, volet psychiatrique, pp. 9 et 11).

Il convient d'ajouter que cette analyse coïncide avec celle de l'expert neuropsychologue, le Dr V._____ assisté de la neuropsychologue [...], qui a estimé que le seul diagnostic à retenir au regard de la CIM-10 était celui de majoration de symptômes pour raisons psychologiques (F68.0), en raison d'une validité largement insuffisante lors des épreuves psychométriques et d'un profil remplissant les critères multidimensionnels de *malingering* selon Sherman et al. (2020).

bb) Cela étant, il faut encore examiner si les pièces médicales figurant au dossier permettent ou non de mettre en doute les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du M._____.

Dans le formulaire rendu à l'OAI le 16 septembre 2019, la Dre Z._____ retient un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, de sorte que cette médecin diagnostiquait encore un trouble passager

(épisode, sans récurrence). On ajoutera que le rapport de la psychiatre précitée tout en formulant des considérations d'ordre général, relate essentiellement les plaintes alléguées par la recourante. Ce document est donc insuffisant pour mettre en doute l'appréciation de l'expert psychiatre, laquelle repose sur ses propres constatations cliniques au jour de l'expertise.

Dans son rapport détaillé du 16 septembre 2020, la psychiatre traitante estime qu'une réadaptation est possible, elle ne définit aucune limitation au plan psychiatrique mais évoque uniquement un réentraînement. Elle base essentiellement son avis sur les plaintes de sa patiente et son ressenti.

Aux termes de son courrier médical du 24 septembre 2021, en tant qu'elle conteste la valeur probante de l'expertise en affirmant que l'expert D. _____ valide l'hypothèse de simulation sans fournir d'arguments, la Dre Z. _____ perd de vue que l'expert neuropsychologue l'a également relevé dans le cadre de son propre examen et que ce comportement a été validé lors du consilium (expertise, évaluation consensuelle, pp. 4 - 5). Cela étant, la psychiatre traitante reconnaît elle-même que l'état de sa patiente n'apparaît pas « encore chronicisé » (courrier du 24 septembre 2021, p. 5).

L'avis du médecin traitant généraliste est à cet égard plus mesuré. Le Dr X. _____, répondant aux questions de l'OAI le 5 mai 2019, a parlé uniquement de « syndrome anxio-dépressif » et l'a mis en relation avec l'hystérectomie récente (réactionnelle). Il a répondu positivement à une évolution favorable, moyennant un suivi psychothérapeutique. Il a diagnostiqué un « état anxio-dépressif » « avec symptômes de la lignée dépressive, baisse de la thymie, asthénie », sans expliciter son avis, dans le rapport destiné à l'assureur-maladie le 2 mars 2019. Puis il a répondu le 24 août 2020 que sa patiente souffrait d'un « état dépressif non évolutif », mais a exposé que sur le plan somatique, elle était en bonne santé et avait une capacité de travail entière.

Le même constat d'état anxiodépressif temporaire est formulé par la Dre S._____, médecin-chef au [...], laquelle écrit dans un rapport du 27 mars 2019, que l'assurée souffre d'un « syndrome anxiodépressif réactionnel à une hystérectomie en avril 2018 » et quelques semaines plus tard, le 20 juin 2019, ne retient plus de diagnostic de la ligne dépressive, cela semble-t-il en lien avec le suivi psychiatrique débuté le 8 février 2019 auprès de la Dre Z._____. Le test de dépistage réalisé au centre le 21 mars 2019, indiquait un positif modéré (8,5) pour l'échelle de la dépression et un négatif pour l'anxiété (6,5).

De son côté, la Dre T._____ a jugé que la dépression semblait « globalement stagnante », ce qui, afin de préciser les atteintes, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail et d'évaluer l'adéquation de la prise en charge et les mesures thérapeutiques exigibles, justifiait notamment la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (avis médical SMR du 8 octobre 2020).

Le compte-rendu du 10 juin 2021 de la [...] va aussi dans le sens d'une « symptomatologie dépressive », et ne pose pas de diagnostic de la CIM-10, *a fortiori* il n'y a pas de discussion différentielle des diagnostics.

En janvier-février 2022 la neurologue traitante (la Dre A._____) rapporte des troubles attentionnels et exécutifs avec répercussions sur la mémoire antérograde et à court terme, de probable origine thymique (bilan neuropsychologique du 12 juin 2019) avec composante de surcharge fonctionnelle, difficultés neurocognitives qu'elle relie en premier lieu à la comorbidité psychiatrique.

Si, à la lecture du rapport du 16 septembre 2020 de la psychiatre traitante, l'on peut envisager des fluctuations de l'état de santé psychique, notamment en fonction des annonces désagréables de la vie (atteintes à la santé licenciement) on ne peut que relever la discrédance des pièces médicales au dossier s'agissant de l'évaluation de l'incidence des maux retenus sur la capacité de travail.

Les évaluations psychiatrique et neuropsychologique mettent toutes deux en évidence des incohérences avec majoration, voire simulation lors des tests pratiqués au M._____, lesquels n'ont pas pu être validés. Le corollaire en est que les experts ne sont en définitive pas en mesure, faute de résultats concluants aux examens, de valider l'incapacité de travail totale annoncée par la Dre Z._____. Ils retiennent uniquement une personnalité enfantine, sans incidence sur la capacité de travail.

Sur le plan somatique (rhumatologique), l'expertise retient des cervicalgies peu spécifiques, sans éléments de gravité, sur fond de fibromyalgie, justifiant des limitations fonctionnelles (pour rappel : « pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg »), alors que de l'avis du médecin SMR, une incapacité de travail totale dans toute activité pour les atteintes psychiques était justifiée au moins jusqu'en 2019 (avis médical du 27 août 2020).

Si l'on ne peut exclure, avec les experts, que l'assurée annoncerait présenter des symptômes massifs par rapport à ses troubles, il reste pas moins que l'exclusion totale d'un trouble de la lignée dépressive par les experts ne manque pas de surprendre, alors qu'il a constamment été rapporté par l'ensemble du corps médical.

Si un tel diagnostic ne pouvait pas être retenu, faute possiblement d'être d'une intensité ou durée suffisante, une explication plus étayée de la part des experts s'avérerait nécessaire. Or, les experts se sont simplement distanciés de ce diagnostic au motif que les critères CIM-10 ne seraient pas satisfaits mais que des éléments culturels pourraient expliquer la tonalité des troubles cliniques.

Par ailleurs, si la psychiatre traitante, la Dre Z._____, a admis que le diagnostic de stress post-traumatique ne pouvait pas être

retenu cliniquement, on doit concéder que les experts ne le discutent pas en sorte que ce point s'avère insuffisamment instruit également.

Par surabondance, il convient de rappeler que dans l'arrêt paru aux ATF 139 V 346, la Haute Cour a considéré que les principes concernant le caractère surmontable de la douleur au sens de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, exposée à l'ATF 130 V 352, ne sont pas applicables par analogie pour trancher la question des effets invalidants d'une fatigue liée à un cancer, dans la mesure où celle-ci est sous-jacente, au moins, indirectement, à une cause organique. Ainsi, elle a admis qu'une valeur incapacitante peut, à certaines conditions, être reconnue à une fatigue liée à un cancer (cf. ATF 139 V 346 consid. 3). L'état actuel de la science médicale s'accordant sur le fait que les causes sont complexes, que les facteurs somatiques, émotifs, cognitifs et psychosociaux interagissent et qu'en raison de telles maladies, les effets internes et psychiatriques se font sentir dans 30 à 40 % des cas longtemps après la thérapie. Or, la recourante a été traitée pour les suites de son cancer du sein gauche en 2013 et 2014. Après la découverte d'une hypothyroïde traitée et un léiomyome au niveau utérin, elle a subi une hystérectomie subtotale avec salpingectomie en 2018 dont il est impossible, en l'état du dossier, d'exclure que cette dernière intervention chirurgicale, comme le postulent les médecins consultés, ait pu réactiver un état de fatigue et d'épuisement en lien avec la santé sous-jacente affaiblie depuis plusieurs années chez la recourante, situation qui perdure malgré une prise charge qui paraît adéquate auprès de la Dre Z. _____ et plusieurs séjours à la [...].

e) *In casu*, en se ralliant aux conclusions d'une expertise attestant une capacité de travail entière, cela à plusieurs mois de sa décision d'avril 2022, l'OAI n'a pas instruit le cas à satisfaction. En effet, la discrépance entre les diagnostics des médecins traitants et des experts au plan (neuro-)psychiatrique est telle qu'elle ne permet pas, faute d'explications circonstanciées, de se faire un avis, le médecin SMR, la Dre T. _____, ayant au demeurant radicalement changé sa position après l'expertise (réfutant toute atteinte à la santé incapacitante), dans l'avis du

26 août 2021, alors qu'en date du 17 août 2020, elle retenait une incapacité de travail totale dans toute activité en 2019.

f) Au vu de ce qui précède, il s'avère que la cause n'a pas été suffisamment instruite sur les plans (neuro)psychologique et psychiatrique. Il appartiendra dès lors à l'OAI de compléter l'instruction sur ces points, en requérant les informations nécessaires, et en mettant en œuvre, si nécessaire, une seconde expertise.

7. a) Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de BETTINA KAHIL-WOLFF *in* : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction afin de déterminer les diagnostics dans les volets neuropsychologique et psychiatrique, au vu des résultats non-cohérents obtenus. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de procéder à un complément d'instruction. Dans ce contexte, l'intimé pourra aussi mettre en œuvre toute autre mesure d'instruction qui apparaîtra nécessaire sur le vu des premiers éléments recueillis. Cela fait, il reviendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur la demande de rente de l'assurance-invalidité.

8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 600 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'office intimé.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 8 avril 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction puis nouvelle décision.

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

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour H. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :