

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 août 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourante, représentée par Me Jeanne-Marie Monney,
avocate à Lausanne,

et

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

**Art. 6 s., 43 al. 1, 44 al. 6 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ;
7k al. 8 OPGA**

E n f a i t :

A. a) Y. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité irakienne, mariée et mère de trois enfants (nés en [...], [...] et [...]), au bénéfice d'une formation d'auxiliaire de santé [...] ([...]), est établie en Suisse depuis [...].

Depuis le 1^{er} octobre 2009, l'assurée a travaillé comme femme de chambre auprès de l'Hôtel du [...] à [...]. Elle exerçait cette profession à raison de sept heures par jour depuis le 1^{er} juin 2014, puis à raison de 4h30 par jour dès le 1^{er} août 2018. Son médecin traitant, le Dr P. _____, a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 24 août 2017, puis à 50 % dès le 9 octobre 2017 (100 % du 1^{er} au 8 décembre 2017, puis du 25 janvier au 4 février 2018). B. _____, assureur perte de gain de l'employeur, a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2018, conformément aux rapports d'expertise des Drs X. _____, spécialiste en rhumatologie, du 15 mars 2018 et C. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du 24 mars 2018.

b) Dans l'intervalle, soit le 25 juillet 2018, l'assurée avait déposé une demande de prestations (rente/mesures professionnelles) de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de douleurs physiques dans tout le corps existant depuis environ cinq ans.

Se référant à un rapport d'examen SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 25 juillet 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations aux motifs qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année (le 24 août 2018), si elle présentait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, l'intéressée était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (*pas d'accroupissement, d'agenouillement, d'activité nécessitant le franchissement régulier d'escaliers, ni le franchissement d'échelles*) ; après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était nul. L'OAI lui a néanmoins proposé de

bénéficiaire d'une mesure d'aide au placement (projet de décision du 21 octobre 2019).

L'assurée, par son assurance de protection juridique, a formulé des objections le 5 novembre 2019 envers ce préavis négatif. Dans ce cadre, l'OAI a reçu les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 8 novembre 2019 du Dr P. _____ informant pour l'essentiel que sa patiente présentait une « personnalité volontaire et un caractère fier » ; elle ne disait les choses que quand elle ne pouvait plus faire autrement, au moment où elle craquait, ce qui était le cas au décours des événements de l'actualité irakienne. Dans ce contexte particulier, elle avait fait part à son médecin traitant « comme un aveu presque honteux » de ses difficultés professionnelles et à la maison. Au vu des limitations fonctionnelles concernant principalement les douleurs du rachis ou des genoux alors que l'intéressée présentait des épicondylalgies réfractaires à de nombreuses infiltrations et également des douleurs des poignets, le Dr P. _____ estimait illusoire de retenir une capacité de travail entière de sa patiente dans des activités adaptées ;

- deux rapports des 23 décembre 2019 et 28 mai 2020 du Dr T. _____, spécialiste en rhumatologie. Dans son premier rapport, ce médecin a décrit une recrudescence d'épicondylalgies bilatérales prédominant à gauche récurrentes ainsi que des cervico-brachialgies, symptomatologie qui s'inscrivait dans le contexte d'un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent. Le 28 mai 2020, en raison des épicondylalgies récurrentes, le Dr T. _____ signalait des mouvements de pro-supination douloureux ;

- trois rapports des 18 juin, 6 juillet et 8 octobre 2020 de la Dre I. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, sollicitée dès novembre 2019 pour un suivi psychiatrique en parallèle d'une psychothérapie en raison d'une décompensation anxiodépressive. Posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de probable trouble de la personnalité mixte (F61),

cette médecin décrivait un état anxiodépressif fluctuant. A la suite de la stabilisation de la situation de sa patiente en Suisse ainsi qu'un début d'émancipation de ses enfants, une souffrance psychique majeure avait pu être progressivement révélée. L'instauration en novembre 2019 d'un traitement de Mirtazapine®, remplacé par du Cipralex® en janvier 2020, avait apporté une amélioration dans un premier temps. Depuis l'été 2020, une recrudescence des symptômes anxiodépressifs avait nécessité un nouveau changement de la médication avec l'introduction, en septembre 2020, de la Venlafaxine® ER 75 mg. Le Temesta® exp 1 mg était utilisé en réserve, en moyenne quatre à cinq fois par semaine, en cas d'angoisse importante ou lors de difficultés d'endormissement. Aucune hospitalisation n'avait été nécessaire. Les tâches ménagères nécessitaient l'aide des membres de la famille. L'assurée n'avait aucun loisir et des contacts sociaux réduits aux proches, passait la majeure partie du temps à domicile, ne se déplaçait que pour les rendez-vous médicaux. Elle n'avait pas voyagé depuis un retour au pays fin 2019.

Après avoir requis le point de vue du SMR sur les derniers développements au dossier (avis du 6 novembre 2020 du Dr J._____), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) au W._____ Sàrl (W._____), à [...]. Dans leur rapport du 5 juillet 2021, les Drs Z._____, spécialiste en rhumatologie, et G._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont posé les diagnostics, non incapacitants sur le plan somatique, de fibromyalgie, de status post syndrome fémoro-patellaire et de status post tendinopathie de la hanche gauche. Sur le plan psychiatrique, les diagnostics incapacitants retenus étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2), et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Au plan somatique, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée alors que sur le plan psychiatrique sa capacité de travail était nulle dans toute activité depuis l'été 2020 « selon le rapport de la Dre I._____ ».

Dans un avis du 5 août 2021, le SMR, par la voix du Dr J._____, a proposé de réinterroger les experts du W._____ au motif que leurs conclusions restaient floues et/ou insuffisamment discutées. Au vu de l'ampleur des informations complémentaires à apporter, on ne pouvait exclure la nécessité d'une nouvelle évaluation bidisciplinaire.

Dans un rapport du 8 septembre 2021, les Drs Z._____ et G._____ ont répondu aux questions complémentaires de l'OAI.

Dans un avis du 3 novembre 2021, le Dr J._____, du SMR, a estimé que si l'expert rhumatologue apportait un complément suffisant à son expertise, il était toutefois nécessaire de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique de l'assurée, laquelle a été confiée par l'OAI au Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

A la demande de cet expert, la Dre I._____ lui a transmis un rapport du 2 mars 2022.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 5 mai 2022, le Dr L._____ a posé le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique léger (F33.0) et a estimé la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans toutes activités dès novembre 2019. Il a précisé que, d'un point de vue psychiatrique, toute activité adaptée aux compétences et à la motivation de l'intéressée était envisageable alors que les limitations fonctionnelles ressortaient du registre strictement rhumatologique, sur la base d'un emploi exercé à mi-temps.

Dans un avis médical du 3 juin 2022, le Dr J._____, du SMR, a relevé le caractère probant du rapport d'expertise psychiatrique précité, mais a cependant requis un complément d'information auprès du Dr L._____.

Le 21 juillet 2022, en réponse aux questions complémentaires de l'OAI, le Dr L._____ a fait savoir que le traitement de Venlafaxine® 75 mg par jour était largement insuffisant par rapport au diagnostic

allégué et à la reconnaissance d'une incapacité de travail complète par le médecin de famille ; de l'avis du Dr L._____ une adaptation du traitement à 150 mg par jour, voire à 225 mg, devait permettre une évolution favorable. A la question de savoir quelle était l'amélioration du taux de travail attendue après six mois, l'expert psychiatre a indiqué qu'il lui semblait judicieux de réévaluer la situation « par un œil extérieur » six mois après la réadaptation du traitement.

Après avoir soumis le complément d'expertise précité au SMR (avis du 29 juillet 2022 du Dr J._____), l'OAI a, par décision du 4 août 2022, confirmé la teneur de son préavis négatif du 21 octobre 2019. L'OAI a précisé que son projet de décision reposait sur une instruction complète et était conforme en tous points aux dispositions légales.

B. Par acte du 13 septembre 2022, Y._____, représentée par Me Jeanne-Marie Monney, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2019, puis à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2020. Subsidiairement, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. En substance, elle reproche à l'OAI d'avoir écarté le volet psychiatrique de l'expertise du W._____ puis d'en avoir ordonné une nouvelle auprès du Dr L._____ sur la base de l'avis du SMR, alors même que le Dr J._____ ne possède aucune qualification en psychiatrie, ni aucune spécialisation dans un quelconque domaine ni n'est titulaire d'une autorisation de pratiquer. Par ailleurs, elle conteste les deux termes retenus par l'OAI dans la comparaison des revenus pour le calcul du taux d'invalidité. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire laquelle devra porter à la fois sur les aspects somatique et psychique de son état de santé. La recourante a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire comprenant l'exonération du paiement d'avances et des frais judiciaires, ainsi que la désignation de Me Jeanne-Marie Monney en tant qu'avocate d'office.

Dans sa réponse du 18 octobre 2022, l'OAI a admis une erreur dans le sens où sa décision retient à tort une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée en lieu et place d'une capacité de travail résiduelle de 50 %. S'agissant des critiques de l'assurée, l'intimé se réfère à l'avis SMR du 3 novembre 2021 qui motive de manière convaincante la proposition d'une nouvelle expertise psychiatrique. Enfin, l'intimé estime que le rapport d'expertise psychiatrique du 5 mai 2022 du Dr L. _____ remplit les critères posés par la jurisprudence en matière de valeur probante d'une expertise médicale, tout en rappelant que l'expert avait clarifié l'exigibilité du traitement dans son complément du 21 juillet 2022.

Dans sa réplique du 26 octobre 2022, la recourante a modifié ses précédentes conclusions en demandant principalement l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de juin 2020, étant précisé qu'elle reste dans l'attente de renseignements médicaux complémentaires. Elle a produit un courrier de l'OAI du 18 octobre 2022 à son conseil indiquant que l'enregistrement sonore de l'entretien d'expertise n'était malheureusement pas exploitable suite à un problème d'ordre technique. Or, elle considère que l'enregistrement précité est indispensable, élément qui fait défaut et dont elle soutient qu'il est à l'origine d'une violation de son droit d'être entendue ainsi que des garanties liées à la transparence des expertises voulue par le législateur ; selon elle, l'expert psychiatre n'a pas tenu compte de ses plaintes subjectives ou les a, à tout le moins, fortement minimisées dans l'anamnèse. La recourante a requis de la Cour de céans de retrancher du dossier le rapport d'expertise du 5 mai 2022 du Dr L. _____ ainsi que son complément du 21 juillet 2022. Elle propose dès lors de retenir sa capacité de travail nulle dans une activité adaptée depuis l'été 2020 reconnue par les experts du W. _____ et corroborée par la Drel. _____.

Dans sa duplique du 28 novembre 2022, l'OAI a constaté après réexamen que la recourante avait droit à un quart de rente, sur la base d'un degré d'invalidité de 41,47 %. Pour le surplus, il a conclu au rejet des conclusions de la recourante. S'il était certes regrettable que ledit

enregistrement ne soit pas exploitable, celui-ci ne semblait pas déterminant « à supposer qu'on puisse l'apprécier ».

Par écriture du 6 février 2023, la recourante a modifié ses conclusions précédentes en demandant à titre principal l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2019. En substance, elle maintient qu'il se justifie de retrancher le rapport d'expertise (et son complément) du Dr L. _____ pour les motifs invoqués dans sa réplique du 26 octobre 2022. Prenant acte du réexamen de son taux d'invalidité de 41.47 % par l'OAI, elle rappelle que l'expertise du Dr L. _____ est dépourvue de valeur probante à l'inverse des conclusions du W. _____ et de la Drel. _____. Sous bordereau complémentaire, elle a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 12 octobre 2022 adressé à Me Monney par la Dre I. _____. Selon la psychiatre traitante, le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique léger n'était pas à lui seul susceptible de décrire les « troubles psychiatriques importants et invalidants » chez sa patiente. Une capacité de travail à 50 % était incompatible avec la clinique. L'intéressée « avait dernièrement dévoilé des symptômes du registre obsessionnel-compulsif présents depuis plusieurs années et laissé découvrir l'ampleur des symptômes psychotiques probablement en aggravation dernièrement ». Au niveau du status psychiatrique, l'assurée présentait un état anxiodépressif fluctuant (avec une fatigue chronique, un retrait social, une clinophilie, une hypersensibilité au bruit et à la lumière, des idées noires et des troubles du sommeil importants). Il existait en outre de nombreuses somatisations (avec sur le plan cognitif, un discours parfois désorganisé, des difficultés d'attention et de concentration, des troubles mnésiques ainsi que des lavages fréquents des mains et pieds en raison d'une sensation de « terre sur la peau ») avec un tableau algique chronique et varié, des symptômes du registre anxieux (avec des angoisses de mort et ruminations morbides), du registre traumatique (avec des flash-backs, des états dissociatifs et une hypervigilance quasi persécutoire), du registre obsessionnel-compulsif (avec des vérifications diverses et constantes des plaques, portes, fenêtres et robinets ainsi que

des dizaines de réveils durant la nuit en lien avec l'intégrité des enfants) et des hallucinations auditives chroniques (voix masculine qui incitait à des vérifications), exacerbées dans les moments d'insécurité, et à l'origine d'un voyage pathologique au début 2021. Au vu des récents éléments symptomatologiques comprenant des symptômes psychotiques chroniques et obsessionnel-compulsifs très invalidants, la Drel. _____ rediscutait les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) en émettant l'hypothèse d'un probable trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1). En raison des nombreuses limitations fonctionnelles (une grande fatigue/fatigabilité, une perte d'endurance et une lenteur, une diminution de la capacité d'attention et de concentration, des oublis fréquents, une tolérance au stress réduite ainsi qu'une fragilité narcissique avec un manque de transparence face aux limitations camouflées jusqu'à l'effondrement), la psychiatre traitante évaluait la capacité de travail de l'assurée comme nulle en toute activité, même adaptée, et ce depuis l'automne 2019 ;

- un rapport du 19 janvier 2023 de la Dre D. _____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine intensive, qui a pris position sur les divers éléments au dossier. Cette médecin a retenu que les expertises des Drs C. _____ et L. _____ n'étaient pas probantes en raison d'une information lacunaire résultant des difficultés de l'assurée à se confier spécialement à des hommes ainsi que d'une banalisation des troubles psychiatriques. Elle observe que le Dr L. _____ n'a pas tenu compte des rapports de la Drel. _____ dont les informations de tentative de suicide, suivi psychologique intermittent depuis 2005 et continu dès 2016 avaient simplement été ignorés. La Dre D. _____ est sceptique sur la possibilité pour une quatrième expertise psychiatrique d'apporter de nouvelles informations qui figurent dans les trois expertises au dossier et dans les rapports très détaillés de la psychiatre traitante. Au final, cette médecin est d'avis que les conclusions de la Dre I. _____ semblent pouvoir être suivies malgré le fait qu'il s'agisse de la médecin traitante ; en effet, elle est la seule personne qui est parvenue à établir un lien de

confiance suffisant en vue d'obtenir une information exhaustive sur les liens intra-familiaux professionnels et de la vie de la recourante tant à l'étranger (Irak) qu'en Suisse.

Dans ses déterminations du 27 février 2023, l'OAI a rejeté les conclusions de la recourante. Il a produit un avis du 22 février 2023 du Dr J._____, du SMR, auquel il se rallie, et qui fait le point de situation finale sur le cas de la recourante en ces termes :

“Discussion: Concernant le RM [rapport médical] du 12.10.22, en-dehors des plaintes déjà connues et abondamment discutées dans le dossier, l'aggravation annoncée repose sur une appréciation plus sévère d'un caractère psychotique de l'atteinte qui n'a jusqu'ici jamais été retenu, ni constaté, en lien avec l'évocation récente « de symptômes du registre obsessionnel-compulsif ». L'assurée s'étant largement exprimée, aussi bien sur ses plaintes que sur sa vie quotidienne lors de plusieurs expertises (l'assurée n'a pas été mutique sur des points entiers des diverses expertises), il est peu vraisemblable qu'elle ait masqué, et réussi à masquer, lors de plusieurs expertises réparties sur plusieurs années, une symptomatologie psychotique et du registre obsessionnel-compulsif « très invalidante ». L'assurée étant suivie hebdomadairement par une psychologue depuis 2016, puis depuis 2019, par un psychiatre qui est, selon certains intervenants, « la seule personne qui a réussi à établir un lien de confiance suffisant afin d'obtenir une information exhaustive », il est peu vraisemblable qu'un pan entier d'une symptomatologie modifiant significativement l'appréciation du cas ne soit mis en évidence qu'en octobre 2022. On relève que les divers constats cliniques et expertises, aussi bien somatiques que psychiatriques, n'ont pas mis en évidence de lésions de lavage, ou d'usage de produits dermatologiques, compatibles avec des TOC [troubles obsessionnels compulsifs] significativement présents. Les journées-types ne révèlent pas non plus une place significative accordée à d'éventuels TOC. Le RM du 12.10.22 ne permet pas de comprendre, et ne rend pas médicalement convaincant, le fait que l'assurée serait parvenue à éluder toute allusion à une partie importante de la symptomatologie à prendre en compte, de tous rapports et expertises, alors qu'elle est parvenue à s'exprimer librement, et avec tous les experts, sur de nombreux autres points. Le RM du 12.10.22 n'apporte pas d'élément, autres qu'anamnestiques et a posteriori, permettant d'objectiver un tableau clinique différent de celui déjà retenu, et encore moins depuis l'automne 2019. Concernant le document du 19.01.23, la formation ou les compétences à mener un entretien d'un expert sont a priori équivalentes indépendamment de son sexe. On ne peut pas non plus considérer qu'une intervenante féminine soit, par ce seul motif, a priori plus compétente pour interpréter le vécu d'une femme, ou le fonctionnement normal d'un couple, étant donnée la diversité avec laquelle un vécu peut être ressenti même par des individus d'un même sexe, ou étant donné la diversité de fonctionnement pouvant exister au sein de couples. Objectivement, on ne voit pas que l'assurée ait spécifiquement demandé à être

entendue par une experte féminine, et on ne voit pas quels points n'auraient au final pas suffisamment été abordés avec l'expert Dr L. _____ au point de fausser complètement son appréciation. Quand bien même, l'expert Dr L. _____ avait une connaissance complète des éléments à disposition au dossier au travers des rapports transmis par la psychiatre traitante et par l'experte Dre G. _____. Il semblerait quelque peu subjectif de sélectionner un expert, ou une experte, en fonction des affinités qu'il, ou elle, pourrait avoir avec l'assurée. La réalisation et l'évaluation d'une expertise se fait sur la base de critères objectifs. Sur ce plan, les lacunes de l'expertise de l'experte Dre G. _____ ont déjà été discutées aussi bien par le SMR que par l'expert Dr L. _____. Bien que cela soit peu objectivé par des éléments médicaux concrets, l'expert Dr L. _____ a tout de même pris en compte les éléments traumatiques évoqués par l'assurée au début des années 2000, et qui n'ont pas empêché l'assurée de travailler pendant de nombreuses années. Le Dr L. _____ ne fait, pour être complet, que mentionner l'évocation fluctuante d'une tentative de suicide ancienne qui n'a jamais été objectivée, de même que la gravité de la crise suicidaire associée. La Dre D. _____ n'a aucun élément pour affirmer que l'assurée est actuellement sous « l'emprise toxique » de son ex-conjoint. Au contraire, il ressort des éléments à disposition que l'assurée a été en mesure de se séparer de son ex-conjoint, et que depuis 2014 elle consent à une forme de colocation avec cet homme pour satisfaire les enfants. L'expert Dr L. _____ ne relève donc pas actuellement, à juste titre, de perturbation significative de l'environnement familial. La Dre D. _____ indique être étonnée « du manque de reconnaissance, pour ne pas dire de la banalisation du cas, des souffrances psychologiques indéniables que l'assurée a enduré tout au long de sa vie de femme. Au contraire de son mari, qui est reconnu par le système assécurologique suisse ». Cependant, la Dre D. _____ ne dispose d'aucune information sur la situation de l'ex-mari pour les rendre comparables. La Dre D. _____ mentionne l'introduction de traitements psychotropes depuis fin 2019, ce qui a été pris en compte par l'expert. Par contre, elle ne discute pas de l'inadéquation des dosages avec l'état clinique allégué, ce que fait l'expert. Les répercussions dans la vie extra-professionnelle de l'assurée ont été discutées par l'expert, et la Dre D. _____ n'apporte pas d'élément démontrant que la vie sociale de l'assurée était riche auparavant, la mise en retrait par rapport au monde du travail n'améliorant pas la situation sans être en lien direct avec une aggravation. L'ensemble du rapport d'expertise du Dr L. _____ démontre que l'évolution de l'état psychique de l'assurée a été pris en compte, l'expert mentionnant que « dans le doute » on peut retenir la récurrence du trouble dépressif. Il a pleinement connaissance des plaintes de l'assurée depuis le début des années 2000, ainsi que d'un suivi initialement psychologique dans le contexte du tableau clinique actuel. Face à cela, la Dre D. _____ met en exergue une brève partie d'une réponse de l'expert Dr L. _____ figurant dans un complément au rapport d'expertise le questionnant spécifiquement sur l'exigibilité des traitements. Dans ce contexte, l'expert formule de façon raccourcie, et un peu malheureuse, la mention d'une « assurée sans antécédent de trouble psychique ». Au vu de l'ensemble de son rapport, il faut ici comprendre qu'il n'y [a] pas d'élément conséquent au dossier montrant la présence d'un antécédent de trouble psychique objectivé, diagnostiqué et pris en charge, qui permettrait de

conclure qu'un traitement psychotrope a déjà montré une efficacité chez l'assurée. En conclusion, les éléments à disposition ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expert Dr L._____, ou de mettre en évidence des éléments objectifs qui n'auraient pas été pris en compte pour la période concernée, ni ne mettre en évidence une modification de l'état de santé entre mai et août 2022."

Par écriture du 17 avril 2023, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions.

C. Par décision du 16 septembre 2022, Y._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 septembre 2022. Elle est exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Jeanne-Marie Monney lui a été désigné.

D. Le 28 juin 2023, Me Monney a déposé la liste de ses opérations.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b 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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) 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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 4 août 2022 fait suite à une demande de prestations déposée en juillet 2018 en raison de problèmes physiques touchant tout le corps causant une incapacité de travail remontant au 24 août 2017. Dans la mesure où tous les éléments déterminants de l'état de fait sont antérieurs au 1^{er} janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit.

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

l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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 LPGGA).

c) 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) 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).

e) 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

f) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, 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).

4. **a)** En l'occurrence, il s'agit de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, cette dernière reprochant à l'intimé de s'être basé exclusivement sur les conclusions du rapport d'expertise du 5 mai 2022 du Dr L. _____ et son complément du 21 juillet 2022, lequel a retenu une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée depuis novembre 2019. En effet, selon la recourante, les documents précités ne peuvent se voir conférer pleine valeur probante, compte tenu du fait que l'enregistrement sonore est inexploitable, comme l'a admis l'intimé dans un courrier du 18 octobre 2022, raison pour laquelle elle requiert leur retrait du dossier. La recourante ne peut dès lors adhérer à la proposition de l'intimé (cf. duplique du 28 novembre 2022), soit la reconnaissance d'un quart de rente à compter du 1^{er} novembre 2019 sur la base d'un degré d'invalidité de 41,47 %. Elle conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2019, se référant à l'appréciation de la Dre I. _____, laquelle rejoint les conclusions du W. _____, et qui sont en outre validées par la Dre D. _____.

b) Il sied tout d'abord de constater que les expertises du Dr X. _____ du 15 mars 2018 et du Dr C. _____ du 24 mars 2018 ont été mises en œuvre par l'assurance perte de gain B. _____ et sont antérieures au dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 25 juillet 2018. Au vu de l'évolution de l'état psychique marquée par un caractère fluctuant et dont l'origine de la péjoration reste peu claire, ainsi que la possible interaction avec l'état somatique, le SMR a estimé qu'il convenait de réactualiser la situation médicale et de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès du W. _____, soit sur les plans rhumatologique et psychiatrique (cf. avis SMR du 6 novembre 2020).

aa) Sur le plan somatique (rhumatologique), le Dr X. _____ a retenu, en 2018, les diagnostics incapacitants de périarthrite de hanche gauche de sévérité modérée et syndrome fémoro-patellaire droit, tout en

précisant que le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas d'effet sur la capacité de travail de l'assurée. Le Dr T._____ a fait état dans son rapport du 23 décembre 2019 d'une recrudescence d'épicondylalgies bilatérales prédominant à gauche récurrentes ainsi que de cervico-brachialgies, symptomatologie qui s'inscrivait dans le contexte d'un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent. Dans son rapport du 28 mai 2020, il a signalé des douleurs subjectives sans diminution des amplitudes articulaires et sans signe inflammatoire. Dans le cadre de son expertise réalisée en 2021, le Dr Z._____ a confirmé le diagnostic de fibromyalgie et l'absence d'atteinte inflammatoire ou de limitation fonctionnelle objectivable au niveau des hanches et des genoux. En définitive, l'expert Z._____ a indiqué qu'il était possible à l'instar des Drs X._____ et P._____ d'admettre sur le plan médico-théorique une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle d'août 2017 jusqu'au 23 décembre 2019, soit à la date du rapport du Dr T._____ qui n'évoquait plus les diagnostics de périarthrite de hanche gauche de sévérité modérée et syndrome fémoro-patellaire, mais uniquement des épicondylalgies gauches récurrentes, des cervico-brachialgies, dans un contexte de syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent. L'expert Z._____ a toutefois considéré que, dans une activité adaptée, la capacité de travail de la assurée était restée entière, y compris d'août 2017 à décembre 2019. S'agissant du syndrome de fibromyalgie, évoqué pour la première fois par le Dr X._____ et qui était, selon toute vraisemblance, responsable des plaintes subséquentes de l'assurée (épicondylalgies bilatérales récidivantes, cervico-brachialgies, douleurs poly-insertionnelles dès mars 2019 selon les Drs P._____ et T._____), le Dr Z._____ a estimé que les limitations fonctionnelles retenues (éviter le port de charges de plus de cinq kilos, éviter de monter des échelles et des échafaudages, éviter de surcharger le rachis dans sa totalité, éviter de travailler avec les bras au-dessus de l'horizontale, éviter les travaux agenouillés et la marche sur terrain accidenté) étaient objectivement présentes depuis mars 2019. Dans le cadre de son complément d'expertise du 8 septembre 2021, le Dr Z._____ a ajouté que les limitations précitées rendaient l'exercice de l'activité habituelle de femme de ménage inexigible, y compris à un taux d'activité partiel, se référant

aux questionnaires complétés par les employeurs en septembre 2018 qui ont fait état de ports de charges allant jusqu'à dix kilos ainsi que de fréquentes montées et descentes d'escaliers, avec également des tâches en position agenouillée. Au vu des éléments précités, il y a lieu de retenir que le Dr Z._____ a exposé de manière motivée et convaincante les motifs objectifs retenus à l'appui de ses conclusions, étant précisé qu'il n'existe pas d'élément contraire au dossier susceptible de remettre en cause son appréciation ce dont la recourante, du reste, ne disconvient pas.

bb) Pour ces raisons, il ne se justifie pas de s'écarter des conclusions du volet de médecine physique de l'expertise bidisciplinaire.

c) aa) Sur le plan psychiatrique, il y a lieu de rappeler que le Dr C._____ a considéré dans son rapport d'expertise du 24 mars 2018 que le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte ne pouvait être corrélé à une quelconque incapacité de travail psychiatrique. Il a toutefois relevé que l'assurée minimisait sa situation réelle respectivement l'ampleur de son atteinte psychique, ajoutant notamment que l'intéressée « ne majore pas sa symptomatologie psychiatrique, bien au contraire. Elle tend vraisemblablement à minimiser ses problèmes familiaux et conjugaux » (rapport d'expertise, p. 7). A cet égard, l'expert a questionné à plusieurs reprises l'assurée à propos de l'entente familiale et conjugale que l'assurée qualifiait de bonne, alors qu'elle avait été victime de violences conjugales (rapport d'expertise, p. 3). L'expert C._____ a évoqué le fait que la problématique conjugale pouvait contribuer aux plaintes psychiques et somatiques actuelles.

bb) C'est à la faveur d'une prise en charge auprès de la Drel._____ dès novembre 2019 que l'assurée a pu progressivement révéler sa souffrance psychique, comme le souligne l'experte G._____ du W._____ (rapport d'expertise, p. 38). Au terme de son analyse, la Dre G._____ a considéré que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité en raison d'une recrudescence des symptômes

anxiodépressifs et des limitations fonctionnelles « depuis l'été 2020 selon la Dre I. _____ ».

A l'instar de l'intimé, il sied de constater que le rapport d'expertise psychiatrique de la Dre G. _____ n'emporte pas la conviction ni sur le fond, ni sur la forme. Tout d'abord, la partie dédiée à l'anamnèse (expertise W. _____, volet psychiatrique, pp. 29 - 31) est peu étoffée dès lors qu'elle se compose de brèves réponses classées sous des rubriques préétablies par l'experte psychiatre. L'examen clinique (expertise W. _____, volet psychiatrique, pp. 33 - 37) se traduit par une liste de symptômes actuels auxquels il est répondu « dans la norme », « présent » ou « absent ». S'agissant des limitations fonctionnelles, l'experte a utilisé la mini-CIF, en constatant que le problème était grave dans toutes les aptitudes, sans développement, ni aucune motivation (cf. rapport d'expertise p. 42), ce qui n'est pas admissible. Sur demande de l'intimé, elle a toutefois apporté quelques explications à certaines aptitudes (complément d'expertise du 8 septembre 2021, p. 5).

De manière plus générale, il y a lieu de constater que l'expertise frappe par son manque de substance et de motivation, tant sur le plan diagnostique que du point de vue de ses conclusions. Au chapitre des diagnostics, l'experte G. _____ a tout d'abord retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotique (F33.2), et a exposé qu'en 2005, l'assurée était désespérée de ne pas pouvoir ramener son troisième fils en Suisse et qu'elle avait tenté de se suicider dans le contexte d'un état dépressif, qui avait duré deux semaines. Suite à l'arrivée de son mari en Suisse en [...], l'intéressée avait présenté un état dépressif, le mari ayant l'intention de continuer les traitements de maltraitances, de coups et de viols qu'il lui infligeait en Irak. Or, depuis sa venue en Suisse en [...], la recourante a démontré de bonnes capacités d'adaptation au travers de l'apprentissage du français et des divers emplois occupés, durant plusieurs années, avec en parallèle une formation d'auxiliaire de santé obtenu auprès de l'[...] en [...]. Ainsi, au vu de son parcours depuis [...], on peine à saisir, sur la base des explications de l'experte, les motifs pour lesquels une aggravation de

l'état psychique est apparue à l'été 2020 à tout le moins. L'experte psychiatre ne parvient pas davantage à objectiver le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), retenu uniquement depuis 2020, si ce n'est par la tentative de suicide de 2005. Elle s'est en outre limitée à reprendre les propos de la psychiatre traitante, laquelle se fonde pour sa part sur les plaintes exprimées par sa patiente. Enfin, elle retient une incapacité de travail totale « depuis l'été 2020 selon la Dre I. _____ », ce qui manque singulièrement de précision.

Sur la question du traitement, l'experte se limite à indiquer une bonne adhésion au traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré et précise que « l'assurée est suivie selon les règles de l'art ». Elle estime que, malgré la présence d'un tel traitement intégré, l'assurée « restera avec une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, du fait de la modification durable de la personnalité, même si le trouble dépressif s'améliore ». Toutefois, on ignore si la modification du traitement médical en septembre 2020 a permis une amélioration de l'état psychique. Au surplus, il semble que la compliance est fluctuante, dès lors que la recourante peut augmenter, stopper ou modifier la posologie ou même utiliser du Temesta®, soit un traitement administré à son mari.

Malgré le complément du 8 septembre 2021, le rapport d'expertise psychiatrique du 5 juillet 2021 reste déficient quant à l'analyse du cas à l'aune des indicateurs posés par la jurisprudence fédérale (cf. ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées), conclusion à laquelle est également parvenu le Dr J. _____ du SMR (avis du 3 novembre 2021).

cc) Il convient à cet égard de préciser que contrairement à ce qu'affirme la recourante, le fait que le Dr J. _____ ne possède aucune spécialisation en psychiatrie ou dans un autre domaine n'est pas déterminant. En effet, fondés sur l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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). Dès lors, que les tâches dévolues au SMR consistent notamment à évaluer l'intégralité d'un dossier, la spécialisation du médecin du SMR n'est pas pertinente (TF 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 4.2). Il est d'ailleurs fréquent qu'un médecin du SMR soit amené à examiner des dossiers contenant de nombreux rapports médicaux émanant de divers spécialistes. De plus, de par son titre de médecin, le Dr J. _____ dispose à l'évidence des compétences nécessaires.

d) Par communication du 14 décembre 2021, l'OAI a dès lors informé l'assurée qu'il envisageait de désigner le Dr L. _____ pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 5 mai 2022 faisant suite à un examen clinique du 16 février 2022, le Dr L. _____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique léger entraînant une incapacité de travail de 50% depuis novembre 2019 en raison d'une fatigabilité accrue. Il a estimé que le pronostic était difficile à apprécier puisque l'importance des facteurs extra-médicaux lui paraissait notable et que l'évolution dépendait en grande partie de la participation de l'assurée aux possibilités de réadaptation du traitement. D'emblée, soit dès le stade du recours, la recourante, désormais représentée par Me Monney, a fait valoir que le rapport d'expertise psychiatrique contenait des contradictions et des incohérences dans l'anamnèse relatée par le Dr L. _____. Selon elle, cet expert minimisait les troubles psychiques, ainsi que leur répercussion sur sa capacité de travail en ne tenant pas compte à tort des « spécificités d'ordre psychiatrique pourtant dûment expliquées par la Dre I. _____ et

également relevées par la DreD._____ dans son appréciation du 19.01.2023 ». Dans ce contexte, la recourante a demandé à la Cour de céans, compte tenu de l'impossibilité de pouvoir procéder à des vérifications au moyen de l'enregistrement sonore, de retrancher du dossier le rapport d'expertise du 5 mai 2022 du Dr L._____ et son complément du 21 juillet 2022.

aa) Depuis le 1^{er} janvier 2022, sauf avis contraire de l'assuré, les entretiens entre l'assuré et l'expert font l'objet d'enregistrements sonores, lesquels sont conservés dans le dossier de l'assureur (art. 44 al. 6 LPGA). L'entretien comprend l'ensemble de l'entrevue de bilan. Celle-ci inclut l'anamnèse et la description, par l'assuré, de l'atteinte à sa santé (art. 7k al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). Au moyen d'une déclaration écrite adressée à l'organe d'exécution, l'assuré peut annoncer avant l'expertise qu'il renonce à l'enregistrement sonore (art. 7k al. 3 let. a OPGA) ou demander la destruction de l'enregistrement jusqu'à dix jours après l'entretien (art. 7k al. 3 let. b OPGA). Avant l'entretien, il peut révoquer sa renonciation au sens de l'al. 7k al. 3 let. a OPGA auprès de l'organe d'exécution (art. 7k al. 4 OPGA). L'enregistrement sonore doit être réalisé par l'expert conformément à des prescriptions techniques simples. Les assureurs garantissent l'uniformité de ces prescriptions dans les mandats d'expertise. L'expert veille à ce que l'enregistrement sonore de l'entretien se déroule correctement sur le plan technique (art. 7k al. 5 OPGA). Les experts et les centres d'expertises transmettent l'enregistrement sonore à l'assureur sous forme électronique sécurisée en même temps que l'expertise (art. 7k al. 7 OPGA). Si l'assuré, après avoir écouté l'enregistrement sonore et constaté des manquements techniques, conteste le caractère vérifiable de l'expertise, l'assuré et l'organe d'exécution tentent de s'accorder sur la suite de la procédure (art. 7k al. 8 OPGA). Si la personne assurée et l'office AI ne parviennent pas à se mettre d'accord à ce sujet, l'OAI rendra une décision incidente (Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI], état au 1^{er} janvier 2022, n°3127).

bb) Compte tenu de la finalité de l'enregistrement sonore et de sa forme particulière de conservation, les directives prévoient que lorsque l'assuré demande l'accès à son dossier, l'enregistrement n'est pas transmis d'office avec les actes, dès lors que l'enregistrement a pour but de vérifier, en cas de litige, ce qui a été effectivement dit lors de l'entretien (MICHELA MESSI, AI : les enregistrements favorisent la transparence, *in* Sécurité sociale [CHSS] 2022).

La personne assurée peut toutefois demander expressément de l'écouter. Par exemple lorsque, en lisant l'expertise, qui en soi sert de base à la décision de l'office AI, elle estime que le rapport d'expertise ne reproduit pas correctement les déclarations faites pendant l'entretien. Dans ce cas, l'office lui transmettra les instructions ainsi que les données nécessaires pour accéder électroniquement à l'enregistrement sonore et pouvoir ainsi l'écouter.

Pour que les experts puissent enregistrer facilement les entretiens et les transmettre aux offices AI, une solution informatique dédiée à l'assurance-invalidité a été créée. Une application pour smartphones permet aux experts d'enregistrer un entretien, de le réécouter et de le transmettre à l'office AI. L'enregistrement sonore n'est pas conservé sur le smartphone, mais téléchargé et stocké sur une plateforme sécurisée. Les experts peuvent également réaliser l'enregistrement avec un dictaphone et le télécharger ensuite sur la plateforme. Vu qu'il s'agit de données particulièrement sensibles, une grande attention a été accordée à la sécurité et à la protection des données lors de la mise en œuvre de l'application.

Pour des raisons de protection des données, l'accès à l'enregistrement sonore a été limité à un groupe très restreint de personnes et institutions : l'assuré même et son représentant, l'organe d'exécution compétent (l'office AI dans les cas AI) ainsi que les tribunaux appelés à statuer sur un éventuel recours.

cc) En l'espèce, la recourante a invoqué des contradictions et des incohérences dans l'anamnèse relatée par le Dr L._____, ainsi que

dans les explications de l'expert s'agissant du fils qu'elle a dû laisser en Irak en pleine guerre, provoquant un traumatisme majeur selon l'assurée. Dans le cadre de son recours (p.10 et 11), elle a contesté différentes affirmations de l'expert, qui ne correspondent pas, selon elle, à la réalité. Elle observe que les indications d'une « mère gentille » et de « souvenir d'une enfance tout à fait normale ou tout à fait heureuse » par l'expert sont en contradiction avec le fait qu'elle a été élevée par sa grand-mère car sa mère ne voulait pas d'elle, comme l'a relevé l'experte G._____, et que, selon ses propres dires, elle était « une enfant qui avait peur ». S'agissant du fils qu'elle a dû laisser en Irak, pour des raisons économiques selon l'expert, elle indique qu'elle avait voulu fuir la guerre en Irak avec ses trois enfants, mais qu'elle avait été forcée de laisser un de ses fils dans son pays d'origine, en pleine guerre. Elle ajoute qu'il ressort clairement des appréciations des Dres G._____, et I._____ que cet épisode a été particulièrement traumatique. Selon la recourante, le rapport du Dr L._____ comporte également un certain nombre d'incohérences : par exemple, l'expert indique qu'elle n'est pas dramatique tout en signalant peu après que ses douleurs prennent « volontiers une teinte assez dramatique ». L'expert explique également que la recourante peut reconstituer de manière très claire et précise son histoire personnelle, avec des repères temporels et dates bien maintenues, tout en reprochant dans le même temps à la recourante « une certaine imprécision ». Elle ne comprend pas l'expert lorsqu'il déclare que l'on ne pourrait pas parler de « suicidalité » alors même qu'une tentative et des pensées suicidaires sont attestées par les Dres G._____ et I._____. De plus, l'appréciation de l'expert pour exclure le diagnostic de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe ne correspondrait pas à la réalité avec une tentative de suicide rapportée en 2005 par les médecins, la venue de son fils fortement traumatisé par la guerre (ayant notamment assisté à la mort des membres de sa famille) et celle de son mari avec la reprise des violences conjugales (psychiques et sexuelles ayant perduré de nombreuses années), pour lesquelles on ne saurait parler de simple « conflit de couple » comme l'a fait l'expert. Le tableau clinique décrit par l'expert, symptomatique d'une dépression moyenne à légère, ne correspondrait pas aux descriptions des

Dres G._____ et I._____, cette dernière faisant état, dans son rapport du 2 mars 2022, de la persistance de la symptomatologie dépressive, anxieuse, algique et du registre traumatique, avec des flash-backs, des symptômes dissociatifs et des voyages pathologiques, éléments toutefois passés sous silence par l'expert. La recourante conteste que sa prise en charge psychiatrique depuis 2017 serait due à une « certaine insatisfaction professionnelle probable » « voire des soucis quant à l'un de ses fils », analyse qui sous-évalue ses troubles psychiques et qui est également en contradiction avec les avis de ses médecins. Elle reproche en outre à l'expert, en lien avec l'aggravation de la symptomatologie en 2019, de se borner à déclarer qu'elle serait en contradiction avec les éléments objectifs, soit le voyage en Irak durant cette année-là, sans toutefois se prononcer sur les explications fournies par la Dre I._____. De l'avis de la recourante, les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique léger et de « conflit de couple ; insatisfaction professionnelle, divers » posés par l'expert résultent ainsi d'une analyse tronquée, « minimisant grandement » les troubles présentés. Enfin s'agissant de la capacité de travail, la recourante observe qu'en page 42 de son rapport, l'expert évalue sa capacité de travail médico-théorique à 50% dans une activité adaptée à ses compétences et ses limitations somatiques objectives. Puis à la question « A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré(e) dans cette activité, par rapport à un 100% ? » l'expert répond : « 50% dès novembre 2019 sur la base d'un plein temps soit 08h00 par jour, cinq jours sur sept ». Interpellé par la suite par le médecin du SMR, il n'a pas été en mesure de préciser l'évolution probable de la capacité de travail dans son complément du 21 juillet 2022. L'expert n'aurait en outre pas tenu compte de ses plaintes. En d'autres termes, la recourante affirme dans ses écritures que le rapport d'expertise reproduirait incorrectement les déclarations qu'elle a faites pendant l'entretien du 16 février 2022 avec l'expert.

dd) En définitive, dès lors que l'intimé a confirmé dans un courrier du 18 octobre 2022 au conseil de la recourante que l'enregistrement sonore de l'expertise du Dr L._____ n'était pas

exploitable, la Cour de céans n'est pas en mesure de déterminer si les déclarations de la recourante ont été saisies correctement et reprises avec exactitude dans le rapport de l'expert. Un tel enregistrement sonore s'avère pourtant indispensable pour savoir si l'expert psychiatre a correctement tenu compte des plaintes de la recourante, sans les minimiser, ce d'autant plus que le tableau clinique dressé par le Dr L._____ diffère des observations des Drs G._____ et I._____.

Quoi qu'en dise l'intimé dans sa duplique du 28 novembre 2022, l'enregistrement sonore de l'expertise menée par le Dr L._____ est un élément indispensable pour permettre à la Cour de céans de statuer sur les critiques soulevées par la recourante en lien avec la vérification de l'expertise. Par conséquent, faute d'enregistrement sonore, l'expertise psychiatrique du 5 mai 2022 du Dr L._____ ainsi que son complément du 21 juillet 2022 devront être retirés du dossier.

e) Il convient d'examiner si les rapports de la Dre I._____ peuvent se voir conférer pleine valeur probante. Il ressort du dossier que la Dre I._____ a, par courriel du 18 juin 2020, informé l'OAI avoir été sollicitée pour un suivi psychiatrique à partir du mois de novembre 2019, dans le contexte d'une péjoration de l'état de santé psychique de la recourante, notamment sur le plan anxiodépressif, et avoir établi des certificats d'incapacités de travail à 100 % depuis le 9 décembre 2019. Elle indiquait l'introduction d'un traitement bifocal qui se poursuivait, avec une psychothérapie hebdomadaire, un suivi psychiatrique mensuel ainsi que des bilans avec le Dr P._____, aux trois mois.

Par rapport du 6 juillet 2020 adressé à l'OAI, la Dre I._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), et de probable trouble de la personnalité mixte (F61). Elle rappelait la prise en charge en cours dont bénéficiait l'assurée dans le contexte de l'aggravation de son état de santé psychique sur le plan anxiodépressif depuis le mois de novembre 2019, avec l'introduction d'un traitement anxiolytique (Cipralex® 10 mg le matin et Temesta® exp 1 mg, une fois par jour en réserve). Dès lors que

les renseignements de la psychiatre traitante étaient insuffisants pour établir avec certitude une péjoration de l'état de santé de l'assurée, l'OAI lui a adressé un questionnaire complémentaire le 2 septembre 2020.

Le 8 octobre 2020, la Dre I._____ a décrit un état anxiodépressif fluctuant, avec divers symptômes chez sa patiente. Au décours de la psychothérapie et à la suite de plusieurs événements - dont une stabilisation de sa situation en Suisse ainsi qu'un début d'émancipation de ses enfants - une souffrance psychique avait pu être progressivement révélée ; les divers médicaments instaurés avaient uniquement permis des bénéfices ponctuels, sans la nécessité d'une hospitalisation. L'assurée décrivait des limitations importantes, présentes depuis de nombreuses années mais masquées par le soutien quotidien des proches. La symptomatologie décrite était fortement invalidante depuis l'été 2020, avec recrudescence des symptômes, la perte totale de la capacité de l'intéressée à s'occuper du ménage, des courses ou de la cuisine, et à l'origine d'un nouveau changement médicamenteux en faveur de la Venlafaxine® ER 75 mg au mois de septembre 2020. L'assurée disait ne plus avoir aucun loisir et n'avoir ni l'énergie ni l'envie pour le faire alors que ses contacts se limitaient aux proches et qu'elle passait la majeure partie du temps à domicile, ne se déplaçait que pour les rendez-vous médicaux, le dernier voyage au pays datant de la fin de l'année 2019. La psychiatre traitante se limite à retranscrire les plaintes de sa patiente sans se prononcer sur la capacité de travail à l'aune de l'aggravation de l'état de santé psychique annoncée.

Dans son rapport du 2 mars 2022 adressé au Dr L._____, la psychiatre traitante a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), avec en diagnostic différentiel un trouble de la personnalité mixte (F61) ainsi que d'expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités (Z65.5). Elle décrit un traitement qui n'est pas « parfaitement efficace » en dépit des multiples changements de prescription et également en raison d'une compliance fluctuante de la part de sa patiente, ainsi que la

persistance de la symptomatologie dépressive, anxieuse, algique et du registre traumatique (flash-back, symptômes dissociatifs et voyages pathologiques). Selon la psychiatre traitante, il convient de stabiliser la symptomatologie psychiatrique qui reste fluctuante, marquée par une auto-destructivité ainsi qu'une grande passivité. Hormis le descriptif de l'évolution du cas et son traitement médical, la psychiatre traitante ne prend toujours pas position sur la capacité de travail de l'assurée.

Le 12 octobre 2022, la Dre I. _____ revient sur ses précédents diagnostics en leur préférant celui d'un probable trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1). Compte tenu des limitations fonctionnelles multiples (une grande fatigue/fatigabilité, une perte d'endurance, une lenteur, une diminution de la capacité d'attention et de concentration, des oublis fréquents, une tolérance au stress réduite ainsi qu'une fragilité narcissique avec un manque de transparence face aux limitations camouflées jusqu'à l'effondrement), elle évalue la capacité de travail de sa patiente comme nulle en toute activité, même adaptée, depuis l'automne 2019. En guise d'explication, la psychiatre traitante fait part de symptômes du registre anxieux, du registre traumatique, du registre obsessionnel-compulsif ainsi que d'hallucinations auditives chroniques, exacerbées dans les moments d'insécurité, et à l'origine d'un voyage pathologique au début 2021. S'y ajoutent également, selon elle, de nombreuses somatisations chez sa patiente.

La péjoration de l'état de santé telle qu'annoncée depuis l'automne et ses répercussions sur la capacité de travail repose exclusivement sur la prise en compte par la psychiatre traitante de symptômes dont une partie aurait échappé à l'expert psychiatre lors de son examen au mois de février 2022, lesdits symptômes ne s'étant dévoilés que dernièrement. La psychiatre traitante n'a pas examiné la cohérence entre le degré de gravité des atteintes et leur répercussion dans les différents domaines de la vie alors même que cela est particulièrement pertinent dans les cas de troubles psychiques afin de parvenir à une appréciation globale des limitations fonctionnelles selon la

jurisprudence (cf. consid. 3d supra). C'est également le lieu de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). En définitive, les constatations de la Dre I._____ se basent principalement sur les déclarations de la recourante. On peine à suivre la psychiatre traitante s'agissant de l'apparition de nouveaux symptômes, la modification des diagnostics retenus et leur répercussion sur la capacité de travail de sa patiente.

f) Il convient d'examiner à ce stade si le rapport du 19 janvier 2023 de la Dre D._____ peut se voir conférer pleine valeur probante. Cette dernière conteste les conclusions du Dr L._____ au motif que la recourante n'aurait pas pu se livrer sur son parcours en raison du sexe de l'expert, lequel aurait banalisé son cas. La DreD._____ reproche également à l'expert d'avoir ignoré les « informations très précises » figurant dans le rapport du 8 octobre 2020 de la Dre I._____ attestant une dégradation de l'état de santé de la recourante. La Dre D._____ soutient ainsi que la capacité de travail résiduelle de la recourante serait inférieure à 50 % dans une activité adaptée depuis juin 2019. Elle s'en remet uniquement à l'appréciation de la psychiatre traitante qu'elle estime pouvoir partager au vu du lien de confiance entre celle-ci et la recourante. Or comme on l'a vu ci-avant, le point de vue de la psychiatre traitante n'est pas pertinent. Il reste que la DreD._____, qui n'est pas une spécialiste en psychiatrie, n'apporte aucun élément médical objectif à l'appui de sa conclusion qui ne saurait par conséquent être suivie.

g) En l'absence d'une appréciation psychiatrique suffisamment motivée pour établir de manière objective si la recourante présente une atteinte psychique d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part, il s'avère nécessaire de faire compléter l'instruction médicale. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la

procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Compte tenu de l'absence d'atteinte objective d'origine somatique et de la prévalence d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique, l'office intimé mettra en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique auprès d'un spécialiste en psychiatrie, autre que le Dr L._____. Même si le praticien précité s'efforçait d'occulter complètement son évaluation basée sur le premier entretien, on ne peut pas garantir qu'il ne continuerait pas à être influencé par cet entretien, si sa deuxième expertise psychiatrique contenait les mêmes conclusions. Cela fait, il appartiendra à l'OAI de rendre une nouvelle décision statuant sur la demande de la recourante.

h) Compte tenu de l'issue du litige, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire doit être rejetée. Par ailleurs, les griefs de la recourante relatifs aux revenus avec et sans invalidité, singulièrement à l'étendue de l'abattement sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé peuvent, en l'état du dossier, demeurer indécis.

5. a) Le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'OAI, la cause lui étant renvoyée pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dans le sens des considérants, puis nouvelle décision, étant précisé que l'expertise psychiatrique du 5 mai 2022 du Dr L._____ ainsi que son complément du 21 juillet 2022 doivent être retirés du dossier.

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^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante, au bénéfice de l'assistance judiciaire (cf. décision du 16 septembre 2022), 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). Après examen de la liste des opérations déposée le

28 juin 2023 par Me Monney, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 5'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1).

d) Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire. La liste des opérations produite par Me Monney ne peut pas être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, la liste fait mention de quelques démarches antérieures à la date à laquelle l'assistance judiciaire a été accordée (13 septembre 2022), lesquelles n'ont pas à être prises en charge dans le cadre de la présente procédure, et le temps consacré aux nombreux échanges par écrit ou oral avec la recourante ou l'OAI apparaît excessif au regard de la seule question litigieuse soulevée dans le cadre de la procédure. Enfin, le temps consacré aux échanges avec H._____, la Centrale du deuxième pilier et Gastrosocial ne se rapporte pas au présent litige et ne doit donc pas être pris en compte.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 4 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants, l'expertise psychiatrique du 5 mai 2022 du Dr L._____ ainsi que son complément du 21 juillet 2022 devant être retirés du dossier.

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

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Y. _____ une indemnité de 5'500 fr. (cinq 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 Jeanne-Marie Monney (pour Y. _____),
- 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 :

