

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 910 vom 18. Oktober 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-10-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2019\\_\\_910](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__910)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 910 du 18 octobre 2019

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 910 del 18 ottobre 2019

### Regeste

ADMISSION PARTIELLE, ASSISTANCE JUDICIAIRE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉTAT DE SANTÉ, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, RENTE TEMPORAIRE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 28 LAI, 29 LAI, 17 al. 1 LPGA, 88a al. 1 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 18.10.2019 Arrêt / 2019 / 910

ADMISSION PARTIELLE, ASSISTANCE JUDICIAIRE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉTAT DE SANTÉ, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, RENTE TEMPORAIRE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 28 LAI, 29 LAI, 17 al. 1 LPGA, 88a al. 1 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 257/17 - 335/2019 ZD17.036143 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 18 octobre 2019 \_\_\_\_\_ Composition : M. Neu , président Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre : P. \_\_\_\_\_ , à I. \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 17 al. 1 LPGA ; 28 et 29 LAI ; 88 a al. 1 RAI E n f a i t : A. a) Travaillant au service d'une entreprise de culture de champignons, P. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, s'est blessée au genou gauche à l'occasion d'une chute d'un tabouret lors de la cueillette de fongus, le 2 octobre 2006. Après avoir subi diverses périodes d'incapacité de travail entière et partielle, elle a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 31 mars 2009. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements économiques et médicaux, dont l'avis du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin traitant (du 10 juin 2009). Diagnostiquant des gonalgies gauches liées à une amyotrophie quadricipitale et une chondropathie stade III du condyle fémoral interne et stade II du plateau interne du genou gauche, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin-chef du Centre médical de K. \_\_\_\_\_, a conclu que l'assurée était totalement incapable de travailler comme ouvrière de récolte de champignons, mais présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations décrites (rapport du 1 er juillet 2009, complété le 17 novembre suivant). Par décision du 23 février 2010, l'office AI a nié le droit de P. \_\_\_\_\_ à une rente d'invalidité, motif pris de l'absence de perte de gain. Par arrêt du 18 janvier 2011

(cause n° AI 135/10 – 48/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a rejeté le recours formé par P. \_\_\_\_\_ contre cette décision, au motif qu'elle ne subissait aucun préjudice économique lié à son état de santé. Statuant sur le recours interjeté par P. \_\_\_\_\_ contre cet arrêt, le Tribunal fédéral l'a rejeté en considérant qu'elle n'avait fait valoir aucun moyen de nature à remettre en cause l'appréciation des preuves à laquelle avait procédé les juges cantonaux. Il a par ailleurs souligné que c'était en vain qu'elle alléguait être au bénéfice d'un traitement psychiatrique depuis le début de l'année 2011, ce fait postérieur à l'arrêt entrepris ne pouvant être invoqué devant le Tribunal fédéral (arrêt du 21 novembre 2011 dans la cause n° 9C\_208/2011).

b) Souffrant d'une atteinte à la jambe gauche consécutive à la chute dont elle a été victime en octobre 2006, P. \_\_\_\_\_ a déposé, en date du 28 novembre 2014, une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a également signalé faire l'objet d'un suivi auprès d'un psychologue. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assurée. Dans un rapport médical du 14 juillet 2015, la Dre G. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique auprès d'O. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques), de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'état de stress post-traumatique. Tout en mentionnant que l'assurée ne travaillait pas depuis 2007, elle a relevé que l'exposition à un stress professionnel risquait d'aggraver la dépression, dès lors que la situation n'était pas encore stabilisée. Elle a ainsi déconseillé la reprise d'une activité professionnelle. Elle a joint à son rapport le compte-rendu du 13 juillet 2011 relatif au séjour de l'assurée à l'Hôpital psychiatrique R. \_\_\_\_\_ du 28 juin au 11 juillet 2011. Le dossier a été soumis pour appréciation au Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), lequel a estimé que les pièces médicales à disposition ne permettaient pas de statuer valablement sur la capacité de travail exigible d'autant plus qu'il était fait mention d'un trouble douloureux somatoforme qu'il convenait d'analyser selon la nouvelle jurisprudence rendue en matière d'évaluation du caractère invalidant en cas de troubles somatoformes douloureux et de troubles psychosomatiques comparables. Il a donc préconisé la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique (avis médical du 23 décembre 2015). Le 5 décembre 2016, les Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé à l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique de P. \_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 6 mars 2017, également signé par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ils ont posé le diagnostic principal – avec effet durable sur la capacité de travail – de douleurs chroniques du genou gauche dans le cadre d'une chondropathie fémoro-tibiale interne stade IV et, à titre de diagnostic associé, celui de lombalgie chronique non déficitaire dans le cadre d'une discopathie légère étagée. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen, sans syndrome somatique), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, de possible arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche, de status post-résection d'une déchirure en anse de seau de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche le 1<sup>er</sup> novembre 2007 et de discopathie C5-C6 asymptomatique. En l'absence de diagnostic incapacitant, ils n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique. Ils ont en revanche retenu des limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique en relation avec le genou gauche et la colonne lombaire. Il n'y avait pas de limitations pour la position

assise et la tolérance des épaules aux contraintes mécaniques était bonne. Si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'ouvrière de récolte de champignons, elle était entière dans une activité adaptée depuis le 15 juillet 2009. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée à compter du 1<sup>er</sup> août 2016. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a conclu son avis médical du 14 mars 2017 en relevant que, au plan psychique, tant les éléments du dossier que le recueil direct des plaintes auprès de l'assurée et son examen clinique permettaient de confirmer qu'il y avait effectivement eu une problématique psychique incapacitante dont les retombées étaient toutefois désormais éteintes, ce qui permettait de déclarer que la capacité de travail exigible était à nouveau recouvrée à 100% à partir d'août 2016. Cela étant, les données fournies par l'examen clinique du 5 décembre 2016 attestaient des ressources adaptatives suffisantes pour rendre exigible l'exercice à 100% d'une activité adaptée aux atteintes somatiques. Le 24 avril 2017, l'office AI a informé P. \_\_\_\_\_ qu'il entendait lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles). Sur le plan somatique, il a retenu que la situation était superposable à celle qui prévalait en 2010 ; toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100% (par exemple de la manutention légère, du travail à l'établi, du conditionnement léger). Dès lors qu'une telle activité était susceptible de lui procurer un revenu équivalent à celui qu'elle percevait dans la cueillette de champignons, elle ne subissait aucun préjudice économique, respectivement un préjudice minime découlant de ses problèmes de santé. Sur le plan psychiatrique, aucune limitation n'était retenue. L'assurée n'ayant pas présenté d'objections, l'office AI a, par décision du 19 juin 2017, entériné son refus d'allouer ses prestations. B. a) Par acte du 21 août 2017, P. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant sous suite de frais et dépens à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente) à préciser en cours d'instance, le dossier étant en tous les cas renvoyé à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Déniant toute valeur probante à l'appréciation des Drs F. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, elle a allégué que le rapport d'examen bidisciplinaire du 6 mars 2017 ne constituait pas une expertise mais n'avait d'autre valeur qu'une déclaration de partie. S'agissant de l'aspect somatique, elle a fait valoir que ce rapport passait sous silence diverses affections, telles qu'une chondropathie fémoro-tibiale de stade IV, une atteinte à l'épaule droite ainsi que divers troubles du squelette (ostéophythose du plateau vertébral, troubles dégénératifs multi-étagés avec des discopathies sur de larges tronçons de la colonne et une arthrose facettaire L3-L4 et L4-L5). En ce qui concerne le volet psychique, elle a relevé que, dans un rapport du 13 mai 2016, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, avait évoqué une probable dépression récurrente de stade alors sévère ainsi qu'un stress post-traumatique, ce qui justifiait aux yeux de l'assurée la nécessité d'investigations complémentaires plus approfondies. De même, dans la mesure où le diagnostic de troubles somatoformes douloureux avait été évoqué, il convenait d'examiner ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail à la lumière de la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. A titre de mesure d'instruction, elle a ainsi sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire externe, neutre et indépendante. b) Dans sa réponse du 20 octobre 2017, l'office AI a souligné que le rapport d'examen du SMR du 6 mars 2017 était exempt de tout reproche. En particulier, le SMR avait eu connaissance du rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 13 mai 2016. Il n'y avait par ailleurs pas lieu d'examiner la situation selon les critères jurisprudentiels

relatifs aux troubles somatoformes douloureux, en l'absence de confirmation d'un tel diagnostic ou de celui d'une autre pathologie du même genre. Il a en conséquence conclu au rejet du recours. c) En réplique du 26 janvier 2018, l'assurée a réitéré ses critiques à l'endroit du rapport d'examen du SMR du 6 mars 2017, en produisant à l'appui de ses allégations un rapport du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin praticien, du 8 décembre 2017, un rapport du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, du 6 novembre 2017 ainsi qu'un courrier de Me Olivier Carré, conseil de l'assurée, à la Dre L. \_\_\_\_\_, psychiatre à O. \_\_\_\_\_, du 11 janvier 2018, laquelle a confirmé la teneur d'un entretien téléphonique avec le conseil prénommé au cours duquel elle avait préconisé la mise en œuvre d'une expertise. C. Le 7 juin 2018, le magistrat instructeur a confié à l'Unité d'expertises médicales de la Polyclinique M. \_\_\_\_\_ le soin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique) de P. \_\_\_\_\_. Déposé le 9 janvier 2019, le rapport d'expertise était signé par les Dres B. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, toutes deux spécialistes en médecine interne générale, ainsi que par le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les conclusions de ce rapport ont fait l'objet d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 20 novembre 2018 en présence des trois médecins prénommés. Sur la base de leur analyse, les experts ont posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail : · Gonalgies gauches chroniques avec : M25.5 - Entorse bénigne du genou gauche le 01.10.2006. - Arthroscopie avec résection d'une anse de seau du ménisque interne gauche le 01.11.2007. · Gonarthrose gauche bicompartimentale M17.9 · Cervico-brachialgies gauches chroniques non spécifiques d'étiologie indéterminée avec : - Image de spondylarthrose C5-C6 à l'IRM cervicale du 28.09.2017. M54.2 · Lombalgies chroniques non spécifiques avec discopathies lombaires pluriétiquées peu sévères M54.5 · Trouble somatoforme douloureux persistant F45.4 · Episode dépressif d'intensité légère sans syndrome somatique F32.0 Sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu un status après mini-cervicotomie gauche en juillet 2018 avec thrombo-endarterectomie de la bifurcation de l'artère carotide interne gauche, une obésité de grade 1 ainsi qu'une hypercholestérolémie anamnétique. Les experts ont justifié leur appréciation de la capacité de travail de P. \_\_\_\_\_ en ces termes : « 2. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les atteintes constatées 2.1 Au plan physique Limitations d'un point de vue rhumatologique dans toute activité physiquement lourde, avec maintien de position statique debout ou assise de manière continue, prépondérante sur l'horaire de travail, nécessité de piétinement, marche en terrain irrégulier, activité nécessitant la montée et la descente d'escaliers de manière répétitive. Limitations dans les activités professionnelles en position accroupie et/ou à genoux, les activités nécessitant l'exposition aux vibrations corporelles, les mouvements monotones ou répétitifs, le stress de rendement. 2.2 Au plan psychique et mental Limitations dans les activités nécessitant un stress de rendement, des activités essentiellement intellectuelles et même physiques en raison des douleurs liées au trouble somatoforme douloureux persistant, avec fatigue et en raison du léger ralentissement et des troubles cognitifs allégués. 2.3 Au plan social Il n'y a pas de limitations d'ordre social. 3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici. 3.1 Comment agissent ces atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici ? D'un point de vue rhumatologique, on estime théoriquement que l'activité professionnelle de cueilleuse de champignons est une activité physiquement lourde, sans que nous n'ayons toutefois de descriptif du poste de travail du dernier employeur à disposition. On peut admettre que la capacité de travail d'un point de vue rhumatologique pour cette activité est nulle, et ceci de manière définitive (troubles dégénératifs même modérés). 3.2 Description précise de la

capacité résiduelle de travail (ressources résiduelles et limitations fonctionnelles) Pour autant que les limitations psychiques en termes de stress de rendement et physiques en termes d'activité lourde tel que décrit plus haut soient respectées, nous retenons une capacité résiduelle de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20% ou de 80% avec un rendement normal.

3.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour), diminution de rendement incluse ? Cette activité n'est plus exigible à notre avis car physiquement trop lourde pour des questions purement rhumatologiques.

3.4 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins, diminution de rendement comprise ? Depuis l'arrêt de travail le 11.11.2008, nous estimons que l'activité comme cueilleuse de champignons n'est plus exigible. C'est depuis là qu'il y a une incapacité de travail au long cours de 20% au moins.

3.5 Comment le degré d'incapacité de travail, y compris une éventuelle diminution de rendement, a-t-il évolué depuis lors ? Depuis le 15.07.2009, tel que décrit lors de l'examen SMR rhumatologique et psychiatrique de décembre 2016, il y a à notre avis en théorie une capacité de travail de 80% au moins dans une activité adaptée. Cette date correspond rétrospectivement à la fin de la réadaptation et la fin du traitement médical auprès du Dr T. \_\_\_\_\_ de K. \_\_\_\_\_. Au plan physique, depuis la nouvelle demande de prestations AI déposée le 27.11.2014, et comme décrit dans notre discussion plus haut, nous n'avons pas d'évidence d'atteinte à la santé physique nouvelle entravant les capacités de travail (pas d'aggravation nette des troubles dégénératifs). Il y a la persistance du trouble somatoforme douloureux persistant qui englobe les symptômes algiques, mais pour lesquels à notre avis les répercussions fonctionnelles sont moindres. En particulier, plus de constatations d'amyotrophie musculaire entre autres. Au plan psychiatrique, nous n'avons pas d'évidence de limitations sur une longue durée. Il est néanmoins difficile d'apprécier précisément la capacité de travail de manière rétrospective. On note que le psychiatre SMR en 2016 a retenu une incapacité de travail du 01.12.2012 (correspondant au début du suivi psychiatrique à O. \_\_\_\_\_) jusqu'au 31.07.2016, alors que Madame P. \_\_\_\_\_ partait en vacances au Kosovo le 01.08.2016. Cette incapacité était retenue sur la base des rapports et descriptions médicales du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin traitant, et G. \_\_\_\_\_, psychiatre, qui notaient un trouble dépressif récurrent avec deux épisodes sévères sans symptômes psychotiques. Nous rejoignons l'appréciation du psychiatre SMR qui décrivait en décembre 2016 qu'il y avait une amélioration psychique constatée à l'examen, mentionnée aussi par Madame P. \_\_\_\_\_. Cela correspond à notre observation actuelle. De plus, l'examen neuropsychologique effectué en mai 2016 mettait en avant des discordances entre les plaintes exprimant déprime, découragement, ralentissement, irritabilité, troubles mnésiques, etc, contrastant avec le résultat de l'examen qui montrait un profil neuropsychologique peu cohérent. Cela ne permettait pas de mettre en doute une amélioration thymique réelle chez Madame P. \_\_\_\_\_. Donc, rétrospectivement depuis le 01.08.2016, nous pensons qu'il n'y a pas d'incapacité de travail au plan psychique plus importante que de 20%.

4. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ? En d'autres termes, au cas où les atteintes présentées par l'assuré(e) engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession habituelle, peut-il (elle) exercer d'autres activités professionnelles adaptées à ses limitations fonctionnelles ?

4.1 Si oui, à quels critères médicaux le poste de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Quelles sont les limitations fonctionnelles ? Cf. point 2, limitations au plan physique, psychique et mental. Il faudrait envisager une activité de manutention légère.

4.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par exemple

heures par jour), diminution de rendement comprise ? Depuis quand ? Dès à présent dans une activité adaptée. Néanmoins, étant donné le déconditionnement global de Madame P. \_\_\_\_\_ qui a interrompu son activité professionnelle depuis bientôt 10 ans, une observation en stage d'activités pourrait apporter un regard sur les capacités de travail de Madame P. \_\_\_\_\_ et permettre un reconditionnement progressif au travail.

4.3 Quelle a été l'évolution de la capacité de travail de l'assuré(e) dans une activité adaptée ? En théorie, une capacité de travail est présente depuis le 01.08.2016. Mais étant donné le déconditionnement depuis bientôt 10 ans, le pronostic quant à la reprise effective d'une activité professionnelle quelconque dans le circuit économique normal reste très réservé ; cela dépend davantage des conditions psychosociales que l'expertisée rencontrera à l'avenir. Le déconditionnement sur la longue période d'inactivité depuis bientôt 10 ans, le conflit asséculogique sont des éléments extra médicaux.

4.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ? Il n'y a à notre avis pas de raison médicale pour retenir une incapacité de travail de plus de 20% dans une activité adaptée. Nous retenons une capacité résiduelle de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20% ou de 80% avec un rendement normal. » S'étant avisée que les experts de la Policlinique M. \_\_\_\_\_ avaient préconisé la mise en œuvre d'un stage d'observation professionnelle pour avoir une meilleure estimation concrète de ses limitations, P. \_\_\_\_\_ a sollicité que l'office AI soit interpellé sur sa disponibilité à organiser un tel stage d'évaluation (courrier du 23 janvier 2019). Invité à se déterminer sur la requête formulée, l'office AI s'est référé à la décision du 23 février 2010 ainsi qu'aux procédures subséquentes selon lesquelles le revenu sans atteinte à la santé se montait à 35'413 fr. en 2009 alors que le revenu avec atteinte à la santé était de 47'315 fr.

23. Même si ce dernier chiffre devait être réduit de 20% pour tenir compte d'une éventuelle diminution de la capacité de travail ou de rendement ressortant de l'expertise judiciaire, le salaire réalisable avec atteinte à la santé demeurerait supérieur à celui que l'assurée obtiendrait en bonne santé. Le droit à des mesures professionnelles n'était dès lors pas ouvert (courrier du 7 février 2019). A ces déterminations du 26 février 2019 sur le rapport d'expertise du 9 janvier 2019, l'office AI a joint le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 6 février 2019, dont il résultait qu'une incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques pouvait être admise entre le 1<sup>er</sup> décembre 2012 et le 31 juillet 2016. Entre juillet 2009 et fin novembre 2012 ainsi que dès le mois d'août 2016, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était évaluée à 80%. Compte tenu d'une demande déposée le 28 novembre 2014, une rente entière d'invalidité pouvait être octroyée entre le 1<sup>er</sup> mai 2015 et le 1<sup>er</sup> novembre 2016. Dans ses déterminations du 3 juin 2019, P. \_\_\_\_\_ a fait part de ses doutes quant à la qualité des conclusions de l'expertise, reprochant aux experts d'avoir sous-évalué ses atteintes à la santé. Sur le plan somatique, elle s'est étonnée que certaines dégénérescences constatées dès 2010 (troubles dégénératifs multiétiqués avec discopathies D11-L1, L2-L3, L4-L5 et arthrose facettaire L3-L4 et L4-L5) n'aient pas fait l'objet d'un diagnostic proprement dit et d'investigations par imagerie récentes. Affirmant souffrir de céphalées, elle a déploré que les experts de la Policlinique M. \_\_\_\_\_ ne se soient pas prononcés sur la nature précise de cette affection ni sur la possibilité de la juguler par un traitement pas plus qu'ils ne se sont prononcés sur les limitations concrètes induites. Sur le plan psychique, elle a contesté toute amélioration de son état de santé, relevant qu'il était dans la nature même d'une dépression d'être fluctuante. Par ailleurs, l'assurée a relevé que le rapport d'expertise ne contenait aucune réfutation du stress post-traumatique évoqué par le Dr S. \_\_\_\_\_, ajoutant qu'il avait pu être aggravé par l'existence d'une sténose serrée de la carotide interne gauche ayant fait

l'objet d'une intervention chirurgicale en juillet 2018. Au vu de ces éléments, l'assurée a estimé que l'évaluation de la perte de gain n'était pas satisfaisante, si bien qu'elle a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'un stage pratique « visant à l'évaluation concrète de ses capacités résiduelles et améliorations qu'on pourrait y apporter ». Le 17 juin 2019, l'office AI a indiqué qu'il ressortait clairement du rapport d'expertise de la Policlinique M. \_\_\_\_\_ du 9 janvier 2019 que des éléments extra médicaux rendaient difficile une reprise effective de l'activité professionnelle. Un stage pourrait être uniquement mis en place dans un but de reconditionnement progressif au travail ; il ne s'agissait en aucun cas d'un objectif d'évaluation de la capacité de travail, celle-ci ayant été définie sans ambiguïté par les experts. Le 17 juillet 2019, P. \_\_\_\_\_ a produit un rapport médical établi le 8 avril 2019 par le Dr W. \_\_\_\_\_, chef de clinique à O. \_\_\_\_\_. Celui-ci y posait les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques), de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'état de stress post-traumatique. Il a estimé que la capacité de travail était nulle en toute activité. L'assurée a également transmis un avis médical du Dr N. \_\_\_\_\_ du 11 février 2019. Celui-ci y soulignait que l'IRM cervicale de 2017 avait montré un rétrécissement C5-C6 sur protrusion disco-ostéophyttaire, de sorte qu'une problématique radiculaire ne pouvait être exclue. Par ailleurs, le Dr N. \_\_\_\_\_ s'étonnait qu'une capacité de travail entière ait été reconnue en présence d'une gonarthrose gauche, alors qu'il était notoire qu'une arthrose évoluait inexorablement de façon défavorable. Enfin, le problème de la sténose carotidienne n'avait été abordé que superficiellement, la situation actuelle étant critique au niveau vasculaire avec une resténose au niveau de la carotide gauche ainsi que l'intensification des douleurs au niveau cervical à la suite de l'opération du 26 juillet 2018 avec des vertiges positionnels et une asthénie. L'assurée a maintenu sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'un stage pratique. D. a) Par décision du 30 novembre 2017, le magistrat instructeur a accordé à P. \_\_\_\_\_ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 novembre 2017, l'intéressée étant exonérée du paiement de frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Olivier Carré lui a été désigné. b) Par décision du 1<sup>er</sup> juin 2018, le magistrat instructeur a fixé à 1'584 fr. 30 le montant de l'indemnité en faveur du conseil d'office pour la période du 20 novembre 2017 au 29 mai 2018. c) Le 24 juillet 2019, Me Carré a chiffré à 10.483 heures le travail consacré au traitement de la présente cause pour la période du 11 juin 2018 au 24 juillet 2019, ce qui correspondait à un montant de 2'161 fr. 50. 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 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 de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 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 l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'office intimé à la suite de la nouvelle demande déposée en novembre 2014, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante de nature à modifier son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. 3. a) 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 % au moins 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). b) 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 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> 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). c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88 a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se base 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. a) La recourante s'est annoncée une première fois auprès de l'office AI en mars 2009 invoquant une atteinte au genou gauche. L'instruction médicale menée par l'intimé a révélé que les activités impliquant des postures statiques debout prolongées, des marches prolongées ainsi que la montée répétée d'échelles ou d'escaliers étaient contre-indiquées. En revanche, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles. Par décision du 23 février 2010, l'office AI a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité en l'absence de préjudice économique. Ce refus a été confirmé par le Tribunal cantonal dans son arrêt du 18 janvier 2011 (cause n° AI 135/10 – 48/2011) puis par le Tribunal fédéral (arrêt du 21 novembre 2011 dans la cause n° 9C\_208/20119).

b) Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations introduite le 28 novembre 2014, objet de la présente contestation, la recourante a fait état d'une atteinte à la jambe gauche ainsi que d'un suivi psychologique. Se fondant sur l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué au SMR le 5 décembre 2016, l'office AI a considéré, dans la décision dont est recours, que la situation médicale était superposable à celle prévalant en 2010, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante par rapport à la décision du 23 février 2010. Si la capacité de travail était entière en toute activité sur le plan psychiatrique à compter du 1<sup>er</sup> août 2016, elle était nulle sur le plan rhumatologique dans l'activité de cueilleuse de champignons. La capacité de travail était toutefois entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques à compter du 15 juillet 2009. Dès lors qu'une telle activité était susceptible de lui procurer un revenu équivalent à celui qu'elle percevait dans la cueillette de champignons, elle ne subissait aucun préjudice économique, respectivement un préjudice minime découlant de ses problèmes de santé. De son côté, la recourante a contesté la manière de voir de l'office AI en faisant valoir que le dossier n'avait pas fait l'objet d'une instruction suffisante en particulier sur le plan psychiatrique.

6. Le magistrat instructeur a ainsi diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès de l'Unité d'expertises médicales de la Polyclinique M. \_\_\_\_\_.

a) aa) Sur le plan somatique, les experts ont relevé que des gonalgies gauches avaient débuté à la suite de l'accident dont la recourante avait été victime en octobre 2006. Les examens cliniques auxquels ils ont procédé n'ont pas révélé de limitations fonctionnelles aux genoux, en particulier à gauche, où il n'y avait pas de signe méniscal positif et où il n'était plus constaté d'amyotrophie quadricipitale. Ils n'avaient par ailleurs pas d'argument rhumatologique en faveur d'une gonarthrose rapidement progressive voire destructrice. A cet égard, la radiographie du genou gauche réalisée en août 2015 montrait une transparence osseuse sans particularité, une absence de solution de

continuité, de pincement significatif, d'érosion osseuse. bb) En ce qui concerne la colonne lombaire, l'examen clinique effectué par les experts était pauvre, ne montrait pas de gêne fonctionnelle ni de douleur particulière avec une bonne mobilité du rachis, hormis quelques auto-limitations douloureuses mais modérées. L'examen radiologique récent du rachis lombaire effectué par IRM en janvier 2018 montrait des troubles dégénératifs légers ne permettant pas de conclure à une progression rapide de l'arthrose, notamment depuis l'examen clinique au SMR en 2016 qui avait retenu le diagnostic de lombalgies non déficitaires dans le cadre d'une discopathie légère étagée. Il n'y avait pas de souffrance radiculaire aux membres inférieurs. L'électromyographie était normale dans les myotomes L4 à S1 des deux côtés, en concordance avec les pièces neuroradiologiques qui n'avaient montré aucune anomalie potentiellement responsable d'une compression radiculaire. cc) S'agissant de la colonne cervicale, l'examen clinique montrait des limitations algiques modérées. Si les cervicalgies pouvaient partiellement s'expliquer par les troubles dégénératifs, ceux-ci étaient somme toute peu sévères. Les experts n'ont pas constaté de syndrome radiculaire objectivable, en particulier C5 ou C6 gauche et ceci bien que sur le plan neuroradiologique le rétrécissement C5-C6 gauche soit confirmé à l'IRM. Les douleurs décrites par l'assurée n'évoquaient pas un syndrome radiculaire et les paresthésies étaient mal systématisées. Objectivement, il n'y avait pas de syndrome radiculaire déficitaire au membre supérieur gauche et l'exploration électro-physiologique n'apportait aucun argument dans ce sens, en particulier dans le territoire C5-C6. Le neurologue n'avait pas non plus retrouvé de neuropathie ulnaire ni de syndrome du tunnel carpien. Les experts ont ensuite relevé que la limitation algique de la colonne cervicale un peu plus importante décrite peu de temps auparavant était liée en partie à une intervention chirurgicale sur la carotide gauche pratiquée le 26 juillet 2018 en raison de la découverte fortuite d'une sténose de l'artère carotide interne gauche, asymptomatique, dans le cadre d'investigations chez une patiente polyvasculaire. Ce diagnostic ne représentait toutefois pas de limitations fonctionnelles à long terme. dd) Ayant relevé que les extraits du dossier mentionnaient des antécédents à l'épaule droite et que l'assurée décrivait un problème lié à l'épaule gauche, les experts ont retenu qu'il n'y avait pas d'évidence de tendinopathie clinique de la coiffe des rotateurs ou autre phénomène arthrosique des épaules. ee) Tant au plan rhumatologique que neurologique, les constatations cliniques et radiologiques ne permettaient pas d'expliquer l'intensité des douleurs décrites ni leur durée et leur extension globale, ni les répercussions des douleurs dans la vie quotidienne de l'assurée. Il existait certes des troubles dégénératifs au genou gauche, au niveau cervical et lombaire (modérés) mais qui n'expliquaient pas la clinique dans son ensemble. En l'occurrence, les constatations dégénératives étaient légères, au niveau de la colonne cervicale et lombaire en particulier. De plus, les troubles dégénératifs étaient non spécifiques et se rencontraient également dans une population normale asymptomatique. Globalement, au plan ostéo-articulaire strict, il n'y avait pas d'élément orientant vers une étiologie inflammatoire, tumorale, fracturaire, métabolique, toxique. A cela s'ajoutait l'absence de répercussions des troubles dégénératifs du rachis, documentés, peu sévères, sur les structures nerveuses, ceci tant au niveau cervical qu'au niveau lombaire. Quant aux céphalées, il s'agissait d'une douleur irradiant de la région cervicale sans les caractéristiques d'une céphalée primaire (cf. rapport du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 2 novembre 2018). ff) Sur la base de leurs constatations, les experts de la Polyclinique M. \_\_\_\_\_ ont retenu, à l'instar des médecins du SMR, que depuis le 15 juillet 2009, l'assurée présentait une capacité de travail de 80% au moins dans une activité adaptée. Cette date correspondait rétrospectivement à la fin de la

réadaptation et la fin du traitement médical auprès du Dr T.\_\_\_\_\_. Ils ont considéré que, depuis le dépôt de la demande de prestations de novembre 2014, il n'y avait pas d'évidence d'atteinte à la santé physique nouvelle entravant la capacité de travail (pas d'aggravation nette des troubles dégénératifs). b) aa) Sur le plan psychiatrique, les experts ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant. Ils ont expliqué que ce trouble s'était développé à partir de gonalgies apparues en 2006, auxquelles avaient fait suite un contexte de conflit asséurologique et de précarité financière ayant joué un rôle en tant que stressor psychosocial. Le trouble somatoforme douloureux persistant a entraîné un déconditionnement avec désinsertion professionnelle se greffant sur une insertion sociale déjà assez limitée. bb) En ce qui concerne le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité légère sans syndrome somatique, les experts ont souligné qu'ils n'avaient pas constaté de problème de compréhension, ni de problème de langage, ni de ralentissement psychomoteur, ni de fatigue/fatigabilité, ni de baisse de la thymie. Au contraire, l'assurée s'était montrée plutôt animée à l'évocation des préjudices asséurologiques et dans l'exposé du long parcours médical qu'elle vivait depuis 2006. Les incohérences entre l'importance des limitations décrites et l'importance des troubles de la mémoire et de la concentration ne remettaient pas en doute l'authenticité des plaintes mais ne permettaient pas aux experts de conclure à un épisode dépressif d'intensité plus que légère et sans symptômes somatiques. Ils n'avaient au demeurant pas d'évidence en faveur d'une simulation. L'observation des experts de la Policlinique M.\_\_\_\_\_ montrait donc surtout une incohérence entre les troubles de la mémoire encore allégués et l'analyse clinique, se rapprochant en cela de l'appréciation d'incohérence retenue lors des tests neuropsychologiques de mai 2016. Ils ont ainsi rejoint l'évaluation du psychiatre du SMR qui avait retenu, en décembre 2016, le diagnostic d'épisode dépressif actuel moyen sans syndrome somatique, concluant à une amélioration depuis 2015-2016. cc) Pour le surplus, les experts de la Policlinique M.\_\_\_\_\_ ont indiqué qu'ils n'avaient aucun élément pour retenir au jour de l'expertise ou rétrospectivement le diagnostic de stress post-traumatique comme décrit par la Dre G.\_\_\_\_\_, en l'absence de symptômes de reviviscence d'événement traumatique, de cauchemars ou autres critères tirés de la CIM-10 (vécu traumatique suffisamment grave). dd) Les experts ont indiqué qu'il n'y avait pas d'évidence de limitations psychiques sur une longue durée. Leur observation correspondait à celle rapportée par les médecins de l'Hôpital psychiatrique R.\_\_\_\_\_ en 2011, lesquels décrivaient une évolution favorable, renonçant même à l'introduction d'un traitement antidépresseur. Quant au rapport d'examen clinique du SMR du 6 mars 2017, il faisait état de symptômes dépressifs seulement de degré moyen, donc en amélioration par rapport au descriptif des médecins traitants. L'amélioration s'était poursuivie avec les critères actuels d'une dépression légère. Relevant que le psychiatre du SMR avait retenu en décembre 2016 une incapacité totale de travail du 1<sup>er</sup> décembre 2012 (correspondant au début du suivi psychiatrique à O.\_\_\_\_\_) jusqu'au 31 juillet 2016 (veille du départ en vacances de l'assurée), ils ont déclaré rejoindre cette appréciation qui décrivait une amélioration psychique constatée à l'examen, mentionnée aussi par l'intéressée. Cela correspondait à l'observation effectuée à la Policlinique M.\_\_\_\_\_. De plus, l'examen neuropsychologique effectué en mai 2016 avait mis en évidence des discordances entre les plaintes exprimant déprime, découragement, ralentissement, irritabilité, troubles mnésiques qui contrastaient avec le résultat de l'examen montrant un profil neuropsychologique peu cohérent. Cela ne permettait pas de mettre en doute une amélioration thymique réelle chez l'assurée. Dès lors, il n'y avait pas d'incapacité de travail supérieure à 20% depuis le 1<sup>er</sup> août 2016. c) Partant,

il n'existe aucune aggravation importante de l'état de santé de la recourante de nature à influencer négativement sa capacité de travail. La situation de l'assurée s'avère en effet très largement superposable à celle ayant donné lieu à la décision du 23 février 2010. d) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la Polyclinique M. \_\_\_\_\_, laquelle examine de manière complète l'ensemble des plaintes – somatiques et psychiques – de la recourante et est dûment motivée, si bien qu'il y a lieu d'admettre que le rapport du 9 janvier 2019 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante. Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse circonstanciée du cas, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations fouillées, il contient une appréciation claire de la situation fondée sur des examens spécialisés réalisés dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions. e) Dans ce contexte, le rapport médical établi par le Dr W. \_\_\_\_\_ le 8 avril 2019 ne permet pas d'admettre une aggravation de l'état de santé sur le plan psychique. Il ne fait en effet pas état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par les experts de la Polyclinique M. \_\_\_\_\_ ou qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. On relèvera en outre que le Dr W. \_\_\_\_\_ ne s'est pas exprimé sur la teneur du rapport d'expertise de la Polyclinique M. \_\_\_\_\_ et n'a communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par les experts. En réponse aux objections soulevées par le Dr N. \_\_\_\_\_ dans son avis médical du 11 février 2019, il convient de souligner que les experts n'ont pas constaté de syndrome radiculaire objectivable, en particulier C5 ou C6 gauche et ceci bien que sur le plan neuroradiologique le rétrécissement C5-C6 gauche soit confirmé à l'IRM de novembre 2017. Ils n'ont pas non plus objectivé de syndrome radiculaire déficitaire au membre supérieur gauche et l'exploration électro-physiologique n'avait apporté aucun argument dans ce sens, en particulier dans le territoire C5-C6. En ce qui concerne les genoux, les experts ont indiqué qu'ils n'avaient pas d'argument rhumatologique pour une gonarthrose rapidement progressive, voire destructrice. Par ailleurs, en l'absence de limitation significative, il n'y avait pas d'indication médicale à une nouvelle arthroscopie. Quant à la limitation algique de la colonne cervicale, les experts ont expliqué qu'elle était liée en partie à une intervention chirurgicale sur la carotide gauche pratiquée le 26 juillet 2018 en raison de la découverte fortuite d'une sténose de l'artère carotide interne gauche, asymptomatique, dans le cadre d'investigations chez une patiente polyvasculaire. Ce diagnostic ne représentait toutefois pas de limitations fonctionnelles à long terme. f) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante a présenté une incapacité totale de travail du 1<sup>er</sup> décembre 2012 au 31 juillet 2016. Au vu du délai d'attente d'une année et du dépôt de la demande en novembre 2014, le droit à la rente s'ouvre le 1<sup>er</sup> mai 2015. La capacité de travail étant entière dès le 1<sup>er</sup> août 2016 avec une diminution de rendement de 20% (rapport d'expertise de la Polyclinique M. \_\_\_\_\_ du 9 janvier 2019, p. 33), le droit à la rente s'éteint trois mois plus tard, soit le 31 octobre 2016. 7. Cela étant, il convient de relever que l'office AI a refusé de reconnaître à la recourante le droit à des mesures d'ordre professionnel au motif que le degré d'invalidité présenté était insuffisant pour ouvrir le droit à de telles mesures (cf. écriture du 7 février 2019). Or, comme suggéré dans son avis du 17 juin 2019, l'office AI conserve la faculté d'octroyer une aide par la mise en œuvre d'un stage de reconditionnement au travail, celui-ci ayant pour seul objectif de favoriser activement l'usage de la capacité résiduelle de travail de l'assurée en vue d'une réinsertion professionnelle rapide et durable. 8. En définitive, le recours doit être partiellement admis et

la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 octobre 2016. 9. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). b) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1]). Compte tenu de la complexité de la procédure ayant nécessité la mise en œuvre d'une expertise, il convient de l'arrêter à 2'200 francs. Cette indemnité couvre au demeurant la rémunération du conseil d'office pour la période du 11 juin 2018 au 24 juillet 2019, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 et 122 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA.VD ; cf. aussi art. 4 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision rendue le 19 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que P.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 octobre 2016. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 P.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'200 fr. (deux mille deux cents francs) à titre de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Olivier Carré, avocat (pour P.\_\_\_\_\_), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.