

## VD\_GERICHTE ZD19.016362 vom 15. Oktober 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-10-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD19.016362](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.016362)

FR: VD\_GERICHTE ZD19.016362 du 15 octobre 2020

IT: VD\_GERICHTE ZD19.016362 del 15 ottobre 2020

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 144/19 - 348/2020 ZD19.016362 CO UR DE S  
ASSURANCES S OCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 15 octobre 2020 \_\_\_\_\_ Composition : Mme DURUSSEL,  
présidente MM. Neu et Piguet, juges Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre :  
Z. \_\_\_\_\_, à P. \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me Anne-Luce Julsaint Buonomo,  
avocate à Gland, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE  
VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28  
LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. Ressortissante portugaise, au bénéfice d'une autorisation de séjour  
(permis B), Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, est divorcée et  
mère d'un enfant adulte. Alors domiciliée dans le canton de Saint-Gall, elle travaillait  
depuis le 1er décembre 2004 comme aide de cuisine dans un restaurant de montagne. En  
date du 12 février 2005, Z. \_\_\_\_\_ s'est blessée à la cheville droite en tombant dans des  
escaliers. Le 16 février 2006, Z. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de  
l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Saint-Gall  
(ci-après : l'OAI-SG). Entre autres mesures d'instruction, l'OAI-SG a mis en œuvre une  
expertise pluridisciplinaire confiée à l'Hôpital J. \_\_\_\_\_, à L. \_\_\_\_\_. Dans leur rapport  
du 17 décembre 2007, les experts ont posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de  
travail – de troubles de la circulation veino-lymphatique persistante au niveau du mollet  
droit après lésion par distorsion de la cheville droite et de syndrome douloureux régional  
complexe. De même qu'ils n'ont retenu aucun diagnostic sans effet sur la capacité de  
travail, ils ont également écarté toute pathologie psychiatrique. Si la dernière activité  
exercée par l'assurée n'était plus exigible, les experts ont cependant estimé qu'elle était en  
mesure de travailler dans une activité adaptée à un taux d'environ 70 %. Par décision du 29  
avril 2008, l'OAI-SG a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que le taux  
d'invalidité présenté – fixé à 30 % – n'ouvrait pas droit à une rente d'invalidité. Statuant le  
9 janvier 2012, le Tribunal des assurances du canton de Saint-Gall a admis le recours formé  
par l'assurée contre cette

- 3 - décision, en ce sens qu'il a reconnu le droit de cette dernière à un quart de rente  
d'invalidité à compter du 1er février 2006. Par arrêt du 3 septembre 2012 (cause  
8C\_176/2012), le Tribunal fédéral, admettant le recours de l'OAI-SG, a annulé l'arrêt  
cantonal rendu le 9 janvier 2012. B. Invoquant l'impossibilité de travailler en position  
debout, Z. \_\_\_\_\_, désormais domiciliée dans le canton de Vaud et oeuvrant en qualité de  
serveuse à la cafétéria de la Clinique K. \_\_\_\_\_, a déposé en date du 19 novembre 2013  
une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction  
de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après :  
l'office AI ou l'intimé) a confié la réalisation d'une expertise orthopédique au Dr

C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 27 mai 2014, l'expert n'a retenu aucun diagnostic orthopédique affectant la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics de status post contusion de la cheville droite avec entorse de bas grade du ligament talo-fibulaire antérieur le 12 février 2005, de status post neurolyse sympathique L3-L4 le 16 janvier 2007 et de syndrome de surcharge mécanique des articulations sacro-iliaques. En relation avec le syndrome douloureux chronique actuel annoncé par l'assurée, le Dr C. \_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes : « Il est nécessaire de rechercher le syndrome douloureux chronique régional de type I. Selon les critères de Harden et Brühl, il ne peut pas être retenu au jour de l'expertise. Ceci est soutenu par les imageries de juillet et septembre 2013 de la cheville droite qui ne montrent pas de modification de la trame osseuse, où une ostéoporose aurait été attendue en cas d'algodystrophie initiale. S'impose donc la nécessité d'examiner avec soin les diagnostics différentiels. Le syndrome douloureux complexe régional de type II est exclu en raison de l'absence de lésion nerveuse à l'examen clinique. En raison de la normalité de l'imagerie, les diagnostics de fractures trabéculaires, de fracture de fatigue, d'ostéonécrose aseptique, d'arthrose en poussée, de tumeur inflammatoire, d'ostéoporose transitoire possiblement migratrice sont toutes

- 4 - exclues par les imageries. La thrombophlébite des membres inférieurs et d'ischémie sont deux diagnostics exclus par la clinique et l'anamnèse, tout comme celui de capsulite rétractile pour une cheville, à amplitudes articulaires normales en actif. Une monoarthropathie est exclue par l'imagerie et les examens biologiques effectués. En conclusion, il n'existe pas d'étiologie concernant l'appareil locomoteur pouvant expliquer les douleurs déclarées par l'assurée. Pour être complet, il existe également des douleurs de la face postéro-inférieure du tronc et du rachis cervical. L'examen clinique est rassurant, ne montrant pas de point d'appel clinique orthopédique ou neurologique rachidien. On regrette que l'imagerie n'ait pas été mise à disposition par l'assurée. Il n'existe pas de point d'appel nécessitant la réalisation d'une imagerie rachidienne au jour de l'expertise, qui, de toute façon, n'aurait pas été justifiée médicalement et éthiquement en l'absence du dossier complet. On relève un syndrome de surcharge des articulations sacro-iliaques, diagnostic non invalidant car accessible à une infiltration radioguidée. » Sur la base de son analyse, l'expert C. \_\_\_\_\_ a considéré que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de serveuse de restaurant depuis le mois de mars 2005, soit trois semaines après la fin de l'incapacité de travail totale présentée ensuite de l'accident du 12 février 2005. Sollicité pour détermination, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a déclaré faire siennes les conclusions de l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ (rapport du 1er avril 2015). Par décision du 26 mai 2015, l'office AI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, motif pris qu'il n'avait constaté aucune atteinte susceptible de diminuer sa capacité de travail dans une activité professionnelle. C. Souffrant des séquelles de l'accident du 12 février 2005 sous la forme d'un syndrome complexe douloureux (type maladie de Sudeck) ayant entraîné un état dépressif chronique invalidant, Z. \_\_\_\_\_ a déposé, en date du 27 juin 2016, une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

- 5 - Dans un courrier du 30 juillet 2016 à l'office AI, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué se charger du suivi de l'assurée depuis le mois d'août 2015 en raison d'un état dépressif sévère. Selon ce médecin, cet état aurait été déclenché dans une conjoncture de souffrance physique intense consécutive à un

traumatisme de la cheville droite survenu en 2005, lequel avait motivé le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe ou syndrome de Sudeck. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a expliqué que la symptomatologie présentée par sa patiente la rendait incapable de marcher plus d'une demi-heure, ce qui la tourmentait et l'empêchait de se livrer à quelque activité que ce fût. Par avis médical du 14 décembre 2016, le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a préavisé pour un refus d'entrer en matière. Le 4 janvier 2017, l'office AI a communiqué à l'assurée un projet de décision l'informant de son intention de ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations du 27 juin 2016, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations. Représentée par Me Anne-Luce Julsaint Buonomo, avocate, l'assurée a présenté, en date du 3 février 2017, des objections au projet de décision du 4 janvier 2017. Se prévalant d'un arrêt de travail ininterrompu du 11 novembre 2015 au 30 novembre 2016, elle a fait en substance valoir que son état de santé s'était dégradé tant sur le plan physique que sur le plan psychique. A l'appui de ses allégations, elle a joint diverses pièces dont un rapport du 16 février 2016 du Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, médecin-chef à l'Hôpital R. \_\_\_\_\_. Celui-ci constatait qu'il n'y avait plus aucune indication à caractère inflammatoire ou d'un syndrome douloureux régional complexe au niveau du membre inférieur droit ; par ailleurs, les divers traitements tentés jusqu'ici étaient tous restés sans effet. Il a en outre fait état d'une aggravation de l'état dépressif.

- 6 - Le 21 février 2017, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur les conclusions de l'avis médical du 14 décembre 2016. Dans un rapport du 3 novembre 2017 à l'intention de l'office AI, le Dr V. \_\_\_\_\_, chef de clinique à l'Hôpital psychiatrique X. \_\_\_\_\_, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent - épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F 33.2), depuis au moins 2014, et, sans effet sur la capacité de travail, de troubles somatoformes - syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), depuis au moins 2006-2007. S'agissant de la capacité de travail, il a estimé qu'une activité adaptée au handicap de l'assurée, qui n'exigerait pas beaucoup de trajets pour se rendre à son travail, en évitant les stations debout prolongées, sans de trop longues heures de travail, serait peut-être possible et même recommandée. Le 13 novembre 2017, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a admis que, selon les données transmises par le psychiatre traitant, il existait une suspicion de trouble somatoforme douloureux, associé à une psychopathologie avérée. Il a dès lors préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (chirurgie orthopédique, médecine interne générale et psychiatrie). Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Centre d'Expertises N. \_\_\_\_\_, à D. \_\_\_\_\_. Les examens utiles ont été réalisés les 7, 20 et 22 février 2018, par les Drs T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport de synthèse du 8 mars 2018, les experts ont conclu à l'absence de pathologie incapacitante. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.2), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), une ablation d'un kyste (probable lipome) en novembre 2017, une otite chronique avec deux interventions à l'oreille droite en 2009, une cholécystectomie pour lithiase en 2009, un status post distorsion de la cheville droite avec contusion osseuse et entorse de bas grade avec lésion minime du ligament fibulotalien antérieur le 12 février

- 7 - 2005, un status après CRPS de type 1 ou Sudeck à la cheville droite, un status post neurolyse sympathique L3/L4 le 16 janvier 2007 et une amygdalectomie à l'âge de 8-9 ans. Leur appréciation de la situation était formulée en ces termes : « Au niveau de la médecine interne, l'examen de ce jour met en évidence une certaine majoration des symptômes lors de l'examen à la recherche des oedèmes aux membres inférieurs par exemple. L'examen reste cependant dans les limites normales. Il n'y a aucune justification à une incapacité de travail. Sur le plan orthopédique, 13 ans après une distorsion de la cheville droite avec une minime lésion du ligament fibulotalien antérieur, on constate cliniquement sur la base de l'examen de ce jour : - La disparition de signe en faveur d'un CRPS de type 1. - Une cheville stable sans signe de laxité. - Une mobilité légèrement diminuée au niveau tibio tarsien et sous astragalien. - Des douleurs persistantes à la palpation avec une forte appréhension à la mobiliser. - La marche en charge complète impossible et qui ne s'effectue qu'avec deux cannes en charge partielle. Sur la base des documents radiologiques à disposition, les derniers datant de 2013 et 2015, il n'y a pas de lésion ostéo-articulaire ni signe en faveur d'un CRPS ou Südeck au membre inférieur droit. La situation médicale est à considérer comme stabilisée et n'a pas évolué, notamment depuis l'expertise orthopédique du Dr C. \_\_\_\_\_ en 2014, dont je rejoins les conclusions. Le traitement actuel antalgique doit être poursuivi et il n'y a pas de solution antalgique interventionnelle ni de solution chirurgicale à envisager d'après les spécialistes consultés ces dernières années (Dr W. \_\_\_\_\_ 2016 et Dr B. \_\_\_\_\_ 2017). Sur le plan orthopédique, il n'y a aucune limitation fonctionnelle à envisager. Sur le plan de la capacité de travail, il n'y a aucun diagnostic orthopédique incapacitant. Par conséquent, la capacité de travail dans son activité habituelle est complète avec un rendement complet. Toute autre activité est exigible à 100 % avec un rendement complet. Sur le plan psychique, spontanément, l'expertisée mentionne « j'ai des douleurs partout ». Je suis triste depuis 13 ans, je suis très fatiguée. L'anamnèse retrouve en lien avec une symptomatologie douloureuse (accident du 12.02.2005), une symptomatologie anxieuse (intensité moyenne) et dépressive (intensité forte). Sa symptomatologie douloureuse serait problématique et fluctuante depuis lors. Recrudescence de la symptomatologie dépressive suite

- 8 - au licenciement de l'expertisée du 31.10.2013, encore aggravée par la maladie néoplasique de sa mère (décédée le 18.02.2017 au Portugal). Depuis le 21.06.2017 (fin de la 3ème hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique X. \_\_\_\_\_), la situation a évolué de façon favorable. L'anamnèse retient la notion de deuil datant d'un peu plus d'une année. L'examen psychiatrique retient que l'expertisée se déplace de la salle d'attente à la salle d'examen avec 2 cannes. Elle est confortable sur la chaise, il n'y a pas de comportements douloureux observés. Elle est peu précise et a tendance à se noyer dans les détails. La maîtrise du français est très basique. Le raisonnement et le jugement sont efficaces. L'humeur est anxieuse (intensité moyenne). Elle est euthymique. Il n'y a pas de troubles cognitifs. Le taux plasmatique de Saroten du 22.02.2018 est de 0.90 µmol/l, ce taux est dans la fourchette thérapeutique (0.28 – 0.72) voire même légèrement au-dessus, il objective une bonne observance de cette médication. En conclusion, le tableau clinique que présente cette expertisée est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), l'évolution de la symptomatologie qui a un caractère chronique est trop long pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. La symptomatologie anxieuse est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. La symptomatologie dépressive est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Ceci correspond aux éléments obtenus lors de l'anamnèse et à

l'examen clinique. Il y a une autre atteinte psychiatrique sous la forme d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). L'expertisée se décrit comme fatiguée, douloureuse, triste et anxieuse. Il existe un certain sentiment de détresse, non expliqué par les processus physiologiques ou par un trouble psychique. L'expertisée a une bonne perception de soi et des autres. L'expert de médecine interne retient qu'il y a une certaine majoration des symptômes lors de l'examen à la recherche des oedèmes aux membres inférieurs. L'expert orthopédique retient que 13 ans après une distorsion de la cheville droite avec une minime lésion du ligament fibulo-talien antérieur, la situation médicale est à considérer comme stabilisée et n'a pas évolué, notamment depuis l'expertise orthopédique du Dr C.\_\_\_\_\_ en 2014, dont je rejoins les conclusions. La jurisprudence du Tribunal fédéral par arrêt du 03.06.2015 (9C\_492/2014) concernant l'évaluation des affections psychosomatiques nous amène à prendre en considération les éléments suivants. On retiendra que ce trouble n'est pas associé à un trouble psychiatrique sévère. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. Il n'y a pas de notion de carences affectives, ni de maltraitance, il n'y a pas de notion d'agression ou de traumatisme grave. L'expertisée s'appuie sur un réseau social efficient.

- 9 - L'ensemble de ces éléments va dans le sens de la présence de ressources personnelles.  
» Dans un avis du 26 mars 2018, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions des experts du Centre d'Expertises N.\_\_\_\_\_, en ce sens qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé incapacitante. Par projet de décision du 5 juin 2018 annulant et remplaçant celui du 4 janvier 2017, l'office AI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter la demande de prestations introduite le 27 juin 2016, au motif que, selon les renseignements médicaux en sa possession, elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. Le 20 septembre 2018, l'assurée a manifesté son désaccord avec ce projet de décision, en contestant les résultats de l'expertise pluridisciplinaire du Centre d'Expertises N.\_\_\_\_\_. Elle a produit un rapport du 20 juin 2018, dans lequel le Dr V.\_\_\_\_\_ confirmait notamment le diagnostic de trouble dépressif récurrent associé à des syndromes somatiques, l'épisode actuel étant moyen au lieu d'être sévère (F33.11). Aux diagnostics posés précédemment, il a ajouté celui de troubles de la personnalité sans précision (F60.8). Il n'a toutefois pas indiqué les éléments sur lesquels il fondait les diagnostics retenus pas plus qu'il ne s'est prononcé sur la capacité de travail. L'assurée a également transmis un rapport d'examen neuropsychologique du 31 juillet 2018. S.\_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP, y précisait avoir revu l'intéressée en date du 20 août 2018 pour un bilan complémentaire, l'examen réalisé en juillet 2018 ayant montré une atteinte de quasiment toutes les fonctions cognitives chez une patiente partiellement orientée et massivement ralentie. Les résultats de cet examen n'étaient toutefois pas interprétables car elle se trouvait sous morphine. Le bilan complémentaire montrait une atteinte des fonctions exécutives, mnésiques (mémoire épisodique et immédiate) et, dans une moindre mesure, langagière. Seules les praxies et les gnosies étaient préservées chez cette patiente très ralentie, très fatigable et à la thymie effondrée. Par rapport à l'examen réalisé en juillet, les performances, bien que toujours très inférieures aux normes, étaient légèrement meilleures. Le ralentissement était également légèrement

- 10 - moins prononcé mais restait significatif et affectait la plupart des processus cognitifs. Selon S.\_\_\_\_\_, la tableau cognitif décrit était cohérent avec une thymie effondrée et excluait la reprise d'une activité professionnelle. Le 13 novembre 2018, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a expliqué pour quels motifs il convenait d'écarter le rapport du psychiatre traitant du 20 juin

2018 ainsi que les conclusions de l'examen neuropsychologique du 20 août 2018, si bien qu'il n'y avait pas lieu de remettre en cause la validité de l'expertise du Centre d'Expertises N.\_\_\_\_\_. Le 6 mars 2019, l'office AI a rendu une décision aux termes de laquelle il entérinait son refus d'octroyer ses prestations (rente d'invalidité et mesures professionnelles). Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections soulevées. Se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du Centre d'Expertises N.\_\_\_\_\_, l'office AI a indiqué que l'examen de médecine interne restait dans les limites de la norme. Sur le plan orthopédique, l'expert avait détaillé un status ostéoarticulaire normal tant cliniquement que radiologiquement, ce qui permettait d'exclure une pathologie invalidante au niveau de la cheville et du pied droits. En l'absence de limitation fonctionnelle, aucun diagnostic orthopédique incapacitant n'avait été posé, si bien que la capacité de travail était entière sans diminution de rendement. S'agissant du volet psychiatrique, l'office AI a relevé l'absence d'arguments en faveur d'une psychopathologie invalidante. Le trouble anxieux dépressif mixte n'atteignait pas un niveau de gravité tel qu'il affecterait la capacité de travail. Le trouble dépressif récurrent épisode sévère mentionné par le Dr V.\_\_\_\_\_ n'était attesté ni par le status clinique ni par la médication psychotrope, qualifiée de minime. Quant au trouble somatoforme, l'examen des indicateurs pertinents achevait de lui ôter tout caractère incapacitant. A cela s'ajoutait que le comportement démonstratif de l'assurée durant les examens orthopédique et de médecine interne évoquaient une exagération des symptômes. Enfin, l'examen

- 11 - neuropsychologique de juillet 2018 faisait apparaître des déficits qui n'avaient pas été mis en évidence durant l'expertise réalisée au Centre d'Expertises N.\_\_\_\_\_. En effet, celui-ci faisait mention d'une assurée orientée dans l'espace et dans le temps, aucun trouble mnésique – à court ou long terme – n'ayant été constaté. Par ailleurs, le déroulement et le contenu de la pensée étaient qualifiés de normaux tandis que le raisonnement et le jugement étaient considérés comme efficaces. D. a) Par acte du 8 avril 2019, Z.\_\_\_\_\_ a déféré la décision du 6 mars 2019 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 au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Se prévalant du rapport d'examen neuropsychologique du 31 juillet 2018 ainsi que des rapports des 20 juin 2018 et 25 février 2019 – produit en annexe – du Dr V.\_\_\_\_\_, l'assurée a estimé qu'ils confirmaient l'existence d'une incapacité de gain invalidante. Au regard des troubles mis en évidence par l'examen neuropsychologique et des diagnostics retenus par le Dr V.\_\_\_\_\_ dans les rapports précités, l'office AI ne pouvait se fonder sur les seuls avis du SMR pour nier toute incapacité de travail. Du reste, il n'avait effectué ni examen complet ni fait procéder à une expertise neuropsychologique, l'examen psychologique réalisé dans le cadre de l'expertise du Centre d'Expertises N.\_\_\_\_\_ étant insuffisant dans ce contexte. L'assurée s'est ensuite livrée à une analyse du caractère incapacitant du trouble somatoforme douloureux à l'aune des indicateurs jurisprudentiels. Selon elle, cet examen révélait que l'ensemble des indicateurs n'avaient pas été pris en considération et que, s'ils l'avaient été, l'office AI aurait conclu à une incapacité de travail. b) Dans sa réponse du 28 mai 2019, l'office AI a rappelé que les rapports du 20 juin 2018 du Dr V.\_\_\_\_\_ et du 20 août 2018 relatif à l'examen neuropsychologique avaient fait l'objet d'une analyse par le SMR (avis médical du 13 novembre 2018) reprise dans le courrier du 6 mars 2019 accompagnant la décision attaquée. Quant au rapport du 25 février 2019 du Dr V.\_\_\_\_\_, il a également été soumis au SMR lequel avait conclu qu'il n'apportait pas d'arguments médicaux dont l'existence et/ou

- 12 - la pertinence n'aurait pas été dûment appréciée durant l'instruction du dossier (avis médical du 27 mai 2019). En conséquence, l'office AI a préavisé pour le rejet du recours. c) En réplique du 24 juin 2019, l'assurée s'en est une nouvelle fois prise au volet psychiatrique de l'expertise du Centre d'Expertises N.\_\_\_\_\_. Elle a déploré que les rapports du Dr V.\_\_\_\_\_ du 20 juin 2018 et d'examen neuropsychologique du 20 août 2018 n'aient pas été soumis pour avis à l'expert psychiatre. S'agissant du rapport du 25 février 2019, elle a estimé que les considérations de l'office AI à ce propos, respectivement du SMR, n'apportaient rien. Jugeant que le SMR ne pouvait se contenter de « trancher sur pièces », elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise. d) Dupliquant en date du 27 août 2019, l'office AI a fait observer que les avis établis par le SMR en date des 13 novembre 2018 et 27 mai 2019 expliquaient pour quelles raisons les pièces produites postérieurement à l'expertise du Centre d'Expertises N.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de s'éloigner de la prise de position antérieure, à savoir l'absence d'atteinte à la santé incapacitante au sens de la loi. e) Dans ses déterminations du 23 septembre 2019, l'assurée a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise. E n d r o i t : 1. a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; 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 et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

- 13 - b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, plus particulièrement l'évaluation de sa capacité de travail. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré

- 14 - d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à

un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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

- 15 - 351 consid. 3a et les références ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). d) On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). 4. a) Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC), également appelé algo(neuro)dystrophie, reflex sympathetic dystrophy, Morbus (ou maladie de) Sudeck ou causalgie, est caractérisé par une douleur régionale, continue, spontanée ou provoquée, qui paraît disproportionnée en intensité ou en durée par rapport à l'évolution attendue du traumatisme ou de la lésion ; cette douleur régionale ne se limite pas à un territoire nerveux périphérique ou à un dermatome spécifique et est généralement associée à des signes cliniques moteurs, sensitifs, sudomoteurs, vasomoteurs et/ou trophiques qui peuvent être inconstants et variables dans le temps (cf. Harden et al., Complex regional pain syndrome : Practical diagnostic and treatment guidelines, 4e édition, in : Pain Medicine 2013, vol. 14, p. 182). Des critères de diagnostic insistent sur le caractère disproportionné des troubles par rapport à l'événement déclenchant ainsi que sur l'existence de certains

symptômes (œdème, troubles vasculaires

- 16 - et troubles sudomoteurs) ont été adoptés en 1994 (critères dits d' « Orlando »), puis revus et adaptés ultérieurement (cf. Harden et al., op. cit., p. 180 ss ; Spicher/Estebe/Létourneau/Packham/Rossier/ Annoni, Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe [SDRC], in : Douleur et Analgésie, 2014, vol. 27/1, p. 62 ss ; Bär/Rommel, Taxinomie, in : Jänig/Schaumann/Vogt [éd.], SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Lucerne 2013, p. 17 ss). Ces nouveaux critères, dits de « Budapest », qui font dorénavant autorité, sont les suivants : 1) Une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant 2) Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes : - Sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie - Vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement/asymétrie de la coloration de la peau - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie de la sudation - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) 3) Au moment de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes : - Sensorielle : hyperalgésie (à la piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire) - Vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) 4) Aucun autre diagnostic n'explique mieux les signes et symptômes.

- 17 - Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (cf. Luthi/Konzelmann, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in : Revue Médicale Suisse, 29 janvier 2014, p. 271 s. ; Luthi et al., Syndrome douloureux régional complexe, in : Revue Médicale Suisse, 27 février 2019, p. 495 ss). b) Le SDRC appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (cf. TF 8C\_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). 5. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165). b) Selon la jurisprudence, il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418), et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409), la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281).

- 18 - aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre)

et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). bb) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et

- 19 - la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). 6. En l'espèce, l'office intimé a retenu que la recourante dispose, malgré les atteintes qu'elle présente, d'une pleine capacité résiduelle de travail sans diminution de rendement dans son activité habituelle, à savoir, en dernier lieu, celle d'employée de cafétéria. a) Pour fonder son appréciation, l'office AI s'est basé sur l'expertise pluridisciplinaire du Centre d'Expertises N. \_\_\_\_\_ du 8 mars 2018. Celle-ci porte sur l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante. Les experts ont fait une étude circonstanciée de la situation et ont procédé à une anamnèse complète aussi bien sur le plan personnel, familial, que professionnel, social et médical. Ils ont résumé tous les éléments médicaux à leur disposition, ont rendu compte des plaintes de la recourante, les ont confrontées à leurs constatations objectives, ont posé les diagnostics après avoir effectué des examens cliniques complets sur les plans de la médecine interne, de l'orthopédie et de la psychiatrie et ont

- 20 - abouti à des conclusions claires. Les médecins du Centre d'Expertises N. \_\_\_\_\_ ont également déterminé quels étaient les empêchements entraînés dans la vie quotidienne par les atteintes à la santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C\_459/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.2) et étudié les traitements mis en place. Leur appréciation médicale est précise, détaillée et motivée. b) Du point de vue de la médecine interne, l'expert a conclu à un examen dans les limites de la norme, sous réserve d'une certaine majoration des symptômes lors de l'examen à la recherche d'œdèmes aux membres inférieurs. c) S'agissant du volet orthopédique, l'expert a constaté, treize ans après une distorsion de la cheville droite avec une minime lésion du ligament rotulien, la disparition de signe en faveur d'un CRPS de type 1. aa) S'appuyant sur les critères de Budapest, il a relevé que la recourante se plaignait de « douleurs insupportables » essentiellement localisées à la cheville et à la jambe droites. Concernant la symptomatologie, elle rapportait des difficultés à la marche ce qui nécessitait l'usage de cannes. Durant son examen clinique, l'expert n'a pas mis en évidence d'œdème au niveau des membres inférieurs. Le revêtement cutané ne présentait aucune particularité ; il n'y avait notamment pas d'atrophie cutanée ni de pâleur, ni de sécheresse de la peau ou de différence de température, comme on pourrait trouver semblables signes cliniques dans les séquelles d'une maladie de Sudeck. La palpation de la cheville droite était globalement douloureuse au niveau du compartiment externe. Du côté interne, la malléole et le ligament deltoïde étaient douloureux. Toutes les manœuvres et mobilités articulaires au niveau du pied droit étaient également douloureux. Il n'y avait, toutefois, pas de laxité ligamentaire. Au final, l'expert a retenu que les critères de Budapest – lesquels font autorité en la matière pour retenir un CRPS – n'étaient en l'occurrence pas réalisés. Les conclusions de l'expert sont en adéquation avec celles du Dr C. \_\_\_\_\_, lequel avait exclu de manière convaincante l'existence d'un syndrome douloureux chronique

- 21 - régional de type I, après avoir effectué les examens d'usage en lien avec cette atteinte et analysé les critères déterminants (cf. rapport d'expertise du 27 mai 2014, p. 39). Le Dr C. \_\_\_\_\_ n'avait pas non plus retenu un syndrome douloureux complexe régional de type II en raison de l'absence de lésion nerveuse à l'examen clinique. A l'instar de son confrère, le Dr W. \_\_\_\_\_ avait également constaté qu'il n'existait plus aucune indication à caractère inflammatoire ou d'un syndrome douloureux régional complexe actif au niveau du membre inférieur droit (cf. rapport du 16 février 2016). bb) Dans le cadre de son examen, l'expert orthopédiste T. \_\_\_\_\_ a constaté que la recourante était très plaintive. Tout en étant collaborante, elle lui avait toutefois paru démonstrative avec une majoration de ses plaintes. De même, comme indiqué ci-avant, le Dr F. \_\_\_\_\_ a relevé que l'examen (de médecine interne) à la recherche d'œdèmes aux membres inférieurs avait mis en évidence une certaine majoration des symptômes. Or l'analyse des documents radiologiques ne montrait aucun signe de lésion traumatique, notamment au niveau du membre inférieur droit. Les radiographies de la cheville droite face et profil n'avaient révélé aucun signe dégénératif tibiotarsien, sous astragalien et médiotarsien. Une IRM du pied droit pratiquée en 2013 avait conclu à l'absence de lésion ostéoarticulaire significative. Les experts somaticiens ont ainsi retenu l'existence de certaines divergences entre les symptômes décrits et l'examen clinique, soulignant une discordance nette entre les plaintes formulées par la recourante, l'examen clinique et les examens radiologiques répétés sans signes pathologiques significatifs. Une exagération de la symptomatologie ressort également d'autres pièces au dossier (cf. rapport d'expertise du Centre d'Expertises N. \_\_\_\_\_ du 8 mars 2018, p. 10 ; rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 27 mai 2014, p. 9). A cela s'ajoute

l'existence de facteurs contextuels non médicaux, évoqués notamment par le Dr C.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 27 mai 2014, p. 44), lequel n'a pas non plus exclu la recherche de bénéfices secondaires (ibidem, p. 49). Le rôle joué par de tels facteurs a également été mentionné par plusieurs des médecins ayant examiné la recourante (cf. rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 27 mai 2014, pp. 22, 23, 24 et 26 ; cf. également rapport

- 22 - d'expertise du Centre d'Expertises N.\_\_\_\_\_ du 8 mars 2018, pp. 10, 12 et 13). Ces éléments ont été pris en compte pour l'évaluation globale de la capacité de travail. d) Sous l'angle psychique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10 ou ICD-10), à la lumière des éléments cliniques constatés et moyennant des indications claires sur le degré de gravité des symptômes. Son examen permet en outre une appréciation de la capacité de travail au regard des indicateurs déterminants. aa) En ce qui concerne le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, l'expert a constaté que le tableau clinique présenté par la recourante était compatible avec le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes. Le caractère chronique de cette maladie excluait toutefois le diagnostic de trouble de l'adaptation. Par ailleurs, la symptomatologie anxieuse était insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. La symptomatologie dépressive était elle aussi insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu l'existence d'une autre atteinte psychiatrique sous la forme d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Après avoir relevé que l'intéressée se décrivait comme fatiguée, douloureuse, triste et anxieuse, l'expert a souligné qu'il existait un certain sentiment de détresse, qui n'était cependant pas expliqué par les processus physiologiques ou par un trouble psychique. Il a ajouté que ce trouble n'était pas associé à un trouble psychiatrique sévère ; il n'y avait ainsi pas d'organisation pathologique de la personnalité ni de notions de carences affectives ni de maltraitances ; il n'y avait pas non plus de notion d'agression ou de traumatisme grave. bb) S'agissant du traitement, le Dr G.\_\_\_\_\_ a noté que le taux plasmatique de Saroten du 22 février 2018 était de 0,90 µmol/l, si bien qu'il fallait admettre qu'il se situait dans la fourchette thérapeutique

- 23 - (0,28 – 0,72), voire légèrement au-dessus ; quoi qu'il en soit, ce résultat objectivait une bonne observance de cette médication. Plus généralement, l'expert a jugé qu'il y avait une indication à poursuivre le traitement psychiatrique – psychothérapeutique actuel. Toutefois, il lui paraissait utile de diminuer et, si possible, d'arrêter la prescription de benzodiazépine, médication asthénisante. La poursuite de la prescription du traitement antidépresseur – que la recourante observait – ainsi que la valorisation de ses capacités adaptatives lui semblaient tout aussi utiles. Il a enfin estimé qu'il serait pertinent de confronter de manière empathique l'intéressée au caractère subjectif de certaines de ses plaintes. cc) S'agissant de l'analyse de la personnalité, l'anamnèse retenait que la recourante se décrivait comme attentive aux autres, calme et généreuse. Il n'y avait pas de notion de comportement impulsif, de notion de comportement auto- ou hétéro-dommageable ni de notion de débordement émotionnel. L'intéressée avait une bonne perception de soi et des autres. La recherche de traits de personnalité pathologique était négative ; ainsi, il n'y avait pas de trouble du cours de la pensée, notamment pas de tachypsychie ni de bradypsychie ou de barrage ; le déroulement et le contenu de la pensée étaient normaux. Il n'y avait pas d'obsession ni d'idées délirantes. L'examen clinique n'a

pas non plus mis en évidence de signes indirects d'hallucinations. Il n'y avait ni déficit émotionnel ni labilité émotionnelle ni hyperémotivité. La recourante n'avait pas montré d'agressivité pathologique, de compulsion, de stéréotypies ou d'actes impulsifs. Si l'humeur était moyennement anxieuse, l'intéressée s'était toutefois montrée euthymique. Outre une tendance à la dramatisation des événements, l'examen clinique avait objectivé une certaine démonstrativité. Au vu de ces éléments, l'expert n'a pas retenu d'organisation pathologique de la personnalité. dd) En ce qui concerne les ressources, le Dr G. \_\_\_\_\_ a relevé que la recourante était capable de communiquer ; même si elle s'exprimait difficilement en français, elle savait se faire comprendre ; elle disposait de capacités relationnelles et de communication. Elle était, en outre, capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine

- 24 - flexibilité psychique et de s'organiser ; elle était rationnelle mais peu autonome et guère endurente. Elle avait cependant une bonne estime de soi et était capable de s'affirmer. Les tâches quotidiennes étaient assumées, à l'exception des activités ménagères lourdes. Il était, au surplus, fait mention du caractère exigible d'une réadaptation professionnelle. ee) En ce qui concerne le contexte social, il ressort du rapport d'expertise du Centre d'Expertises N. \_\_\_\_\_ que la recourante a qualifié ses relations privées d'harmonieuses. Elle déclarait s'appuyer sur son frère, résidant en Suisse, ainsi que sur quatre amies proches, l'une d'elles l'accompagnant pour faire les courses. Quant à son fils, il vivait au Portugal mais s'entretenait quotidiennement avec sa mère pendant une demi-heure au téléphone. Les experts ont ainsi retenu l'existence d'un réseau social personnel. De même, la neuropsychologue S. \_\_\_\_\_ a constaté que l'intéressée était bien insérée socialement et qu'elle bénéficiait d'un entourage adéquat tant de la part de ses amis que de son fils (cf. rapport du 31 juillet 2018). ff) Quant au critère de la cohérence, le Dr G. \_\_\_\_\_ a signalé, à l'instar de ses confrères somaticiens, des divergences significatives entre les symptômes décrits et les examens cliniques pratiqués dans le cadre de son expertise. Il y avait en outre des divergences entre les éléments apportés par la recourante et les données figurant au dossier. e) Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts (cf. considérant 6a ci-dessus in initio). Contrairement à ce que prétend la recourante, l'examen auquel a procédé S. \_\_\_\_\_ le 20 août 2018 ne saurait être considéré comme une expertise neuropsychologique (cf. mémoire de recours du 8 avril 2019, p. 6). En effet, outre que ce bilan n'émane pas d'un médecin, il ne se fonde pas sur un examen circonstancié et complet de la situation. Si cet examen a mis en évidence un large spectre de troubles cognitifs dans un contexte de diverses atteintes à la santé somatique et psychique, il n'est pas susceptible, en

- 25 - lui-même, d'invalider les éléments médicaux contenus dans l'expertise du Centre d'Expertises N. \_\_\_\_\_ (cf. considérant 6f.aa ci-dessous). Quant aux avis du Dr V. \_\_\_\_\_ des 20 juin 2018 et 25 février 2019, brefs et peu étayés, ils ne font pas état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par les experts du Centre d'Expertises N. \_\_\_\_\_ ou qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. On relèvera encore que le Dr V. \_\_\_\_\_ ne s'est pas exprimé sur la teneur du rapport d'expertise pluridisciplinaire ni n'a communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par le Centre d'Expertises N. \_\_\_\_\_. Il ne s'est au demeurant pas prononcé sur la capacité de travail. Il convient enfin de rappeler que le Dr V. \_\_\_\_\_ avait estimé que le trouble somatoforme – syndrome douloureux somatoforme persistant était sans effet sur la capacité de travail (avis du 3 novembre 2017). Dans son rapport du 25

février 2019, il a du reste mentionné une stabilisation de la symptomatologie, ajoutant que l'évolution, quoique fragile, était bonne. f) Le rapport d'expertise du Centre d'Expertises N. \_\_\_\_\_ du 8 mars 2018 répond en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux. Dans toutes les spécialités médicales, tant sur les plans somatique que psychique, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Les experts ont examiné la question de la capacité de travail en appréciant le degré de gravité fonctionnel, en pondérant les déficits et les ressources, en déterminant la cohérence et les plaintes de la recourante et son comportement dans ses différentes activités. A propos de la démarche méthodologique suivie, l'expert psychiatre a précisé que son examen s'appuyait sur une évaluation détaillée comprenant une anamnèse, la prise en considération des plaintes subjectives formulées, le status clinique avec monitoring ainsi que l'analyse des ressources personnelles. C'est le lieu de souligner que le psychiatre traitant n'a pas pris en compte les ressources relevant de l'entourage familial et amical ni n'a décrit la vie quotidienne. On relèvera enfin que le rapport d'expertise recoupe dans une large mesure les informations obtenues auprès des autres médecins

- 26 - consultés (démonstrativité, majoration des plaintes, exagération de la symptomatologie, présence de facteurs contextuels non médicaux, etc.). g) Dans ses avis du 13 novembre 2018 et 27 mai 2019, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il fallait écarter les rapports médicaux établis postérieurement à l'expertise du Centre d'Expertises N. \_\_\_\_\_. aa) S'agissant du bilan neuropsychologique du 20 août 2018, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait mis en évidence des déficits qui n'apparaissent pas dans le rapport d'expertise. Celui-ci faisait au contraire mention d'une personne orientée dans l'espace et dans le temps, d'un raisonnement et d'un jugement efficaces ainsi que de l'absence de troubles cognitifs. La recourante a cependant critiqué la méthodologie de l'expert psychiatre en lui faisant grief de ne pas l'avoir soumise à un examen neuropsychologique. Or c'est à l'expert lui-même, et non à la personne expertisée, de déterminer quelles sont les méthodes d'investigation les plus opportunes dans le cadre du mandat d'expertise qui lui est confié. A cet égard, le Dr G. \_\_\_\_\_ n'a pas jugé utile de procéder à une évaluation neuropsychologique au regard des constatations opérées au plan cognitif (orientée dans l'espace et le temps, sans trouble mnésique ni à court ni à moyen terme, raisonnement et jugement efficaces) et de l'ensemble du dossier à sa disposition (absence d'élément en faveur de troubles neuropsychologiques antérieurs à l'expertise du Centre d'Expertises N. \_\_\_\_\_). La recourante n'a soulevé en l'occurrence aucun argument susceptible de jeter le doute sur la méthodologie employée par le Dr G. \_\_\_\_\_ dont l'expertise repose sur une démarche bien décrite. Au demeurant, celle-ci n'est pas critiquable. On rappellera ici que le bilan psychologique a dû être effectué en deux fois, car la première fois (le 31 juillet 2018), la recourante était sous morphine, de sorte que les résultats obtenus étaient ininterprétables. Or on ignore si la psychologue a pu constater que la patiente n'était plus sous l'influence de cette substance lors de l'examen complémentaire du 20 août 2018.

- 27 - bb) Quant aux avis du Dr V. \_\_\_\_\_ des 20 août 2018 et 25 février 2019, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a estimé qu'ils ne contenaient aucun élément propre à mettre en doute les constatations et conclusions de l'expertise du Centre d'Expertises N. \_\_\_\_\_, à savoir que la recourante conservait une capacité de travail entière dans son activité habituelle. Le psychiatre traitant a simplement opposé sa propre appréciation de la situation médicale à celle des experts, sans expliquer en quoi les constatations et conclusions du Centre

d'Expertises N.\_\_\_\_\_ seraient manifestement inexactes. h) En définitive, la recourante n'apporte aucun élément de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre d'Expertises N.\_\_\_\_\_. Dans ces conditions, c'est sans violer le droit que l'office AI s'est fondé sur ledit rapport pour rendre la décision attaquée et qu'il a ainsi retenu que l'assurée présente une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans son activité habituelle, à savoir, en dernier lieu, celle d'employée de cafétéria. 7. a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration des preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). b) En l'occurrence, le dossier est complet sur le plan médical avec l'expertise convaincante du Centre d'Expertises N.\_\_\_\_\_, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de

- 28 - cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par la recourante. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire. Quant à la demande d'audition personnelle, il n'y a pas lieu d'y accéder. En effet, dans la mesure où la recourante a pu s'exprimer tout au long de la procédure et produire toutes pièces à l'appui de ses allégations, on ne voit pas en quoi son audition pourrait être utile. 8. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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 fixé en 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 la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). b) N'obtenant pas gain de cause, la recourante, bien qu'assistée d'une mandataire professionnelle, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). c) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'une avocate en la personne de Me Anne-Luce

- 29 - Julsaint Buonomo. Sur la base de la liste des opérations produite le 7 octobre 2019, il convient d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 12 heures et 35 minutes, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre

2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit un montant de 2'265 fr. auquel s'ajoutent les débours fixés forfaitairement à 113 fr. 25 (art. 3bis al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 7,7% par 183 fr. 10. L'indemnité d'office en faveur de Me Anne-Luce Julsaint Buonomo s'élève par conséquent à 2'561 fr. 35. d) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (art. 5 RAJ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 6 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. L'indemnité d'office de Me Anne-Luce Julsaint Buonomo, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'561 fr. 35 (deux mille cinq cent soixante et un francs et trente-cinq centimes), débours et TVA compris.

- 30 - VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :  
- Me Anne-Luce Julsaint Buonomo, avocate (pour Z. \_\_\_\_\_), - 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

- 31 - 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.