

# VD\_GERICHTE ZD20.041734 vom 1. Juni 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-06-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD20.041734](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.041734)

FR: VD\_GERICHTE ZD20.041734 du 1 juin 2021

IT: VD\_GERICHTE ZD20.041734 del 1 giugno 2021

## Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 331/20 - 166/2021 ZD20.041734 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 1er juin 2021 \_\_\_\_\_ Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Küng, assesseur Greffière : Mme Neurohr \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : A. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représenté par Me Stefano Fabbro, avocat à  
Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE  
VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 61 let. c LPGA ; art. 8 al. 1 et 28 LAI. 402

- 2 - E n f a i t : A. A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971,  
originaire de [...] au bénéfice d'une autorisation d'établissement C, a été employée à 80 %  
auprès du Tea room B. \_\_\_\_\_ à [...], géré par son époux, de février 2014 à février 2016  
et, en parallèle, comme femme de ménage à 20 % pour la famille S. \_\_\_\_\_ dès 2009  
jusqu'en 2019 à tout le moins et, depuis le 1er juin 2019, elle a pris une activité de garde  
d'enfant à 15 %. Le 6 décembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations de  
l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud  
(ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une malformation cardiaque ayant donné lieu à un  
accident vasculaire cérébral (ci-après : AVC) le 5 décembre 2014. Par rapport du 17 janvier  
2017, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a  
posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'AVC mésentérique  
droit et état dépressif persistant depuis 2014. Il a précisé que les limitations fonctionnelles  
résidaient dans des troubles de la concentration et la fatigue. L'assurée était en incapacité de  
travail totale du 5 décembre 2014 au 1er juin 2015, du 3 août 2015 au 18 janvier 2016, du 6  
juillet 2016 au 22 août 2016 et dès le 5 décembre 2016. Le 18 janvier 2017, l'OAI s'est vu  
transmettre un extrait du compte individuel de l'assurée. Il en est notamment ressorti que  
ses revenus se sont élevés à 54'851 fr. en 2014, 64'530 fr. en 2015 et 25'455 fr. en 2016.  
Selon les certificats de salaires dressés par le Tea room B. \_\_\_\_\_, l'assurée a perçu un  
revenu brut de 35'200 fr. pour onze mois en 2014, 46'800 fr. pour l'an 2015 et 15'600 fr.  
pour huit mois en 2016 – l'assurée ayant apparemment continué à effectuer du ménage  
après la résiliation du contrat de travail (cf. rapport employeur complété le 23 janvier 2017).  
La succession S. \_\_\_\_\_ a attesté d'un revenu annuel de 14'985 fr. en 2014 (499,5  
heures), 17'730 fr. en 2015 (591 heures) et

- 3 - 9'855 fr. en 2016 (328,50 heures) (cf. rapport employeur complété le 17 janvier 2017).  
Interpellée par l'OAI, l'assurée a indiqué le 23 janvier 2017 que, sans atteinte dans sa santé,  
elle aurait travaillé à 100% dès le 1er avril 2015 comme femme de ménage à raison de 4  
heures par semaine. Le 31 janvier 2017, l'OAI a accordé à l'assurée une mesure  
d'intervention précoce sous forme de modules externalisés visant à soutenir et à faciliter sa  
réinsertion professionnelle. A la suite du premier entretien avec le prestataire de la mesure  
du 14 février 2017, il est apparu que l'assurée n'était pas dans une dynamique d'exploration

ou de réorientation de son projet professionnel, qu'elle n'était pas ouverte au changement et préférait poursuivre l'activité de femme de ménage qu'elle exerçait, le petit taux pratiqué lui convenant très bien. L'assurée n'a donc pas passé au module 1. Le 17 avril 2018, le Dr T. \_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire de l'OAI en ce sens qu'il posait les diagnostics d'AVC ischémique mésencéphalique d'origine microangiopathique et dépression chronique et qu'il constatait une évolution partiellement favorable, la capacité de travail dans un poste de type tertiaire étant de 20 % depuis l'AVC et les limitations fonctionnelles étant la fatigue et les troubles mnésiques. Par avis médical du 22 mai 2018, le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin praticien auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a constaté que les rapports des médecins du service de neurologie du Centre hospitalier J. \_\_\_\_\_ et ceux du cardiologue suivant l'assurée depuis l'AVC étaient rassurants mais qu'il manquait un examen sérieux permettant de déterminer la capacité de travail sur le plan neurologique après l'AVC. Il a ainsi recommandé une expertise neurologique qui a été réalisée le 12 octobre 2018 par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, après une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) effectuée le 11 octobre 2018 à la demande de l'expert.

- 4 - Par rapport du 19 octobre 2018, le Dr N. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics sans impact sur la capacité de travail de status après AVC mésencéphalique en 2014, invisible actuellement à l'IRM, et sans séquelle neurologique ou cognitive, et de trouble neuropsychologique entrant dans le cadre d'un état anxio-dépressif, avec surcharge psychogène confirmée au test de validation. Il a précisé que le parcours de la patiente dans le cadre de multiples plaintes somatiques fluctuantes était à mettre en rapport avec le tableau clinique actuel où les troubles neuropsychologiques mentionnés étaient secondaires à l'état psychologique/anxio-dépressif, chez une patiente avec une surcharge psychogène claire. Celle-ci était notamment mise en évidence par les tests de validation cognitifs, qui montraient des éléments répétés d'effort submaximal lors des tests administrés. La légère péjoration de certains tests cognitifs allait dans le même sens, par rapport au bilan post AVC, puisqu'il était en contradiction avec l'évolution tout à fait favorable sur le plan neurologique clinique de celui-ci, qui correspondait même à l'absence de lésion cicatricielle séquellaire visible à l'IRM actuelle. Ainsi, l'état neurologique organique était à considérer comme normal. Il a en revanche relevé la chronicisation des plaintes dans un contexte de conviction d'incapacité et a ajouté qu'il existait visiblement un entretien familial qui rendait difficile de nouveaux essais sur le marché du travail. Il a conclu qu'il n'y avait pas de limitation sur le plan neurologique organique de la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici. Vu la situation psychologique et sociale actuelle, une amélioration semblait peu probable sur le plan de la chronicisation des plaintes et la discordance entre l'absence de trouble neurologique organique et la dysfonction cognitive associée à la surcharge psychogène susmentionnée. Sur le plan neurologique organique, l'état actuel de la capacité de travail avait été atteint au plus tard douze mois après l'AVC de 2014. Par avis du 15 novembre 2018, le Dr X. \_\_\_\_\_ a constaté qu'à la lecture de l'expertise, la situation sur le plan neurologique était claire (incapacité de travail limitée du 5 décembre 2014 au 5 décembre 2015) mais qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.

- 5 - C'est ainsi que la Dre R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a été mandatée et a rendu son rapport le 7 mai 2019. Elle a d'abord relevé qu'il n'y avait pas eu de suivi psychiatrique et donc aucun rapport médical psychiatrique au dossier. Elle a donc repéré des éléments pouvant éventuellement appartenir au tableau psychiatrique parmi les

rapports médicaux somatiques. S'agissant du contenu de l'expertise, l'experte a procédé à une anamnèse minutieuse, a relevé les plaintes de l'assurée, qui a été entendue sur de nombreux points, et a rapporté le contenu de la journée de l'intéressée ; elle a en outre effectué des constats somatiques et psychiatriques, puis des examens complémentaires, à savoir des tests psychométriques tels que l'échelle de dépression d'Hamilton 17 items présentant un score de 11 correspondant à une dépression légère, l'échelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton 14 items présentant un score de 14 correspondant à une anxiété de degré mineur à moyen et le trouble panique 13 items présentant un score de 4- 5, soit pas de trouble panique. En l'absence de diagnostics psychiatriques antérieurs, elle a examiné les suggestions émises par les somaticiens et interrogé l'assurée. Les diagnostics posés étaient l'épisode dépressif léger (F32.0) avec syndrome somatique depuis 2016 et l'anxiété généralisée de degré léger à moyen sans attaque de panique (F41.1) depuis 2016. Les limitations étaient une fatigue et une fatigabilité qui réduisaient le rendement dans son activité principale de femme de ménage. Les troubles de la concentration avaient peu d'incidence sur son activité. La Dre R. \_\_\_\_\_ a constaté en outre une intolérance au stress et un évitement. Elle a noté que la capacité de travail était nulle comme aide à tout faire (emploi au Tea room) mais qu'elle était entière pour une activité à 20 % de femme de ménage mais avec une baisse de rendement. Cette capacité de travail pouvait être améliorée dès lors qu'entre 2016 et 2018 l'assurée n'avait pas été traitée ni suivie sur le plan psychiatrique ; elle n'avait eu qu'un traitement antidépresseur (ci-après : AD) instauré en février 2019 qui était en phase d'adaptation. En plus du traitement AD, un traitement anxiolytique adapté et un suivi psychothérapeutique régulier étaient indispensables.

- 6 - Par avis du 27 août 2019, la Dre C. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé des incohérences entre le status rassurant (discours fluide, pas de ralentissement psychomoteur durant les 2h40 d'entretien, regard vif, pas de tristesse, inquiétude pour sa santé), l'absence de suffisamment de critères selon CIM 10 pour l'atteinte F32.0 (seule la diminution de l'intérêt avait été relevée), l'absence des symptômes primaires tels que les troubles neurovégétatifs et atteinte craintive pour F42.1 et la capacité de travail qualifiée de quasi nulle alors qu'il existait peu de limitations fonctionnelles et de bonnes ressources. L'experte R. \_\_\_\_\_ a donc été interpellée et a répondu le 13 septembre 2019 en précisant notamment les critères pour un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01) et pour une anxiété généralisée de degré léger à moyen sans attaque de panique (F41.1) qui étaient présents. Elle a ajouté que les symptômes de l'assurée pour l'atteinte F32.01 étaient de degré léger et n'étaient pas incapacitants et que ceux pour le trouble F41.1 étaient d'intensité légère à moyenne et sans effet sur la capacité de travail mais avec une légère baisse de rendement. Elle a précisé que la capacité de travail était entière dans l'activité de femme de ménage ainsi que dans son activité d'employée à tout faire dans le Tea room mais avec une légère baisse de rendement. Dans son avis du 30 septembre 2019, la Dre C. \_\_\_\_\_ a déclaré suivre les conclusions de l'expert N. \_\_\_\_\_, à savoir une incapacité de travail totale du 5 décembre 2014 au 5 décembre 2015 et celles de l'experte R. \_\_\_\_\_ en ce sens que l'assurée présentait deux atteintes non incapacitantes, les limitations fonctionnelles ne diminuant pas la capacité de travail dans l'activité habituelle mais générant uniquement une légère baisse de rendement de 10 %. Ainsi, la capacité de travail était nulle du 5 décembre 2014 au 5 décembre 2015, puis entière en toute activité dès lors avec une baisse de rendement de 10 %. Le 18 février 2020, l'assurée a indiqué avoir pris une activité de garde d'enfant dès le 1er juin 2019 à 15 % (6 heures par semaine).

- 7 - Par projet de décision du 23 mars 2020, l'OAI a refusé d'octroyer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité à l'assurée au motif qu'elle avait présenté une incapacité de travail durable depuis le 5 décembre 2014, date qui constituait le début du délai d'attente, mais que dès le 5 décembre 2015, elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans toute activité avec une diminution de rendement de 10 %. Son revenu annuel brut dans son activité de femme de ménage était de 58'500 fr. (revenu sans atteinte à la santé à 100 % selon les fiches de salaires au dossier et le certificat de salaire 2015 transmis avec le rapport employeur du 23 janvier 2017) ; dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (fatigue, intolérance au stress), elle pourrait percevoir un revenu de 48'650 fr. (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], niveau de compétence 1 pour une activité légère et répétitive avec baisse de rendement de 10 %). Le préjudice s'élevait ainsi à 9'850 fr. et représentait un degré d'invalidité de l'ordre de 17 %, insuffisant à l'ouverture du droit à une rente et à des mesures professionnelles. L'assurée s'y est opposée le 6 avril 2020, contestant disposer d'une capacité de travail résiduelle supérieure à 15 %. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué dans un courrier du 6 avril 2020 que l'assurée souffrait d'infections urinaires invalidantes récidivantes depuis 2016 en annexant des rapports de consultation en urologie confirmant les infections urinaires à répétition. La Dre C. \_\_\_\_\_ a admis dans son avis du 11 août 2020 la nécessité de proximité de toilettes pour les problèmes urinaires par ailleurs connus depuis 2016, ce qui ne modifiait toutefois pas la capacité de travail. L'assurée ayant produit un certificat d'hospitalisation au service de psychiatrie du Centre hospitalier J. \_\_\_\_\_ du 8 au 25 mai 2020 attestant d'une incapacité de travail pour cette période, la Dre C. \_\_\_\_\_ a requis la production du rapport d'hospitalisation.

- 8 - Il résulte de ce rapport que l'assurée a été admise volontairement pour une mise à l'abri d'un geste auto-agressif après tentamen médicamenteux. Le Dr H. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique ainsi qu'un trouble anxieux généralisé. Il a évoqué en outre un possible trouble de la personnalité dépendant, ajoutant que, selon la famille, l'assurée serait connue depuis des années pour du chantage affectif. L'hospitalisation a été motivée à la suite d'une crise clastique et hystéroïde au domicile, sans intention de mourir, par ingestion médicamenteuse de l'assurée qui a invoqué plutôt une erreur de prise par confusion et dans un état de colère ; l'intéressée a expliqué que la crise était liée à des inquiétudes concernant son mari qui avait subi une intervention cardiaque et qui se montrait distant et moins affectueux depuis son retour à domicile, activant ainsi chez elle des angoisses d'abandon si son mari venait à décéder. Un entretien a eu lieu avec le conjoint et un traitement antidépresseur a été mis en place. Une amélioration de l'état psychique a rapidement été constatée et s'est exprimée par une nette amélioration de la thymie et une baisse des angoisses, puis la disparition des idées suicidaires. Le rapport indique que l'assurée a mis l'amélioration de son moral en lien direct avec la prise de conscience de son époux et de ses enfants quant à sa souffrance et la reprise d'un dialogue entre eux. Au vu de la bonne évolution clinique, elle a demandé d'avancer la date de sortie, ce qui a pu être fait. Dans son avis du 22 septembre 2020, la Dre C. \_\_\_\_\_ a constaté que l'incapacité de travail attestée par le Dr H. \_\_\_\_\_ était courte et passagère. Elle maintenait son précédent avis médical. Par décision du 24 septembre 2020, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision. B. Par acte du 23 octobre 2020, A. \_\_\_\_\_, représentée par son avocat Stefano Fabbro, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière et à des

- 9 - mesures professionnelles dès le 5 décembre 2014, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, la recourante a nié bénéficier d'une capacité de travail résiduelle, à tout le moins supérieure à 20 %, et s'est prévalu d'une incapacité de travail à la suite d'une nouvelle hospitalisation en date du 21 octobre 2020. Elle a contesté le revenu d'invalidité de 48'650 fr. pris en compte par l'intimé en faisant valoir que le revenu qu'elle avait réalisé après l'atteinte à la santé était très faible voire nul puisqu'elle ne travaillait pas. Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 7 décembre 2020. Par réplique du 10 mars 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions en produisant un rapport et le dossier complet de son hospitalisation. Elle a invoqué être au bénéfice d'un suivi psychiatrique depuis le 2 décembre 2020 pour une dépression sévère, générée notamment par des infections urinaires à répétition. Elle a contesté les expertises qui avaient fondé la décision de l'OAI ainsi que le revenu avec invalidité retenu lors de la fixation du degré d'invalidité. Elle a en outre produit divers certificats médicaux non motivés, en sus d'un rapport du 2 mars 2021 du Centre de psychiatrie G. \_\_\_\_\_ qui la suit depuis le 2 décembre 2020 et qui a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et a attesté d'une incapacité de travail depuis le 23 novembre 2020, malgré l'amélioration de l'état psychique de l'intéressée, en raison d'une tristesse qui sidérait l'assurée, ses angoisses massives, ses ruminations, sa fatigue, son adynamie, son intolérance à la frustration, sa sensibilité, ses difficultés à rester seule et son besoin continu d'être rassurée. Dupliquant le 1er avril 2021, l'intimé a maintenu sa position. Il s'est notamment fondé sur l'avis du SMR du 22 mars 2021 de la Dre C. \_\_\_\_\_, selon laquelle la première hospitalisation (mai 2020) reflétait une décompensation qui n'avait pas été durable et avait connu une amélioration rapide de l'état psychique permettant une sortie anticipée de

- 10 - l'assurée qui était euthymique et qui ne présentait pas d'incapacité de travail en dehors de la période de l'hospitalisation ; la deuxième hospitalisation (octobre-novembre 2020) avait eu lieu après une péjoration à la suite d'une infection au coronavirus qu'il y aurait lieu de préciser. L'OAI a toutefois relevé qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé en octobre 2020 était postérieure à la décision entreprise et devrait faire l'objet d'une nouvelle demande, le cas échéant. Il a pour le surplus confirmé la valeur probante des expertises et l'absence d'incapacité de travail durable à la suite de l'hospitalisation de mai 2020. Dans une détermination complémentaire du 25 mai 2021, la recourante a encore contesté la valeur probante des rapports d'expertise des Drs N. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, au motif qu'ils avaient été établis à la suite de consultations peu approfondies et de courte durée. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et la partie recourante présenter

ses griefs –

- 11 - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que la partie recourante a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle et son degré d'invalidité. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

- 12 - c) 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). Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Lorsque l'activité de l'assuré ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; 9C\_137/2010 du 19 avril 2010 ; 9C\_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2). 4. a) 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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

- 13 - références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à la personne assurée d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou

- 14 - 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\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). 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 ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C\_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C\_270/2008 du 12 août 2008

consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance- invalidité (TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

- 15 - En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C\_548/2013 du 2 octobre 2013 consid. 5.2.2 ; TF 8C\_518/2007 du 7 décembre 2008 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1). 5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). 6. L'intimé a fondé sa décision principalement sur les expertises des Drs N. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, qui sont contestées par la recourante. Il convient donc d'en examiner la valeur probante. a) Sur le plan neurologique, selon les constatations de l'expert, l'examen des paires crâniennes n'a pas montré de claires séquelles de

- 16 - l'AVC. Il n'y a pas d'anomalie oculomotrice, ni sensitive ou motrice facio-bucco-linguo-pharyngée, pas de dysphagie ou de dysarthrie. Le champ visuel est complet et il n'y a pas d'anomalie spécifique au fond de l'œil, ni d'autres éléments sensoriels hormis la surdité congénitale connue avec Weber latéralisé à droite. Il n'y a pas de douleur à la palpation musculaire, les réflexes tendineux sont faibles mais aucun signe de polyneuropathie n'est présent par des tests sensitifs et moteurs. Il n'y a pas d'ataxie statique ou cinétique, ni d'autre élément spécifique au status neurologique, la tension artérielle est de 150/90 mmHg au membre supérieur gauche en décubitus, il n'apparaît pas d'arythmie ni de souffle cervical. L'examen neuropsychologique a mis en évidence un manque de mot, des difficultés en calcul mental, des performances inférieures à la norme en mémoire, un fléchissement exécutif, un ralentissement de la vitesse de traitement, de possibles difficultés de cognition sociale, une très probable symptomatologie anxio-dépressive à un questionnaire auto- reporté et une fatigue cognitive et motrice jugée sévère à un auto-

questionnaire. Puis, dès lors que plusieurs tests et indices de validation des symptômes avaient échoué, l'expert a déduit que l'effort cognitif pourrait avoir été fluctuant en cours d'examen. Ainsi, comparativement à l'examen neuropsychologique post-AVC de 2014, il a relevé l'apparition de performances insuffisantes en mémoire antérograde visuelle et à court terme verbale, d'un ralentissement de la vitesse de traitement, de difficultés en calcul mental, d'une fatigue cognitive et motrice sévère et d'une très probable symptomatologie anxio-dépressive. Cependant, au vu du possible effort cognitif suboptimal lors de l'examen lors de l'expertise, les résultats étaient à considérer avec prudence. L'IRM cérébrale n'a révélé aucune lésion suspecte d'AVC aigu ni séquellaire. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status après AVC mésencéphalique en 2014, invisible actuellement à l'IRM et sans séquelle neurologique ou cognitive et de trouble neuropsychologique entrant dans

- 17 - le cadre d'un état anxio-dépressif avec surcharge psychogène confirmée au test de validation. Il a constaté que l'état neurologique organique était à considérer comme normal, sans influence sur la capacité de travail de l'assurée, ajoutant que l'état actuel de la capacité de travail était atteint au plus tard 12 mois après l'AVC de 2014. Il a encore relevé la chronicisation de plaintes dans un contexte de conviction d'incapacité et d'entretien familial rendant difficile de nouveaux essais sur le marché du travail. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a ainsi pris des conclusions motivées et circonstanciées en toute connaissance du dossier de l'assurée et de son anamnèse, en tenant compte de ses plaintes et après avoir procédé à des examens supplémentaires et des constatations cliniques. Le rapport d'expertise peut donc se voir reconnaître une pleine valeur probante, les griefs de la recourante devant être écartés pour les motifs qui suivent. La recourante reproche au Dr N. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir étendu son examen au sujet des constats de troubles psychiques alors qu'il avait relevé l'existence de problèmes psychiques. Or, le Dr N. \_\_\_\_\_ est neurologue et non pas psychiatre, de sorte qu'il ne saurait étendre ses investigations dans un champ médical qui sort de son domaine de spécialité. On relève qu'à réception du rapport d'expertise neurologique, l'OAI a décidé d'étendre l'instruction sur le plan psychiatrique et a mis en œuvre une expertise psychiatrique. L'expertise neurologique est donc complète et convaincante. Aucun document médical au dossier n'est suffisamment étayé pour remettre en cause ses conclusions. b) Sur le plan psychiatrique, la Dre R. \_\_\_\_\_ a déposé un rapport ainsi qu'un complément sur la base desquels on retient ce qui suit. aa) La Dre R. \_\_\_\_\_ a constaté que l'assurée était orientée aux 4 modes, que la situation d'expertise était comprise, que le discours était fluide, cohérent et factuel et la voix posée. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur durant les 2h40 d'entretien. Le regard était vif, les questions étaient comprises sans qu'il fût nécessaire de répéter. La

- 18 - mimique était mobile et l'expression congruente à l'humeur, une légère tension faciale de début d'entretien s'estompant rapidement. Il n'est pas manifesté de tristesse, de pleurs ou sanglots, d'idées noires ou suicidaires mais une certaine lassitude (le discours étant empreint d'un certain découragement et d'une anxiété face à ses multiples difficultés somatiques qu'elle exprimait au premier plan). L'assurée a dit présenter des problèmes de mémoire mais la mémoire des faits récents et anciens paraissait malgré tout conservée. Il n'y a pas eu de manifestation anxieuse telle que des sudations, rougeurs, dyspnée, tremblements, troubles digestifs sonores. Il n'a pas été mis en évidence de troubles du cours et du contenu du discours, ni d'élévation de l'humeur, ni de méfiance, ni de barrages, ni de pensées imposées, ni de vol de la pensée, ni d'hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques. L'experte a en outre effectué des tests psychomoteurs tels que l'échelle de

dépression d'Hamilton (score montrant une dépression légère), l'échelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton (score montrant une anxiété de degré mineur à moyen) et le trouble panique (score révélant l'absence de trouble panique). bb) La Dre R. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger (F32.0) avec symptôme somatique depuis 2016 et d'anxiété généralisée de degré léger à moyen sans attaque de panique (F41.1) depuis 2016. Pour la première atteinte, elle a indiqué que l'assurée présentait une perte de confiance en soi, une attitude morose face à l'avenir, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables (ménage) et un manque de réactivité émotionnelle face à des situations agréables. Elle a ajouté qu'il fallait tenir compte d'une tristesse de degré léger et d'une fatigue modérée en fin de matinée. Les symptômes de l'assurée étaient de degré léger et n'étaient pas incapacitants.

- 19 - Pour le second trouble, l'experte a expliqué que l'assurée ressentait une dyspnée et une fatigue qui n'étaient pas clairement attribués à la pathologie cardiaque. Dès 2016, le trouble anxieux a produit des empêchements ; l'assurée a présenté une perte d'envie et une perte de motivation pour son travail, qui l'ont conduite à diminuer ses heures comme femme de ménage. Seule à son domicile, elle a présenté une irritabilité avec des pleurs faciles, une crainte de la foule et de la circulation, des difficultés de concentration, une perte d'intérêt à son ménage, de fréquentes et quotidiennes ruminations sur son état de santé et des craintes qu'un malheur n'arrive à ses enfants, une gêne épigastrique, des palpitations occasionnelles, une sensation de faiblesse, un acouphène fluctuant et une constipation. Les symptômes n'ont pas eu d'impact sur la capacité de travail habituelle de l'assurée malgré une légère baisse de rendement ; ils sont d'intensité moyenne (fluctuants) et en amélioration nette depuis l'introduction de l'AD. Les conclusions liées aux diagnostics sont motivées et peuvent être suivies. Elles ne sont pas remises en cause par des avis de psychiatres, les seuls rapports médicaux émanant de tels spécialistes étant ceux rédigés à la suite des deux hospitalisations de la recourante. Sur ce point, le Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique ainsi qu'un trouble anxieux généralisé. Il a indiqué que l'hospitalisation avait été motivée à la suite d'une crise clastique et hystéroïde au domicile, sans intention de mourir, par ingestion médicamenteuse ; la crise était liée à des inquiétudes de la recourante concernant son mari qui avait subi une intervention cardiaque et qui se montrait distant et moins affectueux depuis son retour à domicile, activant ainsi chez elle des angoisses d'abandon si son mari venait à décéder. Après un entretien avec le conjoint et la mise en place d'un traitement antidépresseur, une amélioration de l'état psychique avait rapidement été constatée et s'était exprimée par une nette amélioration de la thymie et une baisse des angoisses, puis la disparition des idées suicidaires. L'aggravation de l'intensité du diagnostic d'épisode dépressif n'a ainsi été que passagère.

- 20 - La recourante n'a d'ailleurs bénéficié d'une attestation d'incapacité de travail que pendant la durée de l'hospitalisation qui a été écourtée au vu de la rapide amélioration de son état. L'avis du Dr H. \_\_\_\_\_ n'est donc pas de nature à remettre en cause l'intensité des diagnostics posés par l'experte. S'agissant des avis des psychiatres du Centre de psychiatrie G. \_\_\_\_\_ et du psychiatre traitant, ils font référence à une péjoration de l'état de santé de la recourante survenue après la décision attaquée. En effet, la recourante a allégué des faits nouveaux, à savoir son hospitalisation du 21 octobre au 13 novembre 2020. On constate qu'il s'agit d'une admission volontaire dans le service de psychiatrie du Centre hospitalier J. \_\_\_\_\_ requise par la psychiatre traitante pour un trouble dépressif

récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, avec des idées noires à l'admission, nécessitant une adaptation médicamenteuse en milieu protégé ; la symptomatologie dépressive aurait débuté après l'infection à la COVID-19 à la fin du mois d'août 2020 selon l'assurée, depuis mai 2020 selon les médecins. En fait, la symptomatologie dépressive existait même avant mai 2020 selon le rapport d'expertise, mais son intensité était qualifiée de légère, avec un épisode passager de degré moyen en mai 2020 mais qui a été suivi d'une nette amélioration après l'hospitalisation. La situation décrite par les médecins en décembre 2020 fait suite à une crise notamment consécutive à l'embauche des deux filles de l'assurée qui auparavant l'aidaient dans le ménage et du fait qu'elle n'avait pas récupéré le goût après son infection au coronavirus. Les médecins du Centre hospitalier J. \_\_\_\_\_ ne font pas d'appréciation sur la période antérieure à l'hospitalisation, de sorte que les conclusions de l'expertise ne sont pas remises en cause par ce rapport médical. Il en est de même du rapport du 2 mars 2021 du Centre de psychiatrie G. \_\_\_\_\_ qui suit la recourante depuis le 2 décembre 2020 et qui a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et a attesté d'une incapacité de travail depuis le 23 novembre 2020 malgré l'amélioration de l'état

- 21 - psychique de l'intéressée en raison d'une tristesse qui sidérait l'assurée, ses angoisses massives, ses ruminations, sa fatigue, son adynamie, son intolérance à la frustration, sa sensibilité, ses difficultés à rester seule et son besoin continu d'être rassurée. Cet avis concerne une situation survenue après la décision attaquée et ne saurait être pris en compte dans le cadre du présent recours. cc) Eu égard aux diagnostics retenus, il y a lieu d'examiner la capacité de travail à la lumière des indicateurs jurisprudentiels pertinents. L'experte a apprécié les capacités, les ressources et les limitations de la recourante. La Dre R. \_\_\_\_\_ a relevé que la recourante était adaptée aux règles et routines, qu'elle savait planifier ses tâches et usait de ses compétences spécifiques, qu'elle avait des aptitudes à s'affirmer, qu'elle était capable de jugement et savait prendre des décisions, qu'elle avait de bonnes relations avec ses proches, qu'elle prenait soin de son hygiène, qu'elle se déplaçait avec les transports publics ou à pied. Selon la Dre R. \_\_\_\_\_, les limitations fonctionnelles sont une fatigue (qui existait toutefois avant les troubles psychiques et qui pourrait avoir une origine mixte) et une fatigabilité qui réduisent le rendement dans l'activité principale de femme de ménage de l'assurée, ainsi qu'une intolérance au stress. Les troubles de la concentration ont peu d'incidence sur son activité. L'assurée a suivi un traitement ne correspondant que partiellement aux troubles et mis en place en février 2019 seulement, l'intéressée n'ayant pas été suivie ni traitée auparavant. La Dre R. \_\_\_\_\_ a précisé que l'expertise avait été faite au cours d'une adaptation de traitement dont les effets bénéfiques étaient présents lors de l'entretien sans pour autant que l'experte puisse affirmer la rémission complète de l'état dépressif léger au moment de l'entretien. En outre, un traitement anxiolytique adapté et un suivi psychothérapeutique régulier étaient indispensables. Il apparaît ainsi que les conclusions de l'experte sont fondées sur un état de santé qui pourrait cependant encore s'améliorer si

- 22 - la recourante suivait les traitements recommandés et qui sont exigibles d'elle en vue de réduire le préjudice. On relèvera encore que les plaintes de la recourante sont jugées cohérentes par rapport aux diagnostics proposés par l'experte ; en revanche, cette dernière a considéré qu'il existait des incohérences entre les incapacités de travail attestées dès 2014 et l'extrait de compte employeur pour les années 2014 à 2016. Dans son rapport, la Dre

R.\_\_\_\_\_ a d'abord indiqué que la capacité de travail dans l'activité exercée au Tea-room (aide à tout faire) était de 0 % et celle dans l'activité de femme de ménage était de 100 % de son 20 % d'ici 2 mois en tenant compte des effets attendus du traitement AD débuté en février 2019 avec une augmentation posologique prévue en mai 2019.

Comprenant que l'expertisée ne bénéficiait que d'une capacité de travail de 80 %, ce qui n'était pas cohérent avec l'intensité légère des troubles, l'OAI a interpellé l'experte. Cette dernière a contesté avoir conclu à une incapacité de travail de 80 %, en indiquant s'être fondée sur l'activité de 20 % de femme de ménage qui était la seule encore exercée en 2016, et a expliqué que la capacité de travail était entière tant dans l'activité de femme de ménage que dans celle d'aide au Tea room mais avec une baisse de rendement. Ainsi, l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail durable concernant son activité de femme de ménage mais une baisse de rendement. Il ressort des observations de la Dre R.\_\_\_\_\_ que la recourante n'a ainsi pas épuisé toutes ses ressources psychologiques. La symptomatologie, au demeurant légère, ne semble pas non plus avoir un effet sur l'aptitude de la recourante à effectuer, à son rythme, ses activités quotidiennes. Celle-ci s'occupe quotidiennement de l'appartement (poussière, rangement, vaisselle avec le lave-vaisselle, lessive avec machine à laver dans l'appartement) ; elle déclare être satisfaite lorsqu'elle arrive à faire son ménage et que la maison est propre ; elle cuisine peu car son mari revient avec les restes de nourriture de son restaurant ; elle prend les repas du soir avec les enfants mais se plaint de

- 23 - ne pas pouvoir beaucoup discuter avec eux car ils sont fatigués ; elle se déplace en transports publics pour ses rendez-vous médicaux ; elle n'a pas d'activités sociales, si ce n'est de voir une amie parfois. Il n'apparaît donc pas que les ressources de l'assurée seraient insuffisantes pour qu'elle puisse exercer son activité de femme de ménage. Seule une légère baisse de rendement doit être retenue. Il y a lieu de constater que la recourante a déclaré à l'experte qu'elle travaillait 5 heures par mois en qualité de femme de ménage, que cela lui convenait bien et que même en bonne santé elle ne travaillerait pas davantage. dd) Dans ces circonstances, la capacité de travail retenue par les experts est cohérente avec la situation de la recourante, qui dispose de ressources suffisantes pour surmonter ses atteintes à la santé qui sont d'intensité légère, sous réserve d'une diminution de rendement de 10 %. En définitive, le rapport d'expertise de la Dre R.\_\_\_\_\_ et son complément sont complets et suffisamment motivés pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Aucun document médical au dossier relevant d'un spécialiste en psychiatrie n'est susceptible de jeter le doute sur ses conclusions. ee) La recourante a encore émis les griefs suivants. L'entretien avec l'experte psychiatre a duré 2h40, dont 90 minutes en présence d'un interprète. Dans un premier grief, la recourante reproche à la Dre R.\_\_\_\_\_ d'avoir continué l'entretien sans interprète « de sorte que la recourante n'a probablement pas été à même de répondre correctement aux questions de l'experte faute d'une bonne compréhension de celles-ci ». On relève cependant que la Dre R.\_\_\_\_\_ a observé que l'expert N.\_\_\_\_\_ avait accepté la présence du mari de l'expertisée en qualité d'interprète durant l'expertise neurologique. Pour sa part, la Dre R.\_\_\_\_\_ a mandaté un interprète car il lui était paru opportun que l'assurée pût répondre aux questions librement et

- 24 - confidentiellement lors de l'expertise psychiatrique. Elle a relevé que la compréhension du français de l'expertisée était bonne, l'expression était correcte malgré une syntaxe déficiente. L'interprète facilitait ainsi les échanges lorsque l'assurée manquait de vocabulaire pour s'exprimer mais sa maîtrise du français était néanmoins suffisante pour poursuivre l'entretien sans lui car l'intéressée avait dit se sentir plus à l'aise seule face à

l'experte. Il apparaît ainsi que c'est l'assurée qui a voulu renoncer à l'interprète qui était pourtant présent et avait fonctionné pendant les 90 premières minutes. Elle ne saurait ensuite se prévaloir de son absence qu'elle a souhaitée. De toute manière, l'experte a établi l'anamnèse sur la base des déclarations de l'assurée, puis rapporté ses plaintes. La recourante ne dit pas en quoi elle aurait été mal comprise mais exprime son grief au conditionnel. Ce moyen, mal fondé, doit donc être rejeté. La recourante a également mis en cause la valeur probante des deux rapports d'expertise des Drs N. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ au motif que l'entretien qu'elle avait eu avec les médecins eux-mêmes avait été de courte durée ; le temps qu'ils auraient consacré à l'analyse de son état de santé serait insuffisant. On observera que ce grief n'a été soulevé que tardivement au cours de la procédure, plus précisément dans une détermination complémentaire du 25 mai 2021. Cela étant, une consultation, même de courte durée, n'exclut pas nécessairement une étude fouillée et complète du cas (TFA I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Au demeurant, le rôle de l'expert consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C\_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2). En l'occurrence, la recourante se borne à critiquer la durée des entretiens avec les experts eux-mêmes, sans préciser les points sur lesquels les rapports seraient incomplets, que ce soit au niveau des plaintes ou de l'anamnèse. La valeur probante des expertises ne saurait dès lors être remise en question par le grief de la recourante, qui doit être écarté. La recourante a encore contesté l'appréciation de la Dre R. \_\_\_\_\_ selon laquelle elle n'avait subi aucune perte de gain car le nombre d'heures de travail effectuées en tant que femme de ménage était

- 25 - similaire avant et après l'atteinte ; or, avant l'atteinte, les heures travaillées comprenaient son emploi au Tea room alors qu'elle ne serait plus en mesure de l'exercer. Ce point a surtout servi à relever l'incohérence entre les certificats d'incapacité de travail et les heures de travail effectuées malgré ses attestations d'incapacité de travail. La recourante avait toutefois reconnu avoir réalisé plus d'heures de ménage après avoir cessé son activité d'aide au Tea room. En outre, contrairement à ce qu'invoque la recourante, il est retenu qu'elle disposait d'une entière capacité de travail également dans son activité d'aide au Tea room, de sorte que ses heures de travail dans cette activité devaient effectivement être prises en compte pour apprécier sa capacité de travail. Au demeurant, sa capacité de travail a fait l'objet d'un examen plus large que la simple comparaison de ses horaires avant et après les atteintes à la santé, à la lumière de l'ensemble des indicateurs tels que mentionnés plus haut. Son moyen est par conséquent mal fondé. Enfin, la recourante a soutenu qu'une expertise globale neurologique et psychiatrique était nécessaire. Or, sur le plan neurologique, il n'a pas été retenu l'existence d'atteintes invalidantes durables (au-delà du 5 décembre 2015). Il s'ensuit qu'il n'était pas nécessaire d'examiner l'influence des diverses atteintes neurologiques et psychiatriques pour déterminer la capacité de travail. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, l'OAI était fondé à retenir que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 10 % dans son activité habituelle. 7. Dès lors que la recourante présente une capacité de travail sous réserve d'une diminution de rendement, il y a lieu de procéder à une comparaison des revenus afin de déterminer le degré d'invalidité. Cependant, étant donné que l'assurée dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail, soit en l'espèce 10 %. Il n'était en effet pas nécessaire de procéder à une comparaison de revenus comme l'a fait l'OAI dans cette situation et les moyens soulevés par la recourante en relation

- 26 - avec les revenus pris en compte pour calculer le degré d'invalidité n'ont pas besoin d'être examinés. 8. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise être confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge de la recourante qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). c) N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA). 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 24 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière :

- 27 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Stefano Fabbro (pour A. \_\_\_\_\_), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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