

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 février 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu, juge, et Mme Férolles, assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6s., 16, 17, 22 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 85bis et 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. a) V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mère de deux enfants majeurs. Elle est par ailleurs remariée depuis le [...]. Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme ouvrière polyvalente dans une fabrique de montres, pour le compte de la société A._____ SA à [...], de 1992 à 2006, puis en tant qu'employée de cafétéria et caissière au R._____ (R._____), en 2006, et à l'E._____ (E._____), de 2006 à 2016. Elle exerçait cette activité à un taux de 100 % dans un premier temps, puis à 80 % dès le 1^{er} janvier 2013 et à 70 % depuis le 1^{er} janvier 2015. Son salaire mensuel brut était de 3'109 fr. 15 depuis le 1^{er} mars 2016, soit un salaire annuel de 37'309 fr. 80 (3'109 fr. 15 versé douze fois par an).

b) Le 14 novembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison principalement de douleurs dorsales existant depuis dix ans environ. Elle faisait état de périodes d'incapacité de travail totale du 30 juillet au 17 août 2012, puis du 8 janvier au 8 février 2016 et dès le 22 août 2016, pour une durée indéterminée. Dans un rapport médical du 12 octobre 2016 à G._____ SA (ci-après : G._____), assurance en cas de perte de gain à laquelle V._____ était affiliée par l'intermédiaire de son employeur, son médecin traitant, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne, a mentionné les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de syndrome radiculaire L4 à gauche, protrusion foraminale L4-L5 à gauche, protrusion paramédiane L5-S1, et dégénérescence arthrosique prédominant au niveau L2-L3 avec rétrécissement du canal rachidien existant depuis 2015.

Le 20 décembre 2016, la Dre M._____, spécialiste en rhumatologie, a établi un rapport d'expertise rhumatologique adressé au médecin-conseil de l'assurance G._____. Posant les diagnostics de protrusion discale foraminale L4 à L5 gauche, en phase stable, et d'arthrose interapophysaire postérieure bilatérale L4 à L5, en phase stable également, cette experte a constaté, au jour de son évaluation (le 13

décembre 2016), une capacité de travail totale de l'assurée en toute activité, en l'absence de limitation fonctionnelle retenue.

Dans un rapport complété le 13 janvier 2017 à l'intention de l'OAI, le Dr P._____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des lombosciatalgies à gauche sur hernie discale L4-L5, sans déficit existant probablement depuis 2013. Sans incidence sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une obésité morbide. Le médecin traitant a confirmé l'incapacité de travail totale de sa patiente dans sa profession habituelle, avec la précision qu'une reprise du travail était possible uniquement dans une activité non physique, soit avec port de charges de trois kilos et sans travaux de nettoyage mobilisant sa colonne lombaire de manière trop importante. Le Dr P._____ a indiqué également qu'en raison d'une décompensation anxieuse et dépressive, l'assurée avait été adressée auprès d'un psychiatre pour une prise en charge sur le versant psychiatrique.

Le 21 février 2017, le Prof. L._____, chef de service du Département de l'appareil locomoteur (DAL) à l'Hôpital [...] du R._____, a adressé un rapport au Dr P._____, qui se termine comme il suit :

"[...] Au total :

- Lombosciatalgies gauches chroniques, sans déficit neurologique
- Syndrome facettaire avec possible syndrome de Maigne à gauche
- Déconditionnement musculaire focal
- Terrain d'hyperlaxité
- Obésité morbide, prise en charge actuelle par une diététicienne (a perdu 4 kg le mois dernier) et soutien hebdomadaire par un psychiatre.

Compte tenu du tableau clinique actuel, il me paraît important que Madame V._____ puisse bénéficier d'une prise en charge globale de reconditionnement, incluant les mesures diététiques, ainsi qu'une adaptation du poste de travail, voire un changement de poste. Elle a en effet besoin d'un reconditionnement focal et global qui doit s'envisager sur le long terme. J'ajouterais que la reprise immédiate du travail précédent (polyvalente en cafétéria avec ports de charge) me semble prématurée.

Au plan thérapeutique, je propose la reprise d'une physiothérapie, mais cette fois-ci à sec (ordonnance faite) et avec des objectifs précis, que j'indique au physiothérapeute. Je l'ai présentée au colloque multidisciplinaire du rachis pour indication à une infiltration facettaire. Les antalgistes la convoqueront prochainement dans ce but.

Je referai le point avec elle [en] consultation le 10.05.2017 et nous envisagerons alors selon l'évolution une prise en charge plus intensive dans notre service. [...]"

Après avoir recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée, l'OAI a également fait réaliser une enquête économique sur le ménage qui a mis en évidence un statut « 100% active » chez l'assurée sans atteinte à la santé ainsi qu'une entrave de 24.9 % dans l'accomplissement des travaux habituels (rapport du 5 avril 2017). On extrait le passage suivant de ce rapport d'enquête :

"5.- Statut

Sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée à ce jour ? oui

Sur le formulaire 531 bis complété le 10 janvier 2017, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 70%.

Motivation du statut :

L'assurée a débuté son activité en septembre 2006 au taux de 100%. En 2013, elle a demandé si un horaire à 80% de type lissé, correspondant à un 100% de présence sur 10 mois était possible. Cette réduction de temps lui permettait de récupérer durant les deux mois d'été car l'assurée sentait que sa santé se dégradait et elle voulait se préserver quelque peu. Ce taux a par la suite été réduit à 70% par la nouvelle direction. Si l'assurée n'avait pas senti sa santé se dégrader, elle aurait continué son activité à 100%. Un statut de 100% active peut donc être retenu."

L'employeur a résilié le contrat de travail le liant à l'assurée pour le 31 mai 2017.

Dans un rapport à l'OAI du 6 décembre 2017, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, consulté depuis le 17 décembre 2016, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) existant au moins depuis novembre 2016. Sans incidence sur la capacité de travail, il a diagnostiqué de multiples diagnostics orthostatiques tels que lombosciatalgies gauches chroniques, syndrome facettaire gauche, terrain d'hyperlaxité, déconditionnement musculaire focal ainsi qu'une obésité morbide. Ce médecin a fait part d'une assurée à l'hygiène et la tenue vestimentaire soignée. L'assurée était très agréable dans le contact, polie

et respectueuse. Cette dernière décrivait une irritabilité, une agressivité fluctuante avec un sentiment de tristesse et d'inutilité, une angoisse flottante, des ruminations en lien avec son état de santé et la situation financière précaire, ainsi qu'un trouble du sommeil, avec plusieurs levers durant la nuit. Il existait une agoraphobie qui par moment l'empêchait de prendre les transports en commun. Elle décrivait de fortes douleurs au niveau lombaire et de la jambe gauche, elle boîtaït. Elle ne présentait pas d'idées suicidaires scénarisées historiques, ni à l'heure actuelle. Elle était orientée dans les trois modes et il n'y avait pas de symptômes florides de la lignée psychotique, ni de sentiment de dépersonnalisation lors de ses moments d'angoisse. Elle était bien consciente de ses maladies, sans éléments formellement hypochondriaques. L'échelle d'Hamilton remontait à dix-sept points. Selon le Dr W._____, le pronostic était réservé en raison « de l'amalgame des symptômes somatiques et psychiques, en combinaison avec la chronicité des problèmes ». Dans ce contexte, il évaluait la capacité de travail de l'assurée comme étant nulle dans le domaine de la restauration, avec la précision qu'il existait une « incapacité de travail entre 30 et 50 % du point de vue purement psychique en raison de l'état dépressif ». Le traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré (en fréquence d'une fois à la quinzaine), avec la prise de médicament (Venlafaxine® 150 mg par jour) ainsi que de l'ergothérapie hebdomadaire, devait se poursuivre.

De son côté, le Prof. L._____, consulté depuis février 2017, a fait part à l'OAI du diagnostic incapacitant de lombosciatalgies chroniques existant depuis 2012. Ce spécialiste mentionnait une IRM lombaire montrant une compression L4 gauche, une arthrose étagée lombaire ainsi qu'un déconditionnement. Le pronostic était défavorable, avec l'énumération de limitations fonctionnelles (positions statiques prolongées, marche de plus de trente minutes et port de charges). La capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité de responsable de cafétéria depuis le 28 août 2016. Dans une activité adaptée à l'état de santé défaillant, exercée à raison de trois heures par jour et avec des changements réguliers de position, une reprise du travail était possible à 30 % immédiatement (rapport du 15 décembre 2017).

Suivant le point de vue du SMR ([Service médical régional de l'assurance-invalidité], avis médical du 20 février 2018), l'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique) au C._____ (C._____) de [...]. Les Drs S._____, médecin praticien, J._____, spécialiste en rhumatologie, et H._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont examiné l'assurée les 15 et 17 avril 2019. Dans leur rapport du 12 juin 2019, ces experts ont posé les diagnostics suivants :

“4.2 Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Personnalité dépendante (F60.7).
- Agoraphobie avec trouble panique (F40.01).
- Lombalgies et sciatalgies à bascule non déficitaires : sur scoliose et spondylarthrose étagée importante, notion de protrusions discales sévères étagées à l'IRM.
- Gonalgies droites sur modelé arthrosique tricompartimental débutant et dysplasie des rotules.
- Fibromyalgie.
- Obésité de grade 2.
- Fatigue peut être liée à un syndrome d'apnées obstructives du sommeil mais également à la prise médicamenteuse.
- Canal carpien droit irritatif.
- Asthme bronchique.
- Neurinome de l'acoustique gauche.”

Ces experts ont retenu une incapacité de travail de l'assurée à 50 %, du 22 août 2016 au 31 décembre 2017, en lien avec la décompensation de son trouble de la personnalité sur un mode dépressif, puis une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles listées (« alternance libre de la position que ce soit assise ou debout, pas de port de charge au-delà de 5kg occasionnellement, pas de position de porte-à-faux, pas de station accroupie, pas d'exposition au froid. Pas de déplacements importants à plat, ni en montée et descente d'escaliers. Décompensation de la personnalité sur un mode dépressif avec fatigue au premier plan »).

Dans un rapport du 2 octobre 2019, la Dre T._____, du SMR, a proposé de suivre les constatations des experts.

Après avoir obtenu les renseignements utiles auprès d'une de ses spécialistes en réinsertion professionnelle (« REA - Rapport final » du 6 avril 2020), l'OAI a, par projet de décision du 7 avril 2020, fait part à l'assurée de son intention d'allouer à cette dernière une demi-rente pour une durée limitée du 1^{er} août 2017 au 31 mars 2018.

L'OAI a par ailleurs octroyé à l'assurée une mesure d'aide au placement. L'assurée a par la suite renoncé à cette mesure en date du 13 juillet 2020 et l'OAI a clos le mandat le 15 juillet 2020 (« PLA - Rapport final » du 15 juillet 2020).

Dans le cadre des objections des 17 juin et 31 juillet 2020 de l'assurée, désormais assistée par son conseil en la personne de Me Flore Primault, contestant les conclusions du rapport d'expertise du C._____ du 12 juin 2019 en lien avec la capacité de travail de 100 % retenue et faisant valoir que le trouble somatoforme douloureux était incapacitant au-delà du 1^{er} janvier 2018 ce qui justifiait le maintien de la demi-rente d'invalidité après le 31 décembre 2017, l'OAI s'est vu remettre des réponses du 17 juillet 2020 du Prof. L._____ au questionnaire adressé par l'avocate dans l'intervalle dont il ressort ce qui suit :

- “1. Depuis quand suivez-vous Madame V._____?
21 février 2017*
- 2. Quels ont été les diagnostics posés ?
Lombosciatalgie gauche chronique non déficitaire sur rachis dégénératif + déconditionnement + terrain d'hyperlaxité limite + obésité.*
- 3. Après avoir pris connaissance de l'expertise du C._____ du 12 juin 2019 que je vous remets en annexe avec l'accord exprès de ma cliente, que pensez-vous de l'appréciation des médecins :*
 - a. concernant les diagnostics posés
Ok pour les lombosciatalgies.
Je n'ai pas de certitudes concernant les diagnostics psychiatriques.*

- b. *concernant les limitations dans sa santé constatées*
A éviter : Stations statiques prolongées – port répétitif de charges > 5 kg, flexion et porte-à-faux du tronc.
 - c. *concernant sa capacité de travail dans son ancienne activité*
0%
 - d. *concernant sa capacité de travail dans une autre activité adaptée*
Impossible de répondre précisément. Il faudrait idéalement commencer par un temps partiel. J'ai proposé 30%, ça pourrait être 40%.
- 4. *Etes-vous d'accord avec cette expertise ?*
En partie sur l'aspect diagnostique musculosquelettique. Pas sur le taux de capacité à 100% qui à mon avis ne sera jamais atteint compte tenu de l'échec des différents traitements.
 - 5. *Dans la négative, pourquoi ?*
Echec des différents traitements et durée de l'incapacité qui part de mauvais pronostic.
 - 6. *Des interventions chirurgicales devront-elles avoir lieu à l'avenir ?*
Non.
 - 7. *Une incapacité de travail de longue durée est-elle à prévoir ?*
A mon avis oui, difficile de prévoir le taux.
 - 8. *Remarques éventuelles :*
L'idéal serait de trouver un poste adapté à 3h-4h maximum par jour, puis refaire un point après quelques mois."

Par décision du 23 octobre 2020, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision du 7 avril 2020. Le paiement rétroactif de la demi-rente d'invalidité pour une durée limitée du 1^{er} août 2017 au 31 mars 2018 d'un montant de 7'448 fr. était compensé, à concurrence d'une somme de 2'793 fr., avec une créance en restitution de prestations alléguée par G._____.

B. Par acte du 23 novembre 2020, V._____, représentée par Me Flore Primault, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme dans le sens du maintien de son droit à la rente « également après le 31 mars 2018 », et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, elle reproche à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, s'estimant inapte à travailler à 100 % mais uniquement quelques heures (3 - 4 h

maximum) par jour dans une activité adaptée à son état de santé déficient ; elle estime que les rapports de ses médecins traitants valent contre-expertise. Elle conteste également la compensation des prestations rétroactives de l'OAI opérée à hauteur d'un montant de 2'793 fr. en faveur de G._____.

Dans sa réponse du 17 février 2021, produisant un avis du 1^{er} février précédant de la Dre K._____, du SMR, auquel il se rallie, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il relève le caractère probant de l'expertise du C._____, estimant que les critiques de la recourante ne sont pas de nature à modifier sa position.

Le 9 novembre 2021, l'OAI a versé en cause une prise de position de la Caisse de compensation Z._____ du 3 novembre 2021.

Le 19 novembre 2021, G._____ a été admise à participer à la procédure en qualité de partie intéressée. Elle n'a pas répondu à cette invitation.

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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente, plus particulièrement sur le maintien du droit à un rente pour la période postérieure au 31 mars 2018. Bien qu'elle ne prenne aucune conclusion claire sur ce point, la recourante conteste également la compensation des prestations rétroactives de l'OAI avec une créance que G._____ a fait valoir en restitution des indemnités journalières versées, ainsi que cela ressort du point 3 de la motivation en droit du mémoire de recours du 23 novembre 2020.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 23 octobre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. En l'espèce, l'intimé a constaté que sans atteinte à la santé, la recourante exercerait une activité lucrative à plein temps. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point qui n'est pas contesté.

5. La recourante conteste pouvoir travailler plus de quelques heures par jour dans une activité adaptée à son état de santé. Ce faisant, elle conteste en particulier la valeur probante de l'expertise C._____, plus particulièrement son volet psychiatrique.

6. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

7. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée 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. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un 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 succès ou de l'échec d'un traitement 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 physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le

soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

8. a) L'expertise C._____ revêt une pleine valeur probante, en particulier le volet psychiatrique, plus directement critiqué par la recourante. Il y a lieu de souligner que l'expert psychiatre (le Dr H._____), posant les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de personnalité dépendante (F60.7) et d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01), a pris en considération la personnalité dépendante de la recourante et a admis qu'elle avait décompensé sur un mode dépressif entre le 22 août 2016 et le 31 décembre 2017. Ce n'était toutefois plus le cas en 2018. En effet, l'état psychique s'était amélioré

dès le début de cette année-là et avait permis un sevrage progressif de la Venlafaxine® dès le 12 mars 2018 et une interruption de ce traitement le 10 juillet 2018. L'assurée avait ensuite repris contact à la mi-septembre 2018 à la suite de la réapparition de troubles du sommeil, de fatigue et de troubles cognitifs, avec la réintroduction de la Venlafaxine® à ce moment-là. L'expert a ainsi souligné que la reprise du traitement mis en place pour le trouble dépressif de gravité moyenne diagnostiqué par son confrère avait à nouveau amélioré la situation après son interruption ayant conduit à une péjoration passagère ; il n'y avait pas d'autres mesures thérapeutiques que le traitement à la Venlafaxine® (avec un monitoring thérapeutique montrant une bonne compliance) ainsi qu'au traitement antalgique. Le traitement mis en place permettait d'éviter une rechute dépressive et garantissait une stabilité clinique, sans que sa réintroduction à l'automne 2018 ne s'entende comme le signe d'une aggravation durable. L'expert a également souligné l'agoraphobie avec trouble panique, présente de longue date, en exposant que cette atteinte à la santé ne posait pas de problèmes majeurs à l'assurée pour se rendre au travail, ni sur son lieu de travail, et donc sans répercussion sur la capacité de travail. Il a également souligné les ressources adaptatives de l'assurée, en exposant qu'elle était apte à communiquer, qu'elle s'était montrée joviale et souriante durant l'entretien d'expertise, qu'elle conservait encore des contacts avec des étudiants de l'E._____, qu'elle était tout à fait apte à respecter un cadre et parvenait à s'organiser, et enfin que ses capacités décisionnelles et de jugement étaient conservées comme celles relationnelles également préservées. L'expert a en outre décrit le soutien dont elle bénéficiait, essentiellement par son époux et sa fille. L'expert psychiatre a posé finalement une appréciation pondérée et convainquante de la situation et de la capacité résiduelle de travail de l'assurée.

On se limitera à répondre à certains arguments de la recourante, qui monte en épingle des phrases tirées hors contexte de l'expertise, par exemple une description des plaintes de l'assurée par l'expert, comme si ce dernier constatait lui-même l'existence des symptômes décrits, alors qu'il les a plutôt relativisés dans la partie de son

expertise consacrée aux constatations lors de l'examen (fatigue constante décrite par l'assurée, mais l'expert constate l'absence de ralentissement psychomoteur, de lassitude en fin d'entretien, par exemple ; la reprise de diagnostics psychiatriques dont l'expert a mis en évidence qu'ils n'étaient pas ou plus décompensés et qu'ils n'avaient pas précédemment empêché la recourante de travailler, contrairement à ce que soutient cette dernière).

Les réponses du 17 juillet 2020 du Prof. L._____ au questionnaire que lui a adressé l'avocate de l'assurée traduisent une divergence d'appréciation relative à l'influence des atteintes à la santé sur la capacité de travail de l'assurée, mais ne suffisent pas à remettre en question la valeur probante de l'expertise. Les réponses ne sont en effet quasiment pas motivées.

b) Vu ce qui précède, l'intimé a constaté à juste titre que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50 % du 22 août 2016 au 31 décembre 2017, et de 100 % dès le 1^{er} janvier 2018, dans une activité adaptée tenant compte des limitations suivantes : « alternances des positions assise/debout, pas de port de charge de plus de 5 kg occasionnellement, pas de position en porte-à-faux, pas de station accroupie, pas d'exposition au froid, pas de déplacements importants à plat, pas de montées/descentes des escaliers/échelles de manière répétitive ». Un complément d'instruction sur ce point n'est pas nécessaire.

9. S'agissant du calcul du taux d'invalidité et en particulier des éléments économiques retenus par l'intimé, la recourante n'a soulevé aucun grief à cet égard, hormis en ce qui concerne le taux de capacité de travail constaté ci-avant. Il n'y a pas lieu d'y revenir plus en détail.

10. La recourante conteste encore le compensation de la rente rétroactive allouée, à concurrence d'un montant de 2'793 fr., avec une créance en restitution de prestations alléguée par G._____.

11. **a)** Selon l'art. 22 LPGA, le droit aux prestations est incessible ; il ne peut être donné en gage. Toute cession ou mise en gage est nulle. Les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent en revanche être cédées à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti des avances (let. a) ou à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations (let. b).

b) A teneur de l'art. 85bis al. 1 RAI, les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladie, les organismes d'assistance publics ou privés ou les assurances en responsabilité civile ayant leur siège en Suisse qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, ont fait une avance, peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. Les organismes ayant consenti une avance doivent faire valoir leurs droits au moyen d'un formulaire spécial, au plus tôt lors de la demande de rente et, au plus tard au moment de la décision de l'office AI. Ce régime n'a pas été modifié par l'entrée en vigueur de l'art. 22 al. 2 LPGA (SVR 2007 IV n° 14 p. 52).

En vertu de l'art. 85bis al. 2 RAI, sont considérées comme avances, d'une part, les prestations librement consenties, que l'assuré s'est engagé à rembourser, pour autant qu'il ait été convenu par écrit que l'arriéré serait versé au tiers ayant effectué l'avance (let. a) et, d'autre part, les prestations versées, contractuellement ou légalement, pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi (let. b).

Les arrérages de rente peuvent être versés à l'organisme ayant consenti une avance jusqu'à concurrence, au plus, du montant de celle-ci et pour la période à laquelle se rapportent les rentes (art. 85bis al. 3 RAI).

12. En l'espèce, la demande de compensation de G. _____ date du mois d'octobre 2020 et indique qu'elle est effectuée par l'assureur

perte de gain en cas de maladie (contrat collectif pour des indemnités journalières régi par la loi sur le contrat d'assurance [LCA]). Le formulaire de demande de compensation prévoit trois fondements possibles à la demande de compensation (des dispositions légales, des dispositions contractuelles ou l'accord écrit de la personne ayant reçu des avances ou de son représentant légal) et prévoit que l'organisme demandeur coche la case adéquate et produise les dispositions pertinentes. G._____ n' a coché aucune des trois cases ; elle a semble-t-il produit une lettre qu'elle a adressée à la recourante le 7 octobre 2020 et dans laquelle elle se réfère à ses conditions générales d'assurance, d'après laquelle celles-ci prévoiraient « que si l'assuré(e) perçoit pour la maladie une prestation des assurances sociales ou d'entreprises ou encore de tiers responsables, nous complétons ces prestations à la fin du délai d'attente, jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière convenue cas échéant, jusqu'au plein salaire en cas de dérogation expresse ». Toujours selon cette lettre, les conditions générales prévoiraient également « que si le droit à une rente découlant d'une assurance sociale ou d'entreprise n'est pas encore établi, nous faisons l'avance de l'indemnité journalière convenue et, dès l'établissement de ce droit, sommes autorisés à exiger de l'assuré(e) la restitution de l'excédent de prestations ».

Pour autant que les conditions générales d'assurance de G._____ soient effectivement formulées telles que rapportées dans la lettre du 7 octobre 2020, elles sont insuffisantes pour fonder le droit de cet assureur à la compensation de ses prestations avec les prestations rétroactives de l'assurance-invalidité. Elles prévoient en effet uniquement le droit de l'assureur d'exiger « de l'assuré(e) » la restitution du trop payé ; elles ne prévoient en revanche pas le droit de s'adresser à des tiers, en particulier à l'assurance-invalidité, pour obtenir ce remboursement, par la voie de la compensation. Par ailleurs, la simple mention d'une telle clause dans une lettre de l'assureur, sans référence précise à la disposition pertinente des conditions générales ni production d'un exemplaire de ces conditions générales, au moins sous forme d'un extrait, ne permet pas d'établir ces conditions générales avec suffisamment de précision et de fiabilité. En l'état du dossier, l'intimé ne

pouvait donc pas admettre la compensation. Il lui appartiendra de reprendre l'instruction de la cause, d'exiger de G._____ la production de ses conditions générales et de vérifier si leur contenu exact permet ou non une compensation.

13. **a)** Vu ce qui précède, les conclusions de la recourante portant sur le droit à la rente sont mal fondées. En revanche, ses conclusions portant sur les modalités de versement de la rente (compensation) seront admises en ce sens que la cause sera renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

 En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé.

c) La recourante n'obtient que partiellement gain de cause, sur la question de la compensation. Ses conclusions relatives au droit à la rente comme tel sont rejetées. Elle peut, dans ces conditions, prétendre des dépens partiels à titre de participation réduite aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'200 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours interjeté contre la décision rendue le 23 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est rejeté en tant qu'il porte sur le droit à la rente comme tel.

- II. Le recours interjeté contre la décision rendue le 23 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est partiellement admis en tant qu'il porte sur les modalités de versement de la rente (compensation); la décision est annulée sur ce point, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V. _____ une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Flore Primault (pour V. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :