

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 janvier 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
MM. Neu, juge, et Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, est divorcée et mère d'un fils désormais adulte. Sans formation professionnelle certifiée, elle a exercé diverses activités d'employée de bureau, de gérante d'établissements (salon de gymnastique et restaurant), ainsi que de conseillère de vente. Elle a été engagée à plein temps en cette qualité par la société S. _____ SA à compter du 1^{er} octobre 2017 pour un salaire mensuel brut de 4'020 fr. et a été licenciée avec effet au 31 décembre 2019 (cf. rapport d'employeur complété par S. _____ SA le 13 mai 2020).

Le 30 janvier 2020, 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), indiquant être en incapacité totale de travail depuis le 10 janvier 2018 en raison de la survenance d'une épilepsie.

L'OAI a recueilli des rapports auprès des médecins traitants de l'assurée. Le Dr C. _____, spécialiste en neurologie, a indiqué, le 27 mai 2020, que sa patiente présentait les diagnostics incapacitants d'une épilepsie focale à rare généralisation secondaire avec crises épileptiques focales sans altération de la conscience (sensation d'irréalité brève stéréotypée), crises épileptiques avec altération de la conscience, crise épileptique généralisée tonico-clonique le 10 janvier 2018, en présence d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) sans lésion cérébrale décelable et un électroencéphalogramme (EEG) sans caractère dynamique ou irritatif, ainsi que de troubles cognitifs sur effets secondaires médicamenteux et d'état dépressif majeur en cours de traitement. La médication antiépileptique avait été adaptée dans l'espoir de parvenir à un contrôle complet des crises. Les troubles cognitifs (affectant la mémoire et la concentration) devraient ensuite être investigués. Le tableau clinique était influencé par la situation psychique de l'assurée. Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement consécutives aux troubles d'ordre neuropsychologique.

Le 31 mai 2020, la Dre D._____, médecin généraliste, a fait état des diagnostics d'une épilepsie focale et d'un épisode dépressif majeur, lequel était aggravé par les multiples récurrences de crises d'épilepsie et par un licenciement. L'assurée était totalement incapable d'exercer une activité lucrative, en présence de troubles neuropsychologiques et d'une fatigabilité accrue.

Par rapport à l'OAI du 17 juin 2020, la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé que l'assurée était suivie par une psychologue à son cabinet depuis novembre 2019. Les diagnostics retenus étaient ceux d'une épilepsie tonico-clonique et focale, avec et sans altération de la conscience, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et de trouble de la personnalité à type d'immaturation affective et de dépendance affective. La Dre F._____ relevait que les crises d'épilepsie constituaient des manifestations psychiatriques d'un trouble neurologique somatique. L'assurée présentait des pertes d'équilibre, des vertiges, des oublis, des confusions, des pertes de mémoire, un manque du mot, des tremblements, des angoisses et un sentiment de tristesse quasiment permanents. Les symptômes de la lignée anxio-dépressive perduraient malgré les traitements. Un bilan neuropsychologique était recommandé. La capacité de travail était nulle. Était joint un rapport du Dr C._____ du 8 avril 2020, lequel rappelait les diagnostics évoqués, mentionnant la récurrence de brèves crises focales, à caractère psychique.

Par correspondance du 31 mars 2021, le Dr C._____ a souligné que l'assurée était toujours sujette à des crises d'épilepsie, phamacorésistantes et accompagnées de troubles cognitifs, lesquels avaient été objectivés lors d'un bilan neuropsychologique réalisé en août 2020. L'assurée présentait en conséquence « une franche diminution de sa capacité de travail, avec nécessité de bénéficier d'une adaptation des conditions pour une reprise d'activité professionnelle ».

Sur questions du Service médical régional (SMR), le Dr C._____ a signalé, le 15 avril 2021, que l'épilepsie de l'assurée était d'origine cryptogénique. Elle souffrait de crises plurimensuelles, lesquelles pouvaient être déclenchées en situation de stress et de fortes émotions ou indépendamment de tout facteur favorisant. Après avoir présenté un état dépressif majeur, elle conservait une labilité émotionnelle importante, un syndrome anxieux et une thymie dépressive fluctuante. Sur le plan neurologique, la capacité de travail était « certainement » altérée et fluctuante en raison de l'atteinte neuropsychologique (capacités attentionnelles), de la fatigue induite par la médication et de la récurrence des crises. Dite capacité se situait entre 0 % et 80 % selon les périodes. Était annexé le rapport afférent à un examen neuropsychologique réalisé le 24 août 2020 par la neuropsychologue L._____. Celle-ci formulait les conclusions suivantes :

« [...] Le bilan neuropsychologique, réalisé auprès de cette patiente de 53 ans, à la **thymie fragile, émue tout au long de l'examen, pleurant à plusieurs reprises** face à ses échecs, orientée et nosognosique de ses difficultés cognitives, met en évidence au premier plan :

- Un **déficit attentionnel** avec un ralentissement de la vitesse de traitement et des difficultés en attention divisée ;
- Un **discret fléchissement** exécutif (difficultés d'inhibition).

Parallèlement, et dans une moindre mesure, nous retrouvons un encodage laborieux lors du rappel immédiat et du 1^{er} rappel en mémoire épisodique verbale (2^{ème} rappel, 3^{ème} rappel et rappel différé dans la norme), à nuancer avec la réaction de catastrophe de la patiente (pleurs), ainsi qu'une *fragilité en récupération de l'information en mémoire épisodique verbale et de stockage en mémoire épisodique visuelle*.

Les autres fonctions cognitives testées (le langage, le calcul, les praxies gestuelles et constructives, les gnosies visuelles, la mémoire à court terme et de travail verbale) apparaissent en revanche globalement préservées compte tenu de l'âge et du niveau scolaire de la patiente.

Cette symptomatologie évoque une étiologie toxique (médication) et psychiatrique (état dépressif majeur). Elle représente un trouble neuropsychologique de degré de gravité léger à moyen. La capacité fonctionnelle est légèrement limitée au quotidien et dans la plupart des sollicitations professionnelles. [...] »

La Dre D._____ s'est adressée à l'OAI le 15 avril 2021 pour lui faire part de l'évolution négative de l'état de santé de l'assurée, laquelle subissait encore des crises focales partielles. La situation était

précaire sur le plan psychique en raison des récurrences de crises et du décès de sa mère.

Par avis du 21 mai 2021, le SMR a préconisé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire sur les plans neurologique et psychiatrique, avec évaluation neuropsychologique, précisant que les experts pouvaient adjoindre « un volet rhumatologique si l'atteinte du genou gauche s'avérait toujours d'actualité [sic] ».

Dans un rapport du 16 juillet 2021, la Dre D. _____ a rappelé que sa patiente présentait une épilepsie pharmacorésistante, des troubles cognitifs et un état dépressif qui s'était progressivement réinstallé en 2019, après un premier épisode en 2015. Elle a fait état d'une stagnation des symptômes, en dépit de la prise en charge spécialisée et d'un traitement antidépresseur, lesquels étaient constitués d'anxiété, d'une thymie fortement abaissée, d'une fatigue, d'une anhédonie et de troubles cognitifs. Elle soulignait que les émotions fortes étaient susceptibles de déclencher des crises d'épilepsie, tandis que l'évocation d'une chirurgie avait mis l'assurée « dans un stress majeur ».

L'OAI a confié un mandat d'expertise au Centre G. _____ le 11 juin 2021, où les Drs J. _____, spécialiste en neurologie, et K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé à l'examen de l'assurée le 21 juillet 2021 et requis un bilan neuropsychologique le 12 octobre 2021 auprès de la neuropsychologue M. _____. Les experts ont rédigé leur rapport le 17 novembre 2021, retenant le diagnostic incapacitant d'une épilepsie partielle complexe avec rares généralisations secondaires. Les diagnostics d'un status après traumatisme crânien avec amnésie circonstancielle et fracture de l'os propre du nez, de trouble de la personnalité histrionique et de trouble anxieux et dépressif mixte étaient considérés comme sans incidence sur la capacité de travail. Cette capacité était estimée à 50 % dans l'activité habituelle et à 80 % (baisse de rendement de 20 %) dans une activité adaptée, à savoir dans un environnement calme, non stressant, sans horaires de nuit, dans lequel

l'assurée pourrait fonctionner de manière indépendante. Ils ont fait part de leur appréciation consensuelle du cas notamment en ces termes :

« [...] **Au plan somatique**

Le premier « malaise », en 2013 [recte : 2018], était évocateur d'une crise d'épilepsie généralisée. Les éléments ont été jugés suffisants pour que l'on instaure un traitement anticomitial. Par la suite, le déroulement des malaises avec des automatismes, une suspension de toutes activités, la fatigue post-critique soutient leur origine épileptique. L'absence de grapho-élément irritatif à l'EEG ne permet pas d'exclure formellement une origine épileptique mais témoigne d'une normalisation de l'électrogénèse cérébrale durant les périodes intercritiques.

De quelle épilepsie s'agit-il ? On a parlé de crises généralisées, du moins en ce qui concerne la crise inaugurale. Il semble qu'il y en ait eu d'autres par la suite, mais les généralisations sont rares. La plupart des crises ne s'accompagnent pas d'une altération de l'état de conscience, comme le souligne à plusieurs reprises le neurologue traitant. Il n'empêche que ça n'est pas toujours le cas et que certaines crises s'accompagnent d'un obscurcissement de l'état de conscience et d'une amnésie post-critique. On rapporte également une suspension de toute activité (parole et motricité) et les vidéos à disposition démontrent clairement que certaines crises ne permettent pas à l'expertisée de réagir. Ces éléments signent une épilepsie partielle complexe, même si la plupart des crises sont des crises partielles simples, c'est-à-dire sans altération de la conscience. Or, une épilepsie partielle complexe n'est pas compatible avec la conduite de véhicules à moteur, même si les crises sont rares.

Au plan médicamenteux, comme il est dit plus haut, plusieurs traitements ont été tentés, sans parvenir à éliminer les crises, ce qui fait dire qu'il s'agit d'une épilepsie pharmacorésistante. Cela dit, les crises sont, la plupart du temps « partielles simples », ne durent que quelques secondes et surviennent relativement rarement (1 à 6 fois par mois). Il n'y a donc pas d'incompatibilité avec une activité professionnelle qui respecte les limitations. Ces dernières portent sur l'évitement de situation potentiellement dangereuse pour l'expertisée et son entourage en cas de survenue inopinée de crise (travaux en hauteur ou face à des machines potentiellement dangereuses). On privilégiera un environnement calme, non stressant, si possible où l'expertisée peut fonctionner de façon indépendante et qui évite les travaux de nuit. A un tel poste, du point de vue épileptologique, la CT [réd. : capacité de travail] est de 80 % sur la base d'un plein temps mais avec une baisse de rendement liée à la médication anticomitiale.

Un bilan neuropsychologique est venu compléter cette expertise. Il révèle « des scores déficitaires dans la plupart des fonctions cognitives évaluées » mais il est précisé que « tous les tests spécifiques de validation des performances sont échoués, de même que quelques tests imbriqués ». Ces éléments nous imposent de prendre du recul par rapport aux atteintes cognitives réelles de l'expertisée. Par ailleurs, dans la mesure où les tests de validation n'avaient pas été effectués lors du bilan neuropsychologique précédent, les conclusions sont également à prendre avec recul. Cela dit, comme le précise la neuropsychologue, « si les résultats obtenus à l'examen de ce jour étaient valides, les déficits objectivés,

en particulier exécutifs et visuospatiaux, seraient de nature et de sévérité à contre indiquer la conduite d'un véhicule ». Bien qu'à prendre avec du recul et surtout, vu la persistance de crises partielles complexes, les atteintes à la santé ne sont pas compatibles avec la conduite de véhicules à moteur.

A signaler qu'un courrier parvenu après notre expertise indique qu'un bilan est prévu en milieu universitaire dans l'optique d'une éventuelle chirurgie de l'épilepsie. Ce bilan devrait permettre de mieux définir le type de crises, voire l'existence de pseudo-crisis surajoutées, et l'état des fonctions cognitives (il sera alors indispensable de répéter les tests de validation).

Au plan psychique

L'assurée souffre d'un trouble de la personnalité histrionique. Elle présente une dramatisation, un théâtralisme et une hyper expressivité émotionnelle. Elle est suggestible. Elle affiche une affectivité superficielle et labile au cours de l'entretien de la présente expertise. Elle désire des distractions, fait recours souvent à la tablette et à des jeux. Elle a un comportement de séduction exagéré. Elle a une indulgence très grande envers elle-même, un désir d'être appréciée, une tendance à être facilement blessée et vise à satisfaire ses propres besoins.

Par suite de la grande frustration que représentent les crises d'épilepsie et le fait d'avoir été licenciée, l'assurée a développé un trouble anxieux et dépressif mixte qui s'accompagne par intermittence de syndromes neurovégétatifs, des palpitations, une gêne épigastrique et une sécheresse buccale. La personne assurée a échoué aux tests de validation de l'examen neuropsychologique. Les résultats de ces tests faisant évoquer des limitations fonctionnelles ne reflètent pas les capacités réelles de la personne assurée. De plus, si les résultats obtenus à l'examen de ce jour étaient valides, les déficits objectivés, en particulier exécutifs et visuospatiaux, seraient de nature et de sévérité à contre indiquer la conduite d'un véhicule, alors que l'assurée dit conduire sans problème, malgré les crises récentes rapportées.

La personne assurée souffre d'un trouble anxieux et dépressif mixte, elle présente une anxiété importante, associée [à des] signes cliniques de type dépressif relativement légers, [elle] présente plusieurs symptômes neurovégétatifs à savoir des palpitations, poids sur la poitrine et à l'estomac, elle se montre inquiète avec des préoccupations [qui] l'agitent. Du fait de son trouble de la personnalité histrionique il existe déjà chez la personne assurée une tendance intrinsèque à une majoration des symptômes banaux, cette tendance est d'autant plus marquée [par] la présence d'une pathologie qui fait peur [telle] que l'épilepsie.

Ces limitations d'intensité faible à moyenne n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail du point de vue strictement psychiatrique. [...] »

Du point de vue des limitations fonctionnelles, de la personnalité, des ressources et de la cohérence du tableau clinique présenté par l'assurée, les experts ont consigné les éléments suivants :

« [...] 3.3 Constatations/diagnostics d'éléments avant une incidence sur les capacités fonctionnelles **Au plan somatique**

Epilepsie partielle complexe avec rares généralisations secondaires traitée par bithérapie.

Au plan psychique

- Adaptation aux règles et aux routines : aucun problème.
- Planification et structuration des tâches : aucun problème.
- Flexibilité et capacités d'adaptation : problèmes légers.
- Usage des compétences spécifiques : aucun problème.
- Capacités de jugement et prise de position : aucun problème.
- Capacités d'endurance : aucun problème.
- Aptitude à s'affirmer : aucun problème.
- Aptitude à établir des relations avec les autres : aucun problème.
- Aptitude à évoluer au sein d'un groupe : aucun problème.
- Aptitude à entretenir des relations proches : aucun problème.
- Aptitude à des activités spontanées : aucun problème.
- Hygiène et soins corporels : aucun problème.
- Aptitude à se déplacer : aucun problème.

3.4 Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Au plan somatique

Au plan épileptologique, aucun.

Au plan psychique

- Son comportement face à la maladie est la victimisation.
- Son sens des réalités et sa capacité de jugement sont conservés.
- Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts sont conservées.
- Sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions sont conservées.
- Son estime de soi et sa capacité à l'autocritique sont présentes.
- Son intentionnalité et son dynamisme sont soumis à un comportement infantile et dépendant.

3.5 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Au plan somatique

Ressources :

Le parcours professionnel de l'expertisée montre qu'elle possède de bonnes ressources.

Facteurs de surcharges :

Aucun.

Au plan psychique

Ressources :

L'attachement à sa sœur et son fils est une ressource.

Facteurs de surcharges

Les éléments d'exagération et de théâtralisme et repli social sont des surcharges.

3.6 Contrôle de cohérence

Au plan somatique

Comme il est détaillé au pt 5.9, dans la mesure où l'expertisée présente également des crises partielles complexes (avec altération de l'état de conscience et suspension de toute activité), ces crises – même si elles sont rares – ne sont pas compatibles avec la conduite de véhicules à moteur (quelle que soit la longueur du trajet).

Au plan psychique

La personne assurée affirme vivre enfermée, et aussi conduire son véhicule, c'est une incohérence. [...] »

Sur le plan psychiatrique, la Dre K. _____ a en outre compilé, dans son rapport faisant partie intégrante du rapport d'expertise bidisciplinaire, une liste d'éléments destinés à relater ses constats objectifs et à évaluer le status psychiatrique de l'assurée (fonctions cognitives, humeur, dépression angoisse et dissociation, anxiété, symptômes somatoformes, personnalité, utilisation de substances ; cf. rapport d'expertise psychiatrique du 17 novembre 2021, p. 34 à 37).

Le 6 janvier 2022, l'assurée a fait parvenir à l'OAI le rapport de son séjour du 18 au 27 octobre 2021 au sein des Hôpitaux N. _____, rédigé le 16 novembre 2021 par la Prof. R. _____, médecin adjointe agrégée responsable d'unité, et par la Dre P. _____, médecin cheffe de clinique. Ces dernières ont communiqué la synthèse de leur appréciation comme suit :

« [...] Epilepsie temporale postérieure droite non lésionnelle depuis 2018 (IRM- et PET- négatifs)

Lors du séjour, Madame B. _____ présente 3 crises habituelles avec un probable départ temporal à postérieur droit et propagation bi-hémisphérique. Le tracé interictal est marqué par des rares ondes à front raide ou pointes-ondes isolées à prédominance temporale droite, avec néanmoins quelques pointes gauches.

L'IRM cérébrale revient normale sans lésion épileptogène en évidence. L'analyse morphométrique revient également normale. Le PET-CT ne met pas en évidence de région d'hypo ou d'hypermétabolisme.

Le bilan neuropsychologique interictal montre des scores sévèrement déficitaires en rappel libre, différé ainsi que pour la reconnaissance aux tests mnésiques, bien que la patiente puisse se rappeler toute son histoire médicale, de l'emplacement de documents médicaux à l'intérieur de son [appartement], d'informations fournies le jour même ainsi que d'épisodes de vie récents. Le bilan ictal ne montre aucune production verbale au questionnement, mais lors de la réalisation du test de dénomination, on obtient un score de 2/10 avec la présence de nombreuses productions peu compatibles avec un trouble phasique. L'ensemble du tableau neuropsychologique actuel suggère une composante fonctionnelle relativement importante qui empêche une analyse d'autres facteurs contributifs, comme par ex. une composante neurodégénérative.

La consultation psychiatrique retient une symptomatologie anxio-dépressive non contrôlée par le traitement actuel.

Nous sommes alors devant une patiente avec des crises épileptiques focales d'allure d'origine temporale-postérieure droite, avec une probable composante psychogène postictale enrichissant la sémiologie de la présentation clinique. Une origine neurodégénérative n'est pas exclue, étant donné que l'épilepsie a

débuté tardivement à l'âge de 50 ans, mais difficile à déterminer chez une patiente qui présente également un tableau fonctionnel. Le PET et l'IRM cérébrale ne sont pas en faveur d'une telle hypothèse (négatifs, y compris après analyse statistique). Un bilan immunologique sanguin est revenu négatif par rapport à des anticorps neuronaux, y compris paranéoplasiques, et aussi peu probables vu la stabilité de la maladie les derniers 3-4 ans. Un bilan sanguin est également revenu sans particularité hormis une carence en folates. L'origine de cette épilepsie reste donc peu claire. À noter que la patiente n'a pas présenté de crise psychogène. Nous proposons de discuter le cas lors de notre colloque interdisciplinaire en votre présence.

[...]

Un traitement antidépressif adapté reste primordial compte tenu d'une grande composante psychogène dans le tableau épileptique. Nous informons la patiente de l'interdiction à la conduite automobile. La patiente confirme avoir bien compris les consignes. Nous vous laissons le soin d'évaluer la durée de l'inaptitude à la conduite. [...] »

Le 7 janvier 2022, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts du Centre G._____ et retenu que l'assurée présentait une capacité de travail limitée à 50 % dans son activité habituelle et à 80 % dans une activité adaptée, depuis mai 2019.

Dans un rapport à l'OAI du 7 février 2022, la Dre F._____ a fait part de l'absence d'évolution de l'état de santé de l'assurée, laquelle continuait à présenter des crises d'épilepsie malgré son traitement et une aggravation de son anxiété permanente, ainsi que de ses troubles de la personnalité. L'assurée était parfois confuse avec des problèmes de compréhension. La médication antidépressive avait été modifiée.

Le 3 février 2022, le Dr C._____ a relaté de nouvelles crises d'épilepsie, dont notamment une crise du 13 janvier 2022 au domicile, et une adaptation du traitement.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé le degré d'invalidité présenté par l'assurée, le 6 avril 2022, sur la base des conclusions du Centre G._____, mettant à jour un taux d'invalidité de 14,86 % par comparaison des revenus.

Par projet de décision du 8 avril 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de nier le droit à des mesures professionnelles et à une

rente d'invalidité, étant donné le degré d'invalidité susmentionné. Une aide au placement lui était en revanche accordée par communication du 12 avril 2022.

L'assurée, assistée de Procap, a formulé des objections à l'encontre du projet de décision du 8 avril 2022 par correspondance du 23 mai 2022, concluant à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaire. Elle a fait valoir que le rapport d'expertise du Centre G._____ était lacunaire, contradictoire et insuffisant, notamment sur le plan psychiatrique. Elle relevait également que l'aspect neurologique était insuffisamment instruit au vu des conclusions rapportées par les spécialistes des Hôpitaux N._____, en présence d'une pathologie complexe et incomprise, fortement influencée par l'état de santé psychique. La situation s'était d'ailleurs aggravée de ce point de vue, ce que corroborait un rapport de la Dre F._____ du 17 mai 2022. Cette spécialiste relatait une nette baisse de l'humeur avec des idées suicidaires, dans le contexte d'un trouble de la personnalité dépendante au premier plan, en sus d'une personnalité histrionique. Persistait également le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, accompagné d'un épisode dépressif moyen. La capacité de travail demeurait nulle, alors que le pronostic d'un taux d'occupation à 50 % paraissait difficile à dépasser. La psychiatre traitante soulignait que l'immaturité affective, la personnalité assez pauvre et les capacités intellectuelles limitées de l'assurée aggravaient le retentissement de sa maladie somatique. Elle persistait à relever des difficultés de compréhension et une confusion auprès de sa patiente. Était également annexé un rapport de la Dre D._____ du 20 mai 2022, laquelle mettait en évidence une pathologie extrêmement complexe du fait de l'intrication des facteurs psychologiques et neurologiques. L'impact fonctionnel était important, à savoir un ralentissement psychomoteur, des difficultés de concentration, d'attention et de mémoire, une anxiété et une agitation, une fatigue. La reprise d'une activité lucrative n'était pas envisageable. Enfin, un rapport du Dr C._____ du 13 mai 2022 rappelait les diagnostics d'épilepsie focale à rare généralisation secondaire, pharmacorésistante, et d'un état dépressif majeur. Les crises d'épilepsie récurrentes entraînaient

un handicap non prévisible. Toute activité avec mise en danger lors d'une rupture de contact devait être proscrite ; une activité en lien avec la clientèle pouvait être problématique en cas de crise, car l'assurée devait interrompre son activité en raison de la fatigue, parfois durant quelques heures. La capacité de travail de l'assurée était réduite sur le plan psychiatrique, mais de 80 % dans un environnement adapté, sans stress, avec un patron compréhensif et la possibilité d'être remplacée en cas de crise épileptique. Une réinsertion n'était envisageable, dans ce contexte, qu'avec le soutien de l'assurance-invalidité. Le Dr C. _____ relevait enfin que l'option thérapeutique d'une chirurgie de l'épilepsie n'avait pas été retenue à la suite du bilan réalisé aux Hôpitaux N. _____.

Sollicité pour avis, le SMR s'est notamment exprimé comme suit le 15 juin 2022 :

« [...] L'assurée a bénéficié d'une expertise bidisciplinaire qui a examiné l'intrication des atteintes neurologique et psychiatrique, et les répercussions sur le plan fonctionnel. Le fait qu'une personne présente des symptômes anxieux ou dépressif n'implique pas un caractère incapacitant, et ceci a été examiné lors de l'expertise. Sur le plan somatique, les conclusions du neurologue restent compatibles avec celles de l'expertise, et comprennent une part hypothétique. Factuellement, ce neurologue ne mentionne pas précisément de nouvelles crises avec perte de conscience ou secondairement généralisées récemment [...]. Des mesures d'accompagnement par l'AI ont été proposées, mais refusées par l'assurée, ce qui ne permet pas de conclure à une incapacité observée en pratique. Sur le plan psychique, l'état décrit par la psychiatre est comparable à celui annoncé avant l'expertise, bien que des fluctuations ponctuelles ou réactionnelles ne puissent être exclues. Un trouble de la personnalité est habituellement ancré depuis le début de l'âge adulte et ne change pas de type en quelques mois. Un seul changement d'antidépresseur, par ailleurs toujours prescrit à une dose minimale, ne suffit pas à établir une péjoration de la symptomatologie. Aucun traitement spécifiquement anxiolytique n'est prescrit. Les idées suicidaires ne sont pas décrites, sont non-scénarisées, et n'ont donné lieu à aucune mise à l'abri. Les troubles cognitifs annoncés ne reposent sur aucune évaluation objective, et l'expertise a montré que ceux-ci n'étaient pas objectivables par une évaluation contenant des tests de validation. [...] »

Sur questions du SMR, la Dre F. _____ a précisé, le 11 juillet 2022, la posologie du traitement antidépresseur, mentionnant une stabilisation de l'humeur, sans toutefois d'incidence sur les troubles de la personnalité. La spécialiste n'avait pas procédé à une évaluation

neuropsychologique, préconisant que cela soit effectué par l'OAI. L'assurée la consultait une fois par mois à son cabinet. Un nouveau rapport du Dr C._____ du 28 juin 2022 était notamment annexé, lequel mentionnait une hospitalisation en soins intensifs de l'assurée le 7 mai 2022 à la suite d'une crise épileptique, consécutive à l'omission de son traitement. Elle n'avait toutefois plus présenté de crises depuis lors avec une modification de la posologie du traitement anticomitial.

Dans un nouvel avis du 3 août 2022, le SMR a conclu son appréciation du cas en ces termes :

« [...] Les nouveaux éléments à disposition restent compatibles avec les conclusions expertales, et ne mettent pas en évidence une modification significative et durable permettant d'en diverger. Le traitement médicamenteux psychiatrique n'est pas plus, voire moins, important que lors de l'expertise, et un suivi mensuel n'est pas compatible avec une atteinte sévère sur ce plan. Par ailleurs, la remarque [de la] psychiatre traitante quant au fait [qu'elle] demande une évaluation neuropsychologique à l'AI depuis juin 2020 suggère une connaissance incomplète du dossier de sa part, et réduit la valeur probante de son RM [réd. : rapport médical], puisqu'une telle évaluation a eu lieu en octobre 2021 montrant que les plaintes de l'assurée sur ce plan ne sont pas objectivables par absence de validation. »

Par décision du 5 août 2022, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente, compte tenu d'un degré d'invalidité fixé à 14,86 %, reprenant les considérants de son projet de décision du 8 avril 2022.

B. B._____, représentée par Procap, Service juridique, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte de recours du 13 septembre 2022. Elle a conclu, principalement, à l'allocation d'une rente entière d'invalidité, et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a, pour l'essentiel, repris les arguments précédemment développés au stade de la procédure administrative, reprochant à l'OAI d'avoir conféré pleine valeur probante au rapport d'expertise du Centre G._____ en dépit des avis contradictoires exprimés par ses médecins traitants. Elle réitérait que ce rapport était lacunaire et incohérent, tant sur le plan neurologique que psychiatrique.

L'OAI a répondu au recours le 7 novembre 2022 et conclu à son rejet, considérant que le rapport d'expertise du Centre G._____ remplissait les réquisits jurisprudentiels pour statuer sur le cas de l'assurée, ce que confirmaient les différents avis du SMR versés au dossier.

Le 8 décembre 2022, l'assurée a indiqué renoncer à déposer une réplique, maintenant au surplus les conclusions formulées le 13 septembre 2022.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des feries judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.

3. **a)** 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).

b) D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié

juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 138 V 176 consid. 7.1). En l'espèce, les faits déterminants de la présente cause se sont tous déroulés avant l'entrée en vigueur de la nouvelle, en particulier s'agissant de la survenance de l'incapacité de travail et de l'ouverture du droit à la rente. Ainsi, en dépit de la date de la décision litigieuse, il convient de se référer aux dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution dans leur ancienne teneur, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. 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).

5. 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 (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 l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent 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).

aa) 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).

bb) 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 (inévitabile) 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).

7. a) En l'espèce, on peut préalablement observer que les rapports régulièrement établis par les médecins traitants de la recourante ont fait uniquement état de diagnostics d'ordre neurologique et psychiatrique, ainsi que de problèmes neuropsychologiques (épilepsie focale, troubles de la personnalité, épisode anxio-dépressif, troubles cognitifs), lesquels ont été investigués dans le cadre du rapport d'expertise bidisciplinaire du Centre G._____ du 17 novembre 2021. Il s'agit, dans ce contexte, d'écarter toute référence à une éventuelle atteinte rhumatologique du genou gauche, dans la mesure où les pièces relatives à un accident de ski survenu en 2019 ont trait à une tierce personne et ont été classées par inadvertance manifeste dans le dossier de la recourante. Aucun des intervenants au dossier n'a toutefois relevé l'erreur de destination de ces pièces ; en revanche, le SMR en a tenu compte dans sa suggestion de mise en œuvre d'une expertise, ce qui témoigne d'emblée d'une certaine légèreté dans le traitement du cas de la recourante (cf. par exemple : avis du SMR du 21 mai 2021 et synthèse du dossier contenue dans le rapport d'expertise du Centre G._____ du 17 novembre 2021, p. 5).

b) Indépendamment du constat ci-dessus, il convient, à l'instar de la recourante, de constater que le rapport d'expertise du Centre G._____, sur lequel s'appuie l'intimé pour justifier la décision querellée, apparaît insuffisamment documenté et motivé pour se prononcer sur le droit aux prestations revendiquées. Le rapport d'expertise en question ne

remplit pas les réquisits minimaux attendus d'une évaluation pluridisciplinaire du niveau d'une expertise. On observe tout d'abord que l'appréciation prétendument consensuelle des experts du Centre G._____ consiste de fait en une reprise littérale de divers passages des rapports établis spécifiquement par les Drs J._____ et K._____. Aucune discussion, ni analyse bidisciplinaire de la situation de la recourante ne figurent dans cette évaluation. Les différents diagnostics posés ne sont ni expliqués, ni étayés, et l'on ne voit pas que les experts auraient procédé à un consilium pour parvenir à une appréciation globale de la capacité résiduelle de travail et des limitations fonctionnelles. Une évaluation consensuelle pointue du cas de la recourante s'imposait pourtant au regard de l'intrication des aspects neurologique et psychique relatée par l'ensemble de ses médecins traitants, singulièrement par le Dr C._____ (cf. par exemple : rapport de ce spécialiste du 8 avril 2020 annexé au rapport de la Dre F._____). A la lecture des conclusions des experts, force est de relever que le tableau clinique décrit est imprécis et morcelé, chacun des deux spécialistes ayant fait part de ses constats respectifs quant aux limitations et ressources de la recourante. On en déduit que le lecteur devrait retrouver les éléments pertinents dans les rapports rédigés séparément par chacun des experts dans son domaine de compétence et qu'il s'agirait ensuite de comprendre le raisonnement ayant abouti aux conclusions communiquées. Ce procédé ne correspond toutefois pas aux exigences d'une mission expertale dans un contexte bi- ou pluridisciplinaire. Au demeurant, les rapports respectivement établis par les Drs J._____ et K._____ (faisant partie intégrante du rapport d'expertise du 17 novembre 2021) apparaissent insuffisants pour pallier les défauts de l'évaluation consensuelle, ainsi qu'il sera exposé ci-dessous.

8. a) Sur le plan neurologique, le Dr J._____ a procédé à un examen - somme toute plutôt sommaire - de la recourante et a communiqué les résultats de ses investigations, en reprenant pour l'essentiel les termes des rapports médicaux du Dr C._____. L'expert n'a en particulier procédé à aucun examen complémentaire destiné à vérifier les diagnostics envisagés par le neurologue traitant. Il est néanmoins parvenu à la conclusion que la recourante pouvait reprendre une activité

lucrative adaptée au taux de 80 %, sans fournir de véritable motivation en lien avec cette appréciation. Il s'est en effet limité à relever que les crises survenaient « relativement rarement (1 à 6 fois par mois) » et qu'il s'agissait « la plupart du temps » de crises d'épilepsie partielle simples. En parallèle, l'expert n'a pourtant pas manqué de relever que la persistance de crises partielles complexes restreignait l'aptitude à la conduite de la recourante, tout en estimant que les résultats du bilan neuropsychologique devaient être pris « avec recul ». L'expert n'apporte cela étant aucune plus-value sérieuse par rapport aux documents spécialisés précédemment versés au dossier ; il ne fournit pas davantage de discussion, ni de critiques des diagnostics retenus ou des scores réalisés lors de l'évaluation neuropsychologique (cf. rapport d'expertise du Centre G._____ du 17 novembre 2011, p. 15-16 et 26).

b) Par ailleurs, l'expert a expressément souligné le bilan universitaire planifié au sein des Hôpitaux N._____, relevant qu'il serait alors indispensable de répéter les tests de validation, ce qui permet de douter du caractère définitif de son appréciation (cf. ibidem, p. 15-16 et 26). On peut, dans ce contexte, mentionner que l'expert aurait été légitimé à requérir un tirage du rapport auprès de ses confrères des Hôpitaux N._____ aux fins de compléter son évaluation. A défaut, il apparaît que l'intimé aurait dû, au minimum, solliciter une nouvelle fois le Centre G._____, respectivement le Dr J._____, pour que ce dernier se détermine sur la teneur du rapport de séjour des Hôpitaux N._____ du 16 novembre 2021. On ajoutera qu'une telle démarche, postérieurement au rapport d'expertise du 17 novembre 2021, s'imposait d'autant plus que les Hôpitaux N._____ ont fait état d'un nouveau bilan neuropsychologique, lequel conduisait à retenir une composante fonctionnelle relativement importante (cf. rapport des Hôpitaux N._____ du 16 novembre 2021, p. 4).

c) Compte tenu des éléments qui précèdent, il y a lieu de déduire que le volet neurologique, ainsi que neuropsychologique, du rapport d'expertise du Centre G._____ s'avère incomplet.

9. a) Du point de vue psychiatrique, l'évaluation contenue dans l'expertise du Centre G. _____, rédigée par la Dre K. _____, ne répond à l'évidence pas aux exigences de qualité énoncées notamment dans les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, édictées par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie. Le rapport de cette spécialiste frappe d'emblée par son manque de substance et de motivation, tant sur le plan diagnostique que du point de vue de ses conclusions.

b) L'experte a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité histrionique, ainsi que de trouble anxieux et dépressif mixte, considérés comme sans influence sur la capacité de travail. La Dre K. _____ a justifié son appréciation de manière extrêmement succincte, en l'illustrant par des comportements attribués à la recourante, sous rubrique « Epicrise : signes cliniques et explications des diagnostics ». Ce faisant, elle a mentionné divers symptômes témoignant d'une « anxiété importante » (syndromes neurovégétatifs, palpitations, gêne épigastrique et sécheresse buccale) sans manquer de se contredire en qualifiant le trouble anxieux et dépressif de « relativement léger », sans autre explication qui permettrait de comprendre le caractère non incapacitant du trouble en question. On ajoutera que la Dre K. _____ n'a pas pris la peine de produire une appréciation critique des différentes évaluations communiquées par la psychiatre traitante. Elle n'a pas non plus envisagé des diagnostics différentiels, ni exposé comment - en l'absence de tests et au terme d'un bref entretien d'un peu plus d'une heure - elle parvenait aux diagnostics retenus (cf. rapport d'expertise du Centre G. _____ du 17 novembre 2021, p. 16 et 39). Ceux-ci ne sont pas davantage expliqués par les « constatations objectives » relatées par la Dre K. _____, lesquelles consistent en une compilation, dénuée de tout commentaire critique, de symptômes qui semblent ressortir des seules allégations de la recourante (cf. ibidem, p. 34 à 37). Au titre d'observations sur la personnalité de cette dernière, la Dre K. _____ a fait état de manifestations comportementales, sans explications complémentaires, sans confrontations avec les éléments d'anamnèse ou les éventuelles plaintes alléguées (cf. ibidem, p. 37). On ignore ainsi totalement sur quels éléments objectifs la Dre K. _____

fonde son appréciation du cas, qui n'est rejointe par aucun autre avis médical au dossier.

c) Quant à la rubrique spécifiquement liée à l'évaluation médicale et médico-assurantielle de l'experte, celle-ci s'avère également extrêmement succincte et composée d'une liste des capacités qui seraient préservées auprès de la recourante, sans aucune illustration concrète en lien avec le cas particulier (cf. *ibidem*, p. 40 et 41).

d) Le rapport d'expertise psychiatrique est enfin sérieusement déficient quant à l'analyse des indicateurs posés par la jurisprudence fédérale rappelée sous consid. 6c *supra*. Les éléments relatés par la Dre K._____, eu égard à l'appréciation des ressources de la recourante, sont constitués - une fois de plus - d'une compilation des rubriques basées sur la Mini-CIF-APP, reprises pêle-mêle sans aucune analyse concrète et circonstanciée (cf. *ibidem*, p. 40 à 42). On ajoutera qu'en dépit du caractère éventuellement psychogène de l'épilepsie affectant la recourante, la Dre K._____ ne se prononce aucunement sur cet aspect de la pathologie soumise à ses investigations. Le rapport de la Dre K._____ ne fournit ainsi aucune information sérieuse tant au niveau du degré de gravité des atteintes à la santé évoquées que des ressources et capacités effectives de la recourante.

e) Ce document ne permet donc manifestement pas de déterminer l'incidence des atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante, ni de se prononcer sur les ressources à sa disposition pour en surmonter les conséquences.

10. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du

19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'espèce, il ne pouvait échapper à l'intimé que le rapport d'expertise du Centre G._____ était à la fois incomplet (faute de détermination sur le rapport subséquent des Hôpitaux N._____) et insuffisant (compte tenu de ses graves lacunes et défauts) pour statuer sur le droit aux prestations de la recourante, de sorte que ce document ne pouvait se voir accorder valeur probante. La Cour de céans estimant que l'intimé a failli à son obligation d'élucider les faits à satisfaction, il s'agit dès lors de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction. Après actualisation des pièces médicales, il lui appartiendra de solliciter une nouvelle expertise pluridisciplinaire de la recourante, comprenant des

volets neuropsychologique, neurologique et psychiatrique, avec en particulier une appréciation consensuelle exhaustive, notamment eu égard la corrélation entre les diagnostics neurologiques et psychiatriques posés dans le cas particulier.

11. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 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 la partie intimée.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 5 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

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

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Procap, Service juridique, à Bienne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :