

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 juin 2022

Composition : M. NEU, président
MM. Küng et Peter, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Me Cvjetislav Todic, avocat
à Montreux,

et

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

Art. 6s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. a) Originaire de [...], H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est entrée en Suisse en [...]. Elle a été naturalisée suisse en [...]. Divorcée, elle est mère de deux enfants adultes. Sans formation professionnelle, elle a travaillé successivement comme femme de chambre dans plusieurs hôtels, puis à la Clinique [...], à [...], de mai 2005 à avril 2014.

b) En arrêt de travail à des taux d'incapacités variables (entre 50 - 100 %) depuis le 4 décembre 2012, H._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 14 mai 2013, en raison de douleurs persistantes au dos et à la jambe droite depuis une opération de ses varices en décembre 2012.

Après avoir obtenu les renseignements médicaux utiles auprès des médecins consultés par l'assurée (rapports des 1^{er} juillet et 20 novembre 2013 du Dr A._____, médecin traitant ; rapport du 16 juillet 2013 du Dr B._____, spécialiste en anesthésiologie ; rapports des 14 août et 26 novembre 2013 ainsi que des 23 et 27 janvier et 11 avril 2014 du Dr D._____, médecin praticien ; rapport du 14 avril 2014 du Dr Q._____, spécialiste en neurologie), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a, par le biais de SwissMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, psychiatrie et médecine interne) au Centre d'Expertises Médicales de l'Hôpital du [...], à [...]. Dans leur rapport du 5 janvier 2015 et son complément du 11 mai 2015, les Drs L._____, spécialiste en médecine interne générale, S._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et W._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont posé les diagnostics suivants :

- “• Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail
 - Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2)
- Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
 - Hypertension artérielle traitée

- Dorsolombalgies sur troubles statiques (hypercyphose dorsale partiellement fixée sur ancienne maladie de Scheuermann, hyperlordose lombaire, projection antérieure de la tête) et
 - Importante dysbalance musculaire
 - discopathies débutantes de L4-S1
 - Multiples signes de non organicité (Waddell 5/5 points).
- Hypercholestérolémie traitée
- Hypothyroïde substituée
- Obésité moyenne avec un BMI [Body Mass Index] à 32.6
- Status post varicectomie le 05.12.2012, compliquée par une thrombose veineuse profonde du MID [membre inférieur droit]
- Dépendance aux benzodiazépines (Temesta + Noctamide®)”

Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle, sur le plan psychiatrique, dès le 20 décembre 2013 dans son activité habituelle, mais de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiques (diminution de l'intérêt, du plaisir et de l'estime de soi, ralentissement psychomoteur et augmentation de la fatigabilité) depuis le 5 janvier 2015, avec une amélioration par paliers progressifs et retour à une capacité de travail entière dès le 1^{er} juillet 2015 moyennant le suivi d'un traitement adapté selon l'expert psychiatre.

Après avoir requis le point de vue du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) sur cette expertise pluridisciplinaire (avis du 8 juin 2015 du Dr E. _____), l'OAI s'est aligné sur les conclusions des experts en relevant l'exigibilité d'un traitement psychiatrique et la nécessité d'interpeller le médecin traitant pour obtenir la confirmation d'une compliance thérapeutique ainsi que des renseignements sur l'évolution de l'état de santé depuis ce traitement (avis juriste du 12 janvier 2016).

Le 11 mars 2016, le Dr D. _____ a informé l'OAI que l'assurée n'avait pas retrouvé de capacité de travail en raison de la persistance d'un état dépressif sévère avec polyalgies d'origine psychosomatique, malgré un « traitement anti-dépresseur à fortes doses et un suivi spécialisé ». Il mentionnait également l'échec d'une série d'infiltrations antalgiques réalisées sur les articulations facettaires lombaires et la nécessité d'obtenir un avis neurochirurgical. Selon le médecin traitant, malgré un

traitement de plus en plus lourd, la reprise d'une activité professionnelle semblait difficilement envisageable pour le moment.

Se ralliant à l'avis du SMR (avis médical du 23 février 2017 du Dr E. _____), l'OAI a actualisé son dossier en sollicitant des renseignements sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée auprès de son psychiatre traitant, avant de se prononcer sur un éventuel complément d'expertise sur le plan psychiatrique.

Dans un rapport du 22 mars 2017 à l'OAI, le Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, psychiatre traitant depuis décembre 2016, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode sévère chronique (F33.2) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) depuis 2013. Le traitement consistait en une thérapie cognitive comportementale avec la prise de Quetiapine® (25 mg/j.) et de Cymbalta® (60 mg/j.). Réservant son pronostic, ce spécialiste a conclu à une incapacité de travail à 100 % de l'assurée dans sa profession de nettoyeuse depuis le début de sa prise en charge, et une capacité de travail de 25 % dans une activité adaptée (2 heures par jour) dans un délai d'environ trois mois.

Le 16 août 2017, le Dr Z. _____ a confirmé la chronicité des troubles thymiques et psychosomatiques, avec une symptomatologie dépressive marquée. Il retenait une incapacité de travail totale de l'assurée dans le domaine du nettoyage ainsi qu'une capacité de travail résiduelle de 25 % dans une activité adaptée à la vulnérabilité physique et psychique de sa patiente depuis le 1^{er} septembre 2017. Les limitations fonctionnelles retenues étaient une anhédonie, un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration liés à la dépression récurrente ainsi qu'un syndrome douloureux (notamment au niveau de la colonne lombaire ainsi que des membres inférieurs).

Depuis le 1^{er} décembre 2017, l'assurée est bénéficiaire du revenu d'insertion (RI).

Le 28 février 2018, l'assurée a interrompu une mesure de réinsertion (au sens de l'art. 14a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) débutée le 1^{er} février 2018 sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès de T._____, à [...], pour des raisons de santé (certificats médicaux des 5, 9 et 22 février 2018 du Dr Z._____).

Le 2 avril 2018, le Dr Z._____ a répondu comme suit à un questionnaire de l'OAI :

"1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

Diagnostics

F33.2 Trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère

F51 Trouble somatoforme indifférencié.

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

L'évolution depuis le dernier rapport a été influencée par deux éléments majeurs : la séparation d'avec son mari qui est parti et l'échec de réadaptation avec T._____.

Ces 2 facteurs ont péjoré l'humeur et ont contribué à la chronicisation du syndrome dépressif et du syndrome douloureux malgré le réajustement du traitement.

3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

La capacité de travail dans l'activité habituelle est de 0 % depuis 2014.

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

La capacité de travail dans une activité adaptée, comme celle proposée récemment par T._____, est de 0 % actuellement.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Les limitations fonctionnelles : la dépression chronicisée détermine, d'une part, des troubles de concentration (augmentés par l'anxiété, notamment anticipatoire) et, d'autre part, la dépression baisse le seuil de la sensibilité nociceptive en maintenant l'intensité du syndrome douloureux. Démotivation. Pessimisme. Idées d'inutilité.

6. Quels sont les dates et les taux des arrêts de travail ?

En arrêt maladie à 100 % depuis 5.02.18 et auparavant AM [arrêt maladie] 100 % en 2015, 2016, 2017.

7. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*

Les traitements en cours :

- Traitement antidépresseur
Venlafaxine ER 75 mg/j.
Fluoxétine 20 mg/j.

- Traitement anxiolytique
Temesta 4mg/j.

- Traitement antalgique
Dafalgan, Olfen

- Luminothérapie

- Thérapie cognitive-comportementale
1 séance/2 semaines.

La compliance au traitement est bonne.

8. *Autres remarques*

Remarques : La perte du statut socio-professionnel, du rôle de mère (des enfants adultes) et d'épouse (séparation d'avec son mari) sont des facteurs de péjoration du pronostic."

Après avoir recueilli le point de vue du SMR sur les derniers éléments recueillis au dossier (avis médical du 30 mai 2018 du Dr E. _____), l'OAI a confié un complément d'expertise psychiatrique au Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie, du Centre d'expertise médicale [...], au [...] (GE). Dans son rapport du 21 décembre 2018, cet expert a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Etant d'avis au jour de l'expertise que « les éléments à disposition ne suffis[ai]ent pas à affirmer qu'une incapacité de travail [était] avérée », le Dr J. _____ a toutefois recommandé la poursuite de la phase d'ajustement du traitement avec une réévaluation du cas dans un délai de six à neuf mois par les médecins traitants, suivie d'un complément d'expertise éventuel.

Suivant l'avis du SMR (avis médical du 16 janvier 2018 du Dr E. _____) et d'une de ses juristes (avis juriste du 4 avril 2019), l'OAI a, afin de clarifier le droit aux prestations, confié la réalisation d'une

expertise bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie) au Centre médical d'expertises V. _____ SA de [...]. Dans leur rapport du 22 octobre 2019, les Drs F. _____, spécialiste en psychiatre et en psychothérapie, et P. _____, spécialiste en rhumatologie, ont retenu les diagnostics de douleur cervicale sur discopathie, sans irradiation (M51.3), de douleur lombaire sur discopathie, sans irradiation (M51.9), de douleur diffuse sans support anatomique, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble dépressif récurrent actuellement léger avec syndrome somatique (F33.0). L'expert rhumatologue a estimé que si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle depuis mai 2013, elle était de 100 %, depuis lors, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (pas d'effort de soulèvement de plus de dix kilos, pas de porte-à-faux du buste, ni de torsion répétée du buste, et port de charge limité à dix kilos). De son côté, l'expert psychiatre a retenu que la capacité de travail de l'assurée était de 100 %, sous réserve d'une période d'incapacité de travail totale du 5 février jusqu'à la fin juin 2018 en raison de la recrudescence de la symptomatologie dépressive à la suite de la séparation de l'assurée d'avec son mari.

Le 12 novembre 2019, le SMR, sous la plume du Dr E. _____, a retenu l'absence de motif justifiant de s'écarter des constatations et conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 22 octobre 2019 du V. _____, qualifié de probant, et que des mesures de réadaptation professionnelle étaient possible.

Par projet de décision du 15 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Ses constatations étaient les suivantes :

"Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de femme de chambre auprès de la Clinique [...] du 16 mai 2005 au 30 avril 2014.

Selon nos investigations médicales, nous constatons que vous présentez une incapacité de travail dans votre activité de femme de chambre à 100% depuis le 4 décembre 2012. Vos capacités de travail ont varié entre 50% et 100% jusqu'au 20 décembre 2013, date de votre dernier jour de travail.

Selon nos investigations médicales, nous constatons que votre activité habituelle de femme de chambre n'est plus adaptée à vos problèmes de santé. Par contre, vous présentez une capacité de travail entière depuis le mois de mai 2013 au moins, dans une activité adaptée à vos limitations d'ordre somatique. Celles-ci sont les suivantes : le port de charges de plus de 10kg, le travail en flexion du rachis, les mouvements de rotation du tronc, le travail en porte[-]à[-]faux. Votre capacité de travail est entière sur le plan psychiatrique, hormis pendant la période du 1^{er} février 2018 au 31 juillet 2018 où l[à] votre capacité était nulle (ce qui n'a toutefois aucune influence sur un éventuel droit à une rente).

Dans votre situation, étant donné que vous n'avez pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 51'791.40 à 100%, en 2013. Exemples d'activités adaptées : activités industrielles légères dont notamment le petit montage, l'assemblage, la finition de pièces sortant de fabrication, surveillance d'un processus de production, ouvrière de production, femme de ménage sans ports de charges de plus de 10 kg et alternance des positions assise-debout.

Par ailleurs, vos limitations fonctionnelles justifient d'appliquer un abattement de 5 % sur le salaire statistique précité. Votre revenu d'invalidé est donc de CHF 49'201.83.

Concernant votre revenu sans invalidité, nous tenons compte des données de votre ancien employeur ; ainsi en 2013 il s'élève à CHF 48'655.00.

Comme vous pouvez le constater, vous êtes en mesure de réaliser un revenu annuel dans une activité adaptée plus ou moins le même que votre revenu sans invalidité, dès lors il n'existe aucun préjudice économique. En l'espèce, vous n'avez pas le droit à une rente.

S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci existe si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessite pas de formation particulière, le manque à gagner durable est encore de 20% au moins, ce qui n'est pas votre cas au vu des indications qui précèdent. Vous avez toutefois, la possibilité de demander l'aide de notre service de placement en nous faisant parvenir un courrier à cet effet."

Dans le cadre des objections formulées le 2 mars 2020 contre ce préavis, l'assurée, par son conseil Me Cvjetislav Todic, a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport de radiographies de la colonne cervicale, dorsale et lombaire ainsi que du bassin de face du 14 janvier 2020 du Dr R. _____, spécialiste

en radiologie, qui conclut à des « altérations essentiellement dégénératives de l'ensemble du rachis de type cervicarthrose, spondylarthrose et séquelles d'ostéochondrose du segment médiodorsal. Discopathie lombaire étagée et zygarthrose lombaire basse. Ostéopénie diffuse, sans image de fracture ou de tassement récent » ;

- des certificats du Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, établis entre décembre 2019 et juillet 2020, attestant d'une incapacité de travail à 100 % de l'assurée pour la période courant du 1^{er} janvier au 31 août 2020 ;

- plusieurs certificats des médecins traitants du Groupe médical [...] SA à [...], établis entre décembre 2019 et juillet 2020, signalant une incapacité de travail à 100 % de l'assurée pour la période entre le 26 décembre 2019 et le 14 septembre 2020.

L'assurée demandait à l'OAI de lui accorder une rente entière dès le 29 avril 2013, sous déduction du délai d'attente, et subsidiairement de poursuivre l'instruction médicale pour « évaluer le degré d'incapacité résultant du trouble dépressif invalidant ».

Invité par l'OAI à se positionner sur le cas à l'aune des éléments recueillis dans le cadre de la procédure d'audition, le SMR a dressé le bilan suivant (avis médical du 8 septembre 2020 des Dres N. _____ et M. _____) :

“Conclusion : Nous relevons que toutes les pathologies dégénératives au niveau rachidien visualisées sur les radiographies actuelles du 14.01.2020 (GED 03.03.2020) sont déjà connu[es] depuis 2013, étaient largement discutées lors et pris en compte par l'expertise rhumatologique du 22.10.2019 (cf. p. 18 + 20 de l'expertise du 22.10.2019, GED 23.10.2019). En comparaison avec des imageries rachidiennes précédentes, datant entre 02.2013 et 02.2014 (cf. p. 18 + 20 de l'expertise du 22.10.2019, IRM lombaire 02.2013 / radiographie 05.2013 / IRM cervico-dorsale 08.2013, IRM lombaire 02.2014, GED 23.10.2019), nous ne notons actuellement sur le plan radiologique aucun signe en faveur d'une aggravation notable de la situation rachidienne depuis l'expertise du 10.2019. Les nombreu[s] attestations d'IT [incapacités de travail] du MT [médecin traitant] et du psychiatre traitant pour la période entre 12.2019 et 09.2020 ne sont pas motivées et sans information de

plus. Donc, nous n'avons actuellement pas de nouveaux éléments objecti[f]s justifiant une péjoration notable sur le plan rhumatologique et psychiatrique depuis la date de l'expertise (10.2019), qui permettraient de remettre en cause les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 10.2019. Donc, la situation rhumatologique et psychiatrique reste inchangée depuis notre dernier avis SMR du 12.11.2019. La CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] reste nulle depuis 05.2013, la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] reste entière depuis 05.2013 en respectant les LF [limitations fonctionnelles] somatique[s] (cf. ci-dessus).”

Par décision du 16 septembre 2020, l'OAI a entériné le refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, sa motivation étant identique à celle de son projet du 15 novembre 2019.

B. Par recours déposé le 22 octobre 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, H._____, représentée par Me Cvjetislav Todic, a conclu, avec dépens, à la réforme de la décision précitée en ce sens que l'OAI lui accorde une rente entière d'invalidité dès le 14 mai 2013, et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire du V._____, du 22 octobre 2019, en particulier au motif qu'il y était écrit en page 11 que « au moment de la rédaction du présent rapport, nous n'avons pas encore reçu les renseignements demandés au psychiatre de l'expertisée ». La recourante était d'avis que les éléments médicaux attestaient sans équivoque d'un épisode dépressif invalidant depuis mai 2013 et que les certificats médicaux, de décembre 2019 à octobre 2020, versés au dossier par ses soins, démontraient que nonobstant les traitements prodigués, sa capacité de travail était nulle.

Dans sa réponse du 25 novembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise bidisciplinaire du V._____, estimant que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Au terme d'un second échange d'écritures des 27 janvier et 2 mars 2021, et de déterminations de la recourante du 6 mai 2021, comprenant en particulier la production de nouveaux rapports et certificats médicaux du psychiatre traitant (Dr I. _____), lequel opposait ses compétences à celles du SMR (avis médical du 18 février 2021 de la Dre N. _____), les parties ont maintenu leurs positions respectives.

C. Le 16 juillet 2021, le magistrat instructeur a confié à la Dre K. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, le soin de procéder à une expertise judiciaire. Se fondant sur ses propres examens cliniques, dont les résultats d'une évaluation cognitive effectuée le 26 janvier 2022 par la psychologue FSP C. _____, sur des contacts téléphoniques avec les médecins consultés et les enfants de la recourante ainsi que sur l'analyse du dossier médical constitué, l'experte a rendu son rapport le 8 mars 2022. Celui-ci résume les pièces médicales et administratives versées au dossier, procède d'une anamnèse psychosociale et professionnelle, relate l'évolution des troubles de l'assurée, décrit une journée-type de son quotidien actuel, rapporte ses plaintes et rend compte du status clinique. L'experte a posé, sur la base de son analyse, les diagnostics de retard mental léger (F70), d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10) et d'autre trouble somatoforme (F45.8). Au titre de ses conclusions, elle a retenu les éléments suivants :

“Tenant compte de ce qui précède et sur la base des différents certificats médicaux établis, on peut considérer que la capacité de travail de l'expertisée a été fortement altérée mais était encore fluctuante durant l'année 2013, grâce aux efforts fournis par Mme H. _____ pour reprendre son activité. En lien prioritairement avec son retard mental, mais accentué par le développement progressif d'un épisode dépressif qui perdure encore aujourd'hui, elle n'est finalement pas parvenue à surmonter la détresse et la désorganisation psychique générées par sa perception douloureuse et a présenté une incapacité de travail complète et irréversible depuis le 20.12.2013, malgré sa participation active aux soins qu'elle nécessitait.

Cette incapacité de travail est secondaire aux limitations fonctionnelles liées avant tout à l'existence du retard mental qui a

impliqué que les compétences adaptatives et de gestion de l'expertisée ont été débordées par son éprouvé douloureux, ce qui a altéré ses modestes ressources à penser dont sa capacité de compréhension, de concentration et d'attention et son intérêt pour son environnement, son champ de la pensée étant rétréci sur son seul vécu algique. Les limitations physiques ont amené les experts rhumatologues à affirmer que l'expertisée ne pouvait plus reprendre son activité habituelle en raison de la limitation au port de charges, mais qu'elle pouvait travailler dans une activité adaptée. Cependant, les atteintes fonctionnelles présentées par Mme H. _____ rendent également illusoire tout projet de reconversion professionnelle, l'expertisée ayant perdu les ressources mentales pour investir une nouvelle activité qui impliquerait l'apprentissage de nouveaux gestes et de nouvelles consignes, même dans une activité qui serait en théorie, adaptée à son état somatique. Il faut considérer que les possibilités de voir se réduire les limitations fonctionnelles de l'expertisée sont extrêmement faibles et seraient certainement insuffisantes pour lui permettre de réintégrer le premier milieu du travail, et ce même si l'épisode dépressif se résolvait."

Dans ses déterminations du 4 avril 2022, la recourante a fait siennes les conclusions de l'experte K. _____, estimant qu'il était désormais établi qu'elle présentait une incapacité de travail complète depuis mai 2013, sans évolution possible et justifiant, à ses yeux, l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a par conséquent maintenu ses conclusions tendant à la réforme de la décision querellée dans le sens de son droit à une rente entière depuis le 14 mai 2013, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

Le 4 avril 2022 également, l'OAI a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, en produisant un avis SMR du 30 mars 2022 de la Dre N. _____ auquel il se ralliait, dont on extrait ce qui suit :

"D[ans] ce contexte je me positionne comme suit :

1. S'appuyant sur l'examen clinique psychiatrique lors de l'expertise actuelle de 03.2022, lequel semble globalement toujours peu inquiétant, à mon avis, il n'y a aucune aggravation clinique significative, franche et notable du trouble dépressif depuis l'expertise de 10.2019, où l'expert a retenu une symptomatologie dépressive seulement d'intensité « légère » depuis toujours (hormis en 02-07.2018 suite à la séparation), malgré que l'expertise actuelle de 03.2022 parle d'un[e] problématique dépressif d'intensité actuellement « moyenne » avec évolution stationnaire depuis 2013 jusqu'à ce jour (hormis

une aggravation temporaire au moment du départ du mari en 2018), lequel aurait « un impact cependant sévère sur l'aptitude de l'assurée à mener à bien sa vie quotidienne » selon l'expert de 03.2022. A noter, que le déroulement de la journée type, décrit dans l'expertise de 03.2022, est certes pauvre en activités (comme d'ailleurs déjà en 10.2019), mais que l'assurée quitte à l'heure quand même souvent son logement durant les matinées pour se rendre chez son fils (dont l'appartement se trouve à 5 min à pied), fait de[s] courses pour elle-même, accompagnée par son fils, se rend aussi parfois seule dans un magasin, regarde la télé, lit un peu sur son smartphone les journaux serbes, téléphone [à] ses proches, écrit des sms, enlève la poussière sur les meubles et assure son hygiène personnelle elle-même. La notion que la plupart de[s] tâches ménagères (courses, aspirateur, lessive, préparation des repas) et la totalité des gestes de la vie quotidienne sont assurées par ses enfants majeurs n'est pas une nouvelle notion, mais a été déjà connue lors de l'expertise de 10.2019. A noter que l'assurée semble avoir un très bon soutien familial, à interpréter comme ressource personnelle, à mon avis. Par ailleurs, un trouble dépressif de qualité sévère (comme évoqué par l'expertise de 2014 et par plusieurs psychiatres traitants depuis 2016) et un trouble anxieux (comme admis auparavant par le psychiatre traitant) ont été clairement écartés par l'expertise de 03.2022.

2. La présence d'un trouble somatoforme, déjà retenu lors de l'expertise de 10.2019, a été seulement confirmé par l'expertise actuelle de 03.2022, sans signe de péjoration.
3. Le diagnostic de retard mental léger (chez une assurée par ailleurs adéquate émotionnellement et relationnellement), retenu par l'expertise actuelle de 03.2022, est certes un nouveau diagnostic, n'ayant pas été identifié dans les expertises précédentes. A noter, que sur le plan neuropsychologique-clinique, il n'y a à l'heure aucun ralentissement psychomoteur et aucun trouble neurocognitif significatif associé (comme d'ailleurs déjà lors de l'expertise de 10.2019). Une altération des fonctions cognitives chez une assurée décrite comme collaborante et capable de participer activement aux entretiens sans perdre le fil pendant la durée des séances, est évaluée comme modeste par l'expert de 03.2022. L'expert-psychiatre de 03.2022 précise dans ce contexte, que « quand la personne vit dans un contexte socio-culturel requérant peu de performances scolaires, comme cela a été le cas pour l'assurée, le retard mental léger ne constitue pas toujours un problème en soi, en particulier lorsqu'il ne s'accompagne pas d'une immaturité émotionnelle ou sociale importante, complications que ne présentait pas l'assurée. Sans formation professionnelle, l'assurée a travaillé comme femme de ménage pendant près de 30 ans, activité qui demande peu de performances scolaires et qui est généralement bien codifiée et cadrée dans les établissements hôteliers ou sanitaires. A noter que l'assurée a donné toujours parfaitement satisfaction dans ses différents postes de son AH [activité habituelle] ». Selon l'expert de 03.2022, le diagnostic de retard mental léger permet également de rendre compte de l'évolution favorable extrêmement lente sur le plan thymique malgré l'ajustement des traitements psychiatriques, car une personne avec un retard

mental présente des compétences adaptatives limitées, selon l'expert de 03.2022.

Je m'étonne de cet avis de l'expert-psychiatre de 03.2022 concernant une CTAH/AA nulle depuis 12.2013, car le tableau clinique psychiatrique, soit sur le plan dépressif, soit sur le plan cognitif, n'a pas changé de manière significative (malgré un nouveau diagnostic de retard mental léger) et est resté sans aggravation majeure depuis l'expertise psychiatrique de 10.2019. Le retard mental léger (à noter en absence d'immaturité émotionnelle ou sociale importante) est certes un nouveau diagnostic, existant, s'il existe véritablement, déjà depuis l'enfance, n'ayant apparemment pas empêché l'assurée, malgré le manque de scolarisation approfondie et de l'absence de formation professionnelle qui s'ajoute, de travailler près de 30 ans dans son AH (femme de chambre / de ménage = activité intellectuellement simple) sans difficultés majeures jusqu'en 12.2012, dont à 100% au moins entre 2009 et 12.2012, date où elle a arrêté de travailler pour raisons somatiques. Même l'expert-psychiatre de 03.2022 dit que « quand la personne vit dans un contexte socio-culturel requérant peu de performances scolaires, comme cela a été le cas pour l'assurée, le retard mental léger ne constitue pas toujours un problème en soi, en particulier lorsqu'il ne s'accompagne pas d'une immaturité émotionnelle ou sociale importante, complications que ne présentait pas l'assurée ». Les LF rapportées par l'expert-psychiatre en 03.2022, à noter exclusivement en lien avec le retard mental léger (« limitation de compétences adaptatives / perte de ressources mentales ») me semblent, dans le contexte global, peu étayées, peu crédibles, peu convaincantes et pas suffisamment incapacitantes non plus. Malgré le nouveau diagnostic de retard mental léger (présent depuis l'enfance), à mon avis, la nouvelle expertise psychiatrique du 08.03.2022 ne fournit aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif, qui justifierait objectivement une péjoration clinique notable de l'état de santé psychique de l'assurée depuis la date de l'expertise précédente du 10.2019, et qui permettrait de remettre en cause les conclusions de cette expertise psychiatrique probante du 10.2019. Tout porte à croire qu'il s'agit d'une appréciation différente d'un même état de faits (expertise psychiatrique 10.2019 versus expertise psychiatrique de 03.2022).

Donc, à mon avis, l'état de santé psychique reste inchangé depuis notre avis SMR du 12.11.2019 (GED 12.11.2019) respectivement depuis notre décision AI du 16.09.2020. Donc, la CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] reste nulle depuis 05.2013 (pour raisons rhumatologiques), la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] reste entière depuis 05.2013 respectant les LF d'ordre rhumatologique. Toujours absence d'atteinte psychiatrique durablement incapacitante et absence de LF objectives d'ordre psychique."

D. Par décision du 23 octobre 2020, H._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 octobre 2020. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute

franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Cvjetislav Todic lui a été désigné.

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 entière de l'assurance-invalidité dès le 14 mai 2013, sans limite dans le temps.

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 16 septembre 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.

c) 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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein

desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

d) 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).

e) 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).

f) En principe, le juge ne s'écarte par sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

4. a) En l'espèce, il convient d'examiner si, par sa décision du 16 septembre 2020, l'OAI était fondé à refuser le versement d'une rente d'invalidité, au motif que la recourante bénéficiait d'une capacité de travail entière depuis le mois de mai 2013 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique (« le port de charges de plus de 10kg, le travail en flexion du rachis, les mouvements en rotation du tronc, le travail en porte[-]à[-]faux »), avec la précision que sa capacité de travail était entière sur le plan psychiatrique, hormis pendant la période du 1^{er} février 2018 au 31 juillet 2018 où la capacité était nulle (ce qui n'avait toutefois pas d'incidence sur un éventuel droit à la rente). Cette analyse se fondait notamment sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie) confiée par l'administration au V._____, dont le rapport a été rendu le 22 octobre 2019.

La recourante conteste pour sa part être en mesure de retravailler compte tenu de son état de santé déficient, et avoir droit à une

rente entière d'invalidité depuis mai 2013. Elle s'en remet à cet effet au rapport d'expertise psychiatrique judiciaire du 8 mars 2022 de la Dre K._____ retenant les diagnostics de retard mental léger, d'un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, ainsi que d'autre trouble somatoforme, totalement incapacitants depuis le 20 décembre 2013.

De son côté, l'intimé conteste le caractère probant du rapport d'expertise judiciaire, en lui opposant un avis SMR du 30 mars 2022 de la Dre N._____, plaidant l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant.

b) Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, la recourante a été examinée à trois reprises par la Dre K._____, assistée de la Dre X._____, toutes deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, qui, sur la base également des résultats de l'évaluation cognitive effectuée par C._____, a posé les diagnostics de retard mental léger (F70), d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10) et d'autre trouble somatoforme (F45.8). Dans son appréciation globale de la situation, l'experte judiciaire a notamment émis les considérations suivantes (rapport d'expertise psychiatrique du 8 mars 2022, p. 24 s.) :

"Discussion

Au terme de l'investigation, nous pouvons retenir les diagnostics de retard mental léger, épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et autre trouble somatoforme.

Selon la CIM-10, le diagnostic de retard mental est un développement mental incomplet caractérisé par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence. Le diagnostic repose sur la présence d'un fonctionnement intellectuel réduit à l'origine d'une diminution des capacités d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social. Chez ces personnes, les facultés de compréhension et d'adaptation sont généralement réduites, mais ceci n'est parfois pas évident lorsqu'elles vivent dans un environnement protégé où elles peuvent être assistées. Les personnes présentant un retard mental ont un risque plus élevé que dans la population générale, de développer un autre trouble mental. La présence d'un autre trouble mental ou physique a une influence majeure sur le tableau clinique et sur l'usage que la personne peut faire de ses facultés. Le choix de la catégorie appropriée de retard mental repose sur une évaluation globale des aptitudes et non pas sur celle d'une déficience ou d'une

faculté spécifique. Le Q.I. doit être évalué à l'aide de tests d'intelligence standardisés adaptés au niveau de fonctionnement de l'individu et à certains déficits spécifiques.

L'évaluation cognitive réalisée chez Mme H._____ a été effectuée au moyen des Matrices de Raven 2^{ème} édition, un test qui évite l'usage d'indices fortement corrélés au niveau d'apprentissage scolaire au profit d'une évaluation de l'intelligence générale, c'est-à-dire le raisonnement abstrait qui aide à résoudre les problèmes du quotidien. Ce test se fonde sur la capacité de déduction, de comparaison, de représentation mentale et de raisonnement logique ; il permet de mesurer la capacité à s'adapter à des situations nouvelles et représente l'aptitude à donner du sens à un ensemble d'éléments, à percevoir et à penser clairement. Le résultat est un chiffre qui s'inscrit sur l'échelle de QI au même titre que celui qu'aurait donné une autre échelle de mesure, plus classique, comme l'échelle d'intelligence de Wechsler par exemple.

Mme H._____ obtient un score de 48 à l'évaluation cognitive, ce qui, sur un plan catégoriel, la situe au niveau du retard mental moyen dans la CIM-10 (QI de 35 à 49), soit un retard mental avéré dans lequel les performances d'apprentissage en général sont altérées de manière significative. Le groupe des personnes souffrant d'un retard mental moyen est hétérogène et certains sujets ont des performances plus élevées dans certains domaines, mais de manière générale, la maîtrise du langage permet tout au plus des conversations simples et les progrès scolaires sont limités, permettant au mieux d'acquérir des rudiments de lecture, d'écriture et de calcul. Ces personnes sont cependant le plus souvent capables, à l'âge adulte, d'exercer des tâches pratiques simples, soigneusement structurées et supervisées.

Bien que le résultat soit formellement celui d'un retard mental moyen, nous retenons néanmoins un diagnostic de retard mental léger qui, dans la CIM-10, regroupe les personnes avec un QI de 50 à 69. En effet, nous optons pour pondérer la valeur obtenue qui se situe juste en-dessous de la limite entre retard mental léger et moyen, par la présence d'une symptomatologie dépressive qui altère en général la capacité d'investissement dans un exercice, ainsi que l'attention et la concentration. Néanmoins, cette altération chez une patiente décrite comme collaborante et capable de participer activement aux entretiens sans perdre le fil pendant la durée des séances, est évaluée comme modeste. Elle ne serait en tout cas pas au point d'abaisser une intelligence dans la norme au niveau du retard mental moyen. Par ailleurs, des symptômes dépressifs même sévères n'altéreraient pas la compréhension des ponctuations de base, comme un point d'interrogation, (signe identique en écriture cyrillique et en écriture latine), ou la capacité d'assurer des calculs simples dont le total serait supérieur à 10 et ce, dans les quatre modalités classiques que sont les additions, soustractions, multiplications et divisions ; tout au plus, le temps pour obtenir le résultat ou le nombre de calculs successifs réalisables pourraient être sensiblement altérés. A noter encore que si un test d'intelligence plus classique, comme l'échelle de Wechsler, avait été utilisé dans la situation de Mme H._____, ses performances auraient été encore plus basses en raison de son

faible niveau de scolarisation et de sa maîtrise très limitée de la lecture et de l'écriture.

Même si le groupe des personnes présentant un tel diagnostic est aussi hétérogène, le retard mental léger permet le plus souvent aux personnes d'avoir une maîtrise suffisante du langage pour converser avec autrui ou participer à un entretien clinique, d'acquérir une autonomie complète pour les activités de base de la vie quotidienne et les tâches pratiques et domestiques, mais rend plus difficile l'accès à l'autonomie dans les activités instrumentales plus complexes de la vie quotidienne.

Quand la personne vit dans un contexte socio-culturel requérant peu de performances scolaires, comme cela a été le cas pour Mme H._____, le retard mental léger ne constitue pas toujours un problème en soi, en particulier lorsqu'il ne s'accompagne pas d'une immaturité émotionnelle ou sociale importante, complications que ne présentait pas Mme H._____. Sans formation professionnelle, l'expertisée a travaillé comme femme de ménage pendant près de trente ans, activité qui demande peu de performances scolaires et qui est généralement bien codifiée et cadrée dans les établissements hôteliers ou sanitaires. Elle a pu accomplir un travail qu'elle appréciait et qui structurait son organisation de la journée et une large part de son activité relationnelle. Ses qualités professionnelles sont rappelées dans l'expertise de janvier 2015 qui cite les différents certificats de travail établis depuis 1981, lesquels font mention d'une personne qui a toujours donné satisfaction dans les tâches qui lui étaient attribuées et par son comportement. On peut également lire dans cette même expertise, qu'avant l'atteinte à sa santé, Mme H._____ exprimait avoir du plaisir à son travail, « qu'elle savait exactement ce qu'elle devait faire et y prenait du plaisir ». Après le travail elle faisait encore les commissions et toutes les tâches ménagères, « activités qui lui faisaient du bien et lui permettaient de se sentir utile ». Le certificat de travail intermédiaire établi le 12 août 2013 par la gérante de la Clinique [...] où travaillait l'expertisée depuis plus de huit ans, mentionne que l'expertisée est « une personne de confiance, soigneuse et au bénéfice d'un bon tempérament » ; est soulignée la bonne qualité des relations que Mme H._____ entretenait avec chacun. Alors qu'elle a donné visiblement parfaitement satisfaction dans ses différents postes de travail et semblait à l'aise dans son activité professionnelle de manière générale, il est dès lors interpellant d'entendre l'expertisée évoquer comme une période stressante un changement dans l'organisation du travail de ménage survenu en 2011. Ce changement somme toute assez modeste en soi, a visiblement demandé suffisamment d'efforts d'adaptation à Mme H._____ pour qu'elle s'en souvienne encore aujourd'hui. A la lumière du diagnostic de retard mental léger, on peut imaginer que ce changement d'organisation a fait perdre momentanément ses repères à l'expertisée, générant un sentiment de stress, mais que la pose d'un cadre qui lui demande juste d'appeler la gérante à la moindre remarque des bénéficiaires, lui a permis de retrouver ensuite son calme. Cet épisode témoigne de la dimension purement exécutante du travail de l'expertisée et de la fragilité de ses capacités adaptatives, mais que celles-ci pouvaient se déployer dans un environnement clair et cadrant.

On peut aussi constater que bien qu'elle disait décider de manière autonome de beaucoup de choses de son quotidien avant 2013, ces décisions concernaient en fait des activités simples ; dès que l'activité devenait plus complexe, Mme H._____ s'appuyait beaucoup sur son environnement ; par exemple sur sa tante lorsqu'elle a quitté la [...] une première fois, sur son mari par la suite pour tout ce qui concernait notamment l'administratif et les factures au sens large, même si c'est ensuite elle qui allait effectuer les paiements à la poste. Elle n'a non plus jamais eu de loisirs particuliers hormis aller marcher au bord du lac, près de chez elle, ou discuter avec des collègues ou des compatriotes ; elle n'est pas parvenue à apprendre l'utilisation d'internet pour quoi que ce soit et n'a non plus jamais voyagé seule, hormis dans le bus dédié au transport de compatriotes vers la [...], moyen de transport qui se prend de la même manière qu'un bus usuel en ville. Elle n'a pas élevé elle-même ses enfants pour des raisons culturelles avant tout, mais même lorsque ceux-ci sont venus rejoindre leurs parents, elle n'a jamais pu aider le cadet pour ses devoirs scolaires ou pour toute autre démarche. Elle n'a par ailleurs pas non plus acquis le niveau de français qu'on aurait pu imaginer pour une personne présente depuis plus de 30 ans en Suisse romande et aujourd'hui, ce sont ses enfants qui assument l'entier des tâches complexes qui la concernent.

Tous ces éléments sont valablement expliqués par l'existence d'un retard mental léger chez une personne par ailleurs adéquate émotionnellement et relationnellement.

Ce diagnostic permet de faire le lien et de mettre en cohérence toutes les observations relevées par les différents experts au fil des ans. Il donne du sens au discours peu informatif et à l'imprécision des réponses données par l'expertisée, à la discordance entre la souffrance exprimée et ce que les experts observaient, attitude peu compréhensible pour ces derniers, mais jamais considérée comme une opposition caractérielle ou une problématique relationnelle. Le diagnostic de retard mental permet également de rendre compte de l'évolution favorable extrêmement lente sur le plan thymique malgré l'ajustement des traitements psychiatriques, ce qui amenait les experts à se référer à une probabilité théorique d'amélioration cliniquement finalement pas compatible avec la réalité psychique de Mme H._____. Ainsi, tous les experts avaient pressenti quelque chose, mais sans aller cependant au bout de l'investigation dans ce domaine.

Il en est de même des différentes thérapeutes qui, au fil des ans, relevaient aussi la discordance entre les plaintes de l'expertisée face à la persistance d'un éprouvé douloureux et les examens cliniques et paracliniques qui ne parvenaient pas à objectiver une problématique organique qui puisse rendre compte de l'intensité du vécu douloureux signalé et donc chaque médecin semblait par ailleurs reconnaître l'authenticité. On peut également recontextualiser les remarques des spécialistes qui soulignent à plusieurs reprises la pauvreté des informations transmises par Mme H._____ et la nécessité qu'elle aurait « à se prendre en main ».

Aujourd'hui encore, son psychiatre traitant souligne l'évolution clinique très lente de sa patiente alors que les traitements psychotropes ont été à plusieurs reprises ajustés, que la compliance à la prise médicamenteuse a été confirmée au fil des ans et que Mme H._____ se montre participative à ses soins. Il observe qu'elle n'arrive cependant pas à se concentrer sur la moindre activité. L'infirmier à domicile impliqué depuis quelques mois constate que Mme H._____ est une personne organisée qui se souvient bien des rendez-vous, n'en manque aucun, mais qui, dès qu'il s'agit de réfléchir, n'arrive plus. La psychologue qui voit Mme H._____ une fois par semaine depuis septembre 2021, relève, comme la psychologue qui l'a précédée l'a indiqué dans le dossier, que sa patiente vient très régulièrement aux rendez-vous, mais qu'elle ne peut établir aucune introspection ni bénéficier des outils cognitivo-comportementaux engagés dans la thérapie ; elle pense néanmoins utile de poursuivre le suivi par le fait que cela amène Mme H._____ à devoir sortir de chez elle. Ces constats rejoignent ceux déjà effectués en 2014 par Mme [...], psychologue, et sont le mieux expliqués par l'existence d'un retard mental.

Le retard mental implique une vulnérabilité accrue aux troubles mentaux, à la dépression et aux troubles anxieux en particulier. La symptomatologie dépressive comme la symptomatologie anxieuse, altèrent le fonctionnement cognitif tant dans l'efficacité du traitement des informations que dans leur sélection et leur construction. Mme H._____ a présenté une complication somatique quelques jours après l'intervention subie pour ses varices en décembre 2012, puis s'est retrouvée de manière prolongée en arrêt maladie avec des douleurs persistantes et diffuses qui ne lui ont plus permis, pendant quelques mois, de maintenir l'activité professionnelle ou ménagère habituelle, perdant ainsi l'organisation de ses journées et les contacts sociaux qu'elle appréciait. N'ayant pas les moyens psychiques de comprendre l'atteinte à sa santé, ni la capacité de relativiser ses douleurs Mme H._____ n'a pas pu mettre en place de stratégie pour atténuer la souffrance éprouvée ; elle n'a pas pu non plus comprendre pourquoi aucun des traitements proposés ou des infiltrations réalisées ne la soulageaient complètement et définitivement. Elle a rapidement développé des troubles du sommeil et une agitation anxieuse puis un syndrome dépressif, tableau général dont elle ne pouvait attribuer la cause, dans sa compréhension limitée, qu'à son éprouvé douloureux, mais qui venait encore altérer ses faibles ressources adaptatives et aggraver sa situation. L'épisode dépressif a été ensuite aggravé par le départ de son mari, fin 2017, principal étayage de l'expertisée depuis la survenue de ses douleurs.

Ainsi, le deuxième diagnostic retenu est celui d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, épisode apparu progressivement dans les mois qui ont suivi l'intervention de décembre 2012 et persistent depuis lors. L'existence d'une altération thymique est signalée par tous les experts au fil des ans, comme par les médecins et psychiatres traitants, mais l'appréciation de l'intensité de celle-ci varie en fonction des examinateurs. Cette situation est compatible avec l'existence du retard mental qui rend plus difficile à appréhender la nature et l'ampleur des symptômes exprimés en raison des difficultés de représentation et de communication inhérentes au déficit d'intelligence. Ainsi, un examen clinique réalisé

sans avoir notion de la présence d'un retard mental ou ne considérant pas l'hypothèse que l'intéressée pourrait présenter une telle problématique, peut largement sous-estimer la nature et l'ampleur des symptômes psychiques éprouvés et observés. Par exemple, les ruminations impliquent une capacité réflexive que n'aura pas forcément une personne atteinte d'un retard mental, mais l'absence ou la pauvreté des ruminations exprimées ne signifiera pas pour autant que l'épisode dépressif sera plus léger.

Selon la CIM-10, la distinction entre les trois degrés d'une dépression, léger, moyen ou sévère, repose sur le nombre, la nature et la sévérité des symptômes dépressifs. Comme l'altération des activités sociales et professionnelles dépend également de facteurs individuels, sociaux et culturels, on ne peut pas établir une relation directe entre le degré d'altération du fonctionnement social et le degré de sévérité de la dépression, et ce critère n'est donc pas inclus parmi les critères de la sévérité. La CIM-10 spécifie quand même qu'un épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères et que lors d'un épisode dépressif sévère, le sujet est incapable de poursuivre ces mêmes activités. Comme la présence d'un retard mental rend difficile d'obtenir des informations précises de la part du sujet, la CIM-10 recommande de tenir compte avant tout de la présence de symptômes physiques, notamment le ralentissement psychomoteur, la perte d'appétit et la perturbation du sommeil.

De l'examen clinique de Mme H. _____, on peut retenir sur le plan thymique que l'expertisée présente les trois symptômes typiques d'un état dépressif, soit une tristesse, une diminution de l'intérêt et du plaisir et une perte d'énergie avec pour corollaire une fatigabilité accrue et une diminution de l'activité. A cela s'ajoute quatre autres symptômes dépressifs que sont la dévalorisation, la perte d'espoir en l'avenir, des idées suicidaires et une perturbation du sommeil. On ne peut retenir que trois signes des quatre nécessaires pour retenir la dimension d'un syndrome somatique ajouté à la dépression : la perte d'intérêt et de plaisir, le réveil matinal précoce et l'altération de la libido, ce qui implique que cette dimension n'est pas retenue. Ainsi, le nombre et la nature des symptômes relevés sont compatibles avec un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. L'intensité des symptômes dépressifs est plus difficile à apprécier pour les raisons mentionnées aux paragraphes précédents et si, comme proposé, il faut avant tout tenir compte des symptômes physiques pour qualifier la sévérité de l'atteinte, alors seul le trouble du sommeil est avéré ; sur le plan psychomoteur, on retrouve plus une légère agitation qu'un ralentissement, et les troubles de l'appétit sont tout au plus modérés, sous la forme d'un grignotage vespéral actuellement et il n'est fait nulle part mention de troubles majeurs de l'appétit par le passé, dans les informations obtenues.

Avant l'altération thymique, Mme H. _____ pouvait mener à bien l'ensemble de ses activités professionnelles, ménagères et sociales, mais depuis décembre 2013, elle n'est plus arrivée à retourner effectuer un travail qu'elle appréciait, même à temps partiel ; elle n'a plus pu, non plus, effectuer les tâches ménagères qu'elle réalisait avant à domicile et son mari et sa fille ont dû prendre le

relais dans tous les domaines. Mme H. _____ a vécu cela comme une douloureuse inversion des rôles qui a accentué son sentiment de dévalorisation, sans qu'elle ne parvienne cependant à infléchir l'évolution anxiodépressive de son état. Lorsque son mari a décidé de la quitter, Mme H. _____ a été entièrement prise en charge par ses enfants qui assument depuis lors l'essentiel des tâches de soutien à la vie quotidienne pour leur mère. Il y a ainsi une vraie discordance entre l'expression symptomatique de l'épisode dépressif présenté par l'expertisée et la sévérité de l'effondrement général des aptitudes de Mme H. _____ à assumer son quotidien, aspect qui peut directement être mis en lien avec le retard mental qu'elle présente ; la dépression, par l'atteinte cognitive fonctionnelle même modérée qu'elle implique, contribue à empêcher l'accès aux faibles ressources adaptatives psychiques de l'expertisée et majore son incompréhension face à son état.

Ainsi, on peut retenir un diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique dont l'impact est cependant sévère sur l'aptitude de l'expertisée à mener à bien sa vie quotidienne.

La notion de trouble dépressif récurrent apparaît pour la première fois en mars 2017, dans un rapport établi par le Dr Z. _____, psychiatre de l'expertisée à l'époque, mais sans explication sur le fondement de ce diagnostic. N'ayant pour notre part, pas retrouvé, sur un plan anamnestique ou dans l'étude des éléments à notre disposition, de description d'au moins un épisode dépressif antérieur clairement avéré, et l'expertisée n'ayant, à notre connaissance, jamais présenté, depuis le début de son atteinte à la santé, de période asymptomatique sur le plan thymique, nous ne retenons pas la notion de trouble dépressif récurrent mentionné par nos collègues dans le cadre de l'expertise de 2019, tout en précisant que cette différence diagnostique ne change pas les conclusions de l'expertise quant à la capacité de travail de Mme H. _____.

Même si l'épisode dépressif est moyen, il résiste visiblement aux différents traitements psychotropes dont l'expertisée a bénéficié au cours des ans et pour lesquels elle se disait compliant. Cette compliance est plausible, même si elle a forcément pu être fluctuante au fil du temps et en regard de l'importante médication générale qu'a Mme H. _____. Le dosage sanguin successif de la venlafaxine réalisé en juin et novembre 2018 et dont le résultat est revenu à chaque fois dans l'intervalle thérapeutique démontre cette compliance sur une durée suffisante malgré l'absence d'amélioration clinique concomitante à l'époque. Nous n'avons pas estimé nécessaire de réitérer les contrôles de monitoring pharmacologique chez cette patiente désireuse de se soigner et toujours décrite comme compliant, et qui est aujourd'hui accompagnée par un infirmier en santé mentale dont une des fonctions est le soutien à la prise du traitement médicamenteux. L'épisode dépressif n'évolue également que très peu dans le cadre des traitements psychothérapeutiques dont elle bénéficie, inertie évolutive qui peut également être mise en lien avec le retard mental qui rend difficilement accessible le travail d'élaboration ou l'utilisation des outils cognitifs proposés. Néanmoins, il faut considérer que même si Mme H. _____ allait mieux sur le plan dépressif, cela ne changerait pas le pronostic en termes de reprise de travail, car cet état dépressif est à voir comme la conséquence

de la perte de ses compétences adaptatives et des ressources psychiques de l'expertisée et non comme la cause de celle-ci.

Bien que Mme H. _____ exprime beaucoup d'inquiétudes à propos de ses douleurs et de son avenir, celles-ci ne se manifestent pas avec suffisamment de symptômes objectivables pour retenir un diagnostic séparé de trouble anxieux. Les craintes exprimées par l'expertisée sont suffisamment explicables par la présence d'un retard mental et des difficultés de compréhension que celui-ci implique quant à son état et à sa situation.

Le troisième diagnostic retenu est celui d'un autre trouble somatoforme. Ce diagnostic diffère légèrement de celui retenu dans l'expertise de 2019, un syndrome douloureux somatoforme persistant, et plus nettement de celui retenu en 2018, un trouble somatoforme indifférencié. L'expertise de 2015 ne mentionnait quant à elle, pas d'autre diagnostic psychiatrique que l'épisode dépressif sévère, ayant écarté celui de trouble somatoforme.

Tous les experts s'accordent pour relever l'existence de douleurs somatiques authentiquement éprouvées sans que les moyens actuels dont dispose la médecine ne permettent de mettre en évidence une lésion objectivable suffisante à l'origine du ressenti de Mme H. _____.

Cette situation entre dans la catégorie générique des troubles somatoformes, mais ne correspond néanmoins pas, à nos yeux, à un trouble somatoforme indifférencié, car il n'est pas retrouvé, dans les plaintes de l'expertisée, la multiplicité et la variabilité dans le temps des douleurs persistantes. Mme H. _____ a certes éprouvé une diffusion progressive de ses douleurs du membre inférieur droit vers les pieds, les hanches, le dos et l'épaule gauche, mais sans variation de l'intensité de celles-ci dans le temps, ni vers une multiplicité de douleurs différentes ou d'atteintes de différents organes au fil du temps ; même après plus de 7 ans, il s'agit toujours des mêmes plaintes limitées au système ostéoarticulaire. En outre, un trouble somatoforme indifférencié n'entraîne le plus souvent pas d'altération du comportement social, interpersonnel et familial, alors que celui de Mme H. _____ est profondément perturbé depuis 2013.

Même s'il s'en approche plus, le trouble présenté par l'expertisée ne correspond pas non plus complètement, selon nous, à un syndrome douloureux somatoforme persistant. En effet, si on retrouve bien, comme décrit dans la CIM-10, « une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique », cette douleur n'est apparue « dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble ». En particulier, les conflits avec le mari cités dans l'expertise de 2019 n'ont pas été retrouvés à la période de l'apparition du trouble, en 2013, ni avant cette période, et Mme H. _____ exprime n'avoir appris le départ de son mari qu'au moment où celui-ci le lui a annoncé, deux mois avant de partir. Le couple n'avait par ailleurs pas, semble-t-il, de problèmes psychosociaux particuliers à l'époque de l'intervention chirurgicale

et l'année suivante, du moins dans ce qu'a pu en dire Mme H._____ lors des entretiens. Il ne ressort pas non plus d'éléments dans ce sens dans l'une ou l'autres des expertises réalisées ou dans les différents rapports médicaux.

On peut bien sûr s'interroger si le décès de son père, survenu deux semaines après la cure de varices, a pu susciter un état de détresse émotionnelle, ce qui semblerait une hypothèse plausible en théorie, mais qui ne transparait pas dans les propos tenus par l'expertisée, ni véritablement dans les faits, puisque cet homme était gravement atteint dans sa santé depuis déjà cinq ans et fréquemment hospitalisé pour des interventions chirurgicales multiples à une période où Mme H._____ était mariée de longue date et pouvait s'appuyer sur son mari. De plus, Mme H._____ semble authentiquement avoir compris que son père était à risque de décéder depuis son accident de 2007 et exprimait avec une certaine sérénité qu'elle avait pu être à ses côtés lorsqu'il était décédé. On peut cependant bien imaginer que la tristesse liée au deuil, par elle-même, soit venue compliquer le tableau clinique algique et pourrait avoir favorisé aussi l'émergence du stress et de l'anxiété, les personnes présentant un retard mental ayant une difficulté majeure à traduire leurs affects en mots, ce qui peut contribuer à l'accentuation d'un état de tension.

Les experts retiennent donc un autre trouble somatoforme, diagnostic qui confirme la présence de plaintes concernant des douleurs persistantes, intenses, à l'origine d'un sentiment de détresse et pour laquelle, à ce jour, aucune étiologie organique congruente n'a pu être mise en évidence.

On peut formuler l'hypothèse que progressivement, les difficultés rencontrées et les affects dépressifs se sont cristallisés sur les douleurs somatiques en raison du retard mental qui ne permet pas à l'expertisée d'élaborer son vécu émotionnel, comme si de résumer toutes ses souffrances psychiques et l'abandon de son mari à ses douleurs physiques lui rendait compréhensible son mal être et avait valeur d'apaisement.

Enfin, et bien que cela ne soit pas du registre de l'expertise psychiatrique au sens strict, nous tenons à mentionner la présence d'une posture en flexion des bras et des mains, avec un tremblement associé et une marche à petits pas qui évoquent un syndrome akinéto-rigide dans le cadre de la suspicion d'un syndrome parkinsonien déjà mentionné en 2014, ou une dyskinésie tardive. Un bilan neurologique est envisagé par le psychiatre traitant et si ce bilan ne retenait aucune piste organique à l'origine de cette symptomatologie, on pourrait évoquer l'éventualité d'un trouble dissociatif, diagnostic qui resterait cependant très difficile à mettre en évidence dans un contexte de retard mental. Et s'il fallait envisager finalement un possible trouble dissociatif, ce nouveau diagnostic ne changerait pas les conclusions de la présente expertise quant à la capacité de travail.

A la lumière de ce qui précède, on peut mieux comprendre l'évolution gravement déficitaire de Mme H._____. En effet, on sait qu'une personne avec un retard mental présente des compétences adaptatives limitées. Or, toute atteinte à la santé nécessite un

travail mental de restructuration face à l'existence et le développement de stratégies pour atténuer l'impact de l'atteinte subie sur sa représentation de soi et sur ses investissements. Ce travail psychique nécessite d'importantes capacités de symbolisation et ne peut être réalisé lorsque ces compétences manquent. Chez les personnes avec un retard mental, on observe que déjà, une diminution normale des performances liée à l'âge, ou une sensation de malaise physique, ou une fatigabilité accrue peuvent suffire à déstabiliser un équilibre fragile en dépassant les capacités de gestion de la personne. Des changements minimes peuvent être perçus comme catastrophiques, incompréhensibles et extrêmement stressants, ce qui peut amener à des états de désorganisation et à des situations de crise. On peut considérer que c'est ce qui s'est passé pour Mme H._____ : la présence d'une complication douloureuse sous la forme de la thrombose veineuse profonde qui est survenue durant la première semaine post-opératoire a certainement été vécue comme stressante et incompréhensible. La persistance de douleurs à la moindre reprise d'une activité familière dans les semaines qui ont suivi a accentué son stress et son incompréhension face à un état douloureux dont on ne pouvait la soulager rapidement. Alors qu'elle montrait un certain bénéfice au traitement balnéaire, par exemple, ce bénéfice disparaissait aussitôt qu'elle éprouvait la moindre sensation douloureuse à la reprise d'une activité de ménage à la maison, et Mme H._____ était alors envahie par l'anxiété et l'incompréhension croissantes. On peut voir que durant l'année 2013, l'expertisée a vraiment essayé de passer outre son stress et son incompréhension, parvenant à reprendre son travail pendant quelques mois à 50%, mais les capacités de gestion de son inconfort algique ont été débordées ; angoissée par son éprouvé physique, Mme H._____ a progressivement développé une baisse de l'humeur, ce qui lui a fermé l'accès à ses très faibles ressources psychiques, la fixant dans un vécu de catastrophe par rapport à son état et impliquant une incapacité complète de travail depuis décembre 2013.

Il est certain que le départ de son mari a aggravé l'atteinte thymique de Mme H._____ qui, sans présenter une personnalité dépendante, a toujours nécessité de s'étayer fortement sur son entourage pour s'inscrire dans les activités de la vie quotidienne. Elle exprime très clairement le fait de s'être sentie abandonnée et perdue, « comme un aveugle au milieu de la rue » et son atteinte thymique de cette époque a été reconnue dans l'expertise de 2019.

L'existence d'un retard mental rend aussi mieux compte de l'absence d'évolution clinique favorable malgré la bonne volonté et l'assiduité de l'expertisée aux traitements proposés. Il n'y a d'une part aucun traitement possible du retard mental en soi, mais de plus, les traitements psychothérapeutiques usuels s'appuient essentiellement sur les compétences verbales et réflexives des patients, compétences qui sont précisément celles qui manquent à Mme H._____. Et sans la dimension psychothérapeutique, il est difficile d'espérer que la médication puisse à elle seule suffire pour apaiser la symptomatologie, Mme H._____ ne pouvant pas, là non plus, en raison de son retard mental, investir psychiquement son traitement psychotrope en arrivant à contenir ou compenser mentalement l'absence d'effet rapide ou complet espéré.

Enfin, la présence d'un retard mental non reconnu jusque-là, donne sens aux convergences partielles entre les différents intervenants et entre les experts. Les experts somaticiens s'accordent pour relever des discordances dans les propos tenus par l'expertisée quant à la description de son éprouvé en regard des éléments objectifs en leur possession, et les experts psychiatres relèvent systématiquement la pauvreté des informations fournies par Mme H._____. Mais tous conviennent de l'authenticité du vécu de Mme H._____, aucun expert ne retenant une possible simulation. Les incompréhensions perçues peuvent systématiquement être mises en lien avec l'existence d'une difficulté à mentaliser et à communiquer inhérente à la présence d'un retard mental et les compétences relationnelles et émotionnelles de Mme H._____ ont sans doute contribué à la non-reconnaissance de son retard mental par les différents experts psychiatres. Cette non-reconnaissance a amené les experts de 2015 à considérer que l'expertisée allait pouvoir évoluer rapidement favorablement dès l'instant où son épisode dépressif serait traité de manière suffisante par un psychotrope bien dosé, mais cette recommandation ne tenait pas compte de la déficience intellectuelle de Mme H._____, alors non identifiée. Concernant l'expertise de 2018, on ne peut qu'être surpris que l'expert genevois ne donne pas suite aux nombreuses remarques qu'il fait dans son rapport, sur l'absence de précisions fournies par Mme H._____. Il aurait été souhaitable qu'il mène plus avant son raisonnement pour comprendre pourquoi « les réponses sont peu concrètes avec aucune élaboration possible » ou lorsqu'il mentionne son étonnement face à sa faible maîtrise du français après autant d'années passées en Suisse romande, tout en n'assimilant pas cette situation à un refus de collaboration. Il aurait également été intéressant de connaître les éléments objectifs qui ont amené l'expert de 2019 à mentionner qu'aucune évaluation du QI n'avait été faite, affirmant que l'expertisée « ne présentait pas de problème à ce niveau-là ». [...]"

c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de l'expertise de la Dre K._____, dont le rapport du 8 mars 2022 remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3 supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse particulièrement approfondie du cas, en ce qu'il comporte une anamnèse complète, fait état des plaintes exprimées par la recourante, et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes et minutieuses, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués *lege artis* sur la capacité de travail de la recourante emportent la conviction. Après une discussion de l'ensemble des avis médicaux versés au dossier, ce rapport procède d'une appréciation clairement motivée de la situation

par une spécialiste confirmée, et de conclusions parfaitement convaincantes.

En particulier, l'experte, en retenant le nouveau diagnostic de retard mental tel que fondé sur les examens et l'avis d'une psychologue spécialiste, est à même de résoudre les contradictions entre les divers spécialistes qui se sont prononcés dans le cadre des examens successifs, respectivement d'expliquer l'impact de ce diagnostic sur les comorbidités et la répercussion sur la capacité de travail. Ces conclusions seront donc suivies.

d) Au demeurant, l'intimé ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique, ni ne produit de rapports médicaux suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé. Il oppose en effet uniquement l'avis du 30 mars 2022 de son médecin-conseil, la Dre N._____, du SMR. Or ce médecin livre des critiques procédant de conjectures, et tout au plus d'un simple avis divergent, dont on peut se demander s'il émane d'un médecin qui aurait les compétences spéciales nécessaires en psychiatrie, spéculant tout au plus sur les tenants du cas d'une assurée gravement affectée au plan psychique.

e) Des conclusions du rapport d'expertise judiciaire de la Dre K._____, il ressort donc qu'en raison d'un retard mental léger, d'un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique et d'autre trouble somatoforme, l'assurée présente, depuis le 20 décembre 2013, une incapacité de travail totale dans toute activité, ce qui ouvre le droit - au regard d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle dès le 4 décembre 2012, propre à faire courir le délai d'attente d'une année, et au vu de la demande non tardive telle que déposée le 14 mai 2013 - à une rente entière à compter du 1^{er} décembre 2013 (cf. art. 28 al. 1 - 2 et 29 al. 1 et 3 LAI), non limitée dans le temps, contrairement à ce qu'a retenu l'OAI au terme de la décision dont est recours.

5. a) En définitive bien-fondé, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que H._____ a droit à une rente entière à partir du 1^{er} décembre 2013.

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). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr., débours et TVA compris, vu la nature et la complexité de la procédure, avec expertise (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 mettre à la charge de l'intimé qui succombe, montant qui est à même de couvrir le solde auquel le conseil de la recourante peut prétendre (en sus de l'avance déjà reçue) au titre de l'assistance judiciaire.

**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 16 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que H._____ a le droit à une rente entière à compter du 1^{er} décembre 2013.
- III.** Les frais de justice, 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 H._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille 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 Cvjetislav Todic (pour H._____),
- 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 :