

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mars 2021

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Pierre-Yves Brandt,
avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 et 28a al. 3 LAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, est divorcée et mère d'une fille majeure. Après avoir exercé diverses activités non qualifiées à son arrivée en Suisse en 1995, elle a achevé une formation d'aide-soignante en 2013 et a été engagée en cette qualité, à un taux d'activité de 80 %, par l'Y. _____ Sàrl en juin 2014.

Par demande formelle déposée le 17 mars 2015 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité en raison de douleurs articulaires et musculaires, ainsi que d'une dépression nerveuse.

L'OAI a recueilli un rapport d'employeur auprès de l'Y. _____ Sàrl, lequel a communiqué, le 8 avril 2015, une rémunération de 3'132 fr. dès le 1^{er} janvier 2015 pour une activité d'aide-infirmière à hauteur de 33,20 heures par semaine. L'assurée était en arrêt de travail complet depuis le 29 octobre 2014.

A l'issue d'un rapport du 9 avril 2015, le Dr D. _____, médecin généraliste traitant, a signalé que sa patiente souffrait d'un état dépressif majeur récurrent depuis 2003, de troubles de l'adaptation et d'un syndrome cervico-dorso-lombaire depuis plusieurs années. Il renvoyait notamment pour plus de détails à la Dre E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, assumant le suivi spécialisé de l'assurée.

Sur questions de l'OAI, l'assurée a indiqué, le 23 avril 2015, que sans atteinte à la santé, elle exercerait son activité d'aide-infirmière à 80 % par nécessité financière.

La Dre E. _____ a communiqué son rapport à l'OAI le 20 mai 2015. Elle a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et de troubles mentaux liés aux abus d'alcool, actuellement abstinente, depuis 2000. Des troubles mixtes

de la personnalité, avec des traits dépendants et anxieux, étaient présents depuis le début de l'âge adulte. Relatant les difficultés de sa patiente suite au deuil de ses deux parents et compte tenu d'un cadre conjugal violent, elle a considéré que l'incapacité de travail était totale et se poursuivait. Une évaluation bio-psycho-sociale avait été requise auprès de l'Unité de réhabilitation du Service de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier F._____.

Dite évaluation a été conduite du 26 mai au 18 juin 2015. Le rapport correspondant, parvenu à l'OAI le 29 juillet 2015, a fait état des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et de modification durable de la personnalité avec une expérience traumatique (abus physique et psychique). A titre différentiel, étaient évoqués ceux de somatisation, de dysthymie et d'état de stress post-traumatique. Le Centre hospitalier F._____ mettait en évidence de nombreuses ressources malgré les difficultés. Cela étant, l'assurée présentait une thymie basse, un manque de confiance en soi et des douleurs affectant ses capacités d'attention soutenue. La capacité de travail était « très réduite, voire nulle », l'assurée nécessitant un cadre social et thérapeutique. La poursuite d'un suivi psychiatrique et d'un traitement médicamenteux était notamment préconisée.

A la demande de l'OAI, la Dre E._____ a signalé, le 13 novembre 2015, que sa patiente présentait toujours une symptomatologie anxio-dépressive, accompagnée de fatigue, troubles mnésiques, perte d'intérêt, thymie triste, anxiété et sentiments de culpabilité, en sus de douleurs dorsales. L'incapacité de travail demeurait totale. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre E._____ renvoyait aux constats du Centre hospitalier F._____, soit des troubles de l'attention, une asthénie très importante et des difficultés à maintenir un rythme des activités, ce qui engendrait une diminution de rendement et de rapidité, ainsi qu'une grande fatigabilité.

Quant au Dr D._____, il a relaté un état de santé stationnaire avec des cervico-brachialgies droites et des lombalgies chroniques

récurrentes, le 30 novembre 2015. L'incapacité de travail était toujours totale. L'assurée s'était rendue à la consultation du Dr J._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne. Le rapport de ce dernier, rédigé le 19 juin 2015, retenait une fibromyalgie et une carence en vitamine D, en l'absence d'atteintes significatives sur les plans ostéoarticulaire et neurologique.

L'assurée a séjourné au sein du Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier F._____, du 5 au 25 février 2016 en admission volontaire, pour mise à l'abri d'un risque auto-agressif. Le rapport de sortie du 26 février 2016 a mis en évidence un trouble dépressif récurrent, accompagné d'un contexte conflictuel entre l'assurée et sa sœur au titre de facteur de crise. La prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse devait se poursuivre. Une amélioration de la symptomatologie dépressive avait été observée durant l'hospitalisation.

Sur recommandation du Service médical régional (SMR), l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire en son sein, réalisé le 10 avril 2017, par les Drs G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport consécutif du 1^{er} mai 2017 n'a retenu aucun diagnostic incapacitant sur les plans ostéoarticulaire et psychique. Etaient évoqués les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, fibromyalgie, traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinente. Au titre d'évaluation consensuelle du cas, les spécialistes du SMR ont communiqué les éléments suivants :

« **Sur le plan rhumatologique**, l'assurée annonce des épisodes de lombalgies depuis l'âge de 14-15 ans. Au cours des années, les douleurs ont diffusé sur d'autres parties du corps. Les douleurs changent d'endroit. Certaines nuits, l'assurée indique ne pas pouvoir dormir en raison des douleurs. Au lever, il n'y a que 1 ou 2 jours par mois où elle se sent bien.

A l'examen clinique, l'assurée marche d'un pas normal. L'accroupissement est profond. Les changements de position assis/debout s'effectuent rapidement. La position assise est maintenue pendant 55 minutes lors de l'entretien rhumatologique, puis l'assurée se lève un moment, alléguant des douleurs des genoux. Lors de l'entretien psychiatrique, l'assurée reste assise pendant les 65 minutes. La gestuelle spontanée est libre. Il n'y a pas de mesures de protection articulaire. Les articulations périphériques ne présentent pas de signes inflammatoires. L'assurée signale des douleurs diffuses du tronc, des 4 membres. Les amplitudes articulaires sont conservées malgré les douleurs. Les signes comportementaux de Waddell sont à 4/5.

La trophicité musculaire est bonne. L'assurée lâche contre une force faible à modérée aux 4 membres, alléguant des douleurs. La discrimination entre le toucher et le piquer n'est pas évaluable en raison de réponses variables.

Les RX [réd. : radiographies] de l'épaule D [réd. : droite] du 04.10.2014 sont sp [réd. : sans particularité].

L'IRM de la colonne lombosacrée du 17.04.2015 est dans les limites de la norme compte tenu de l'âge. Un minime hypersignal se situe au pied de l'articulation sacro-iliaque G [réd. : gauche].

La concordance entre les douleurs multiples et les constatations cliniques et radiologiques est faible. Les douleurs contrastent avec une mobilité spontanée libre. Le comportement douloureux change en fonction de l'examineur. Lors de l'examen rhumatologique, l'assurée se lève au bout de 55 minutes en raison de douleurs des genoux, alors qu'avec le psychiatre, l'assurée maintient la position assise pendant les 65 minutes de l'entretien, sans manifestation algique. L'assurée tend à sous-estimer ses capacités lorsqu'elle déclare ne pas pouvoir rester assise plus de 20 minutes. En fin d'examen, l'assurée demande de l'aide pour se relever ; elle parvient toutefois à se lever et se rhabiller seule. Ce comportement douloureux avec plusieurs discordances, en l'absence de lésions ostéoarticulaires significatives, évoque une amplification sur un fond de fibromyalgie. Les cervicobrachialgies D et les lombalgies chroniques récurrentes, mentionnées par le Dr D. _____ (cf. RM [réd. : rapport médical] du 30.11.2015) sont des manifestations douloureuses de cette fibromyalgie.

L'IRM lombosacrée du 17.04.2015 montre un minime hypersignal de l'articulation sacro-iliaque G, pouvant correspondre à une atteinte dégénérative débutante. Les douleurs signalées actuellement par l'assurée ne sont toutefois pas typiques d'une souffrance de l'articulation sacro-iliaque.

Dans le RM du 19.06.2015, le Dr J. _____ diagnostique également une fibromyalgie. Il ne la considère pas non plus comme incapacitante sur le plan rhumatologique.

Dans le RM du 30.11.2015, le Dr D. _____ mentionne que l'IT [réd. : incapacité de travail] est en rapport avec l'affection psychique et non pas ostéoarticulaire.

En l'absence de lésions ostéoarticulaires significatives, aucune LF [réd. : limitation fonctionnelle] n'est à retenir sur le plan rhumatologique.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une 1^{ère} demande de réadaptation-rente, déposée le 17.03.2015. [...]

Au niveau anamnestique, l'assurée se plaint surtout d'une grande fatigue et d'un manque d'envie en général. Les douleurs ne sont pas au 1^{er} plan.

L'anamnèse, les documents du dossier, ainsi que l'examen de ce jour objectivent la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique. La récurrence de l'état dépressif est attestée par les divers documents du dossier, parmi lesquels on peut citer les RM de la Dresse E. _____ (psychiatre), datés du 13.11.2015 et du 29.01.2016, le RM de l'évaluation effectuée en mai et juin 2015 à l'Unité de réhabilitation du Service de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier F. _____ et finalement le RM du Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier F. _____ daté du 08.03.2016. L'examen de ce jour objective une humeur légèrement dépressive, quoique fluctuante en cours d'entretien. Il existe une diminution de l'intérêt et du plaisir, avec une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. On relève une diminution de l'appétit et une attitude morose et pessimiste face à l'avenir. Par contre, il n'y a pas de diminution de la concentration et de l'attention, ni de diminution de l'estime de soi, ni d'idées de culpabilité ou de dévalorisation, ni de perturbation du sommeil d'origine dépressive, ni d'idées ou actes auto-agressifs. Il existe, par ailleurs, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables, une perte d'appétit, une diminution marquée de la libido. Il n'y a pas de réveil matinal précoce, ni de dépression plus marquée le matin, ni d'agitation ou de ralentissement psychomoteur objectivable, ni de perte pondérale. Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant.

Il existe des éléments en faveur de traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline ; la thymie est fluctuante durant l'entretien et il existe une difficulté globale à s'inscrire dans le maintien de projets dans la durée, que ce soit au niveau professionnel ou la prise en soins. Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant.

L'assurée est détendue et ne présente aucun signe d'anxiété. Il n'y a notamment pas d'attente craintive ni de tension motrice continue. Il n'y a pas non plus de signes en faveur de l'existence de crises d'anxiété aiguës.

L'examen n'objective par ailleurs aucun trouble phobique ou obsessionnel.

Aucun élément psychotique n'est relevé ; le cours de la pensée est cohérent, sans élément hallucinatoire ou délirant.

Finalement, l'examen n'objective aucun signe en faveur d'un état de stress post-traumatique ; il n'y a pas d'hyperactivité neurovégétative, ni d'hypervigilance, ni de reviviscence répétée d'évènements potentiellement traumatiques.

Dans l'idée de maintenir l'amélioration thymique et dans un contexte de trouble dépressif récurrent, un suivi psychiatrique et une poursuite de la médication en cours est indispensable. Le pronostic en dépend.

L'aptitude à suivre des mesures de réadaptation est entière. Il y a une bonne cohérence entre les symptômes, comportements et les activités quotidiennes.

Concernant la CT [réd : capacité de travail], nous sommes en accord avec la Dre E. _____ quand elle atteste une ITT [réd. : incapacité totale de travail] depuis le 16.12.2014 ; la CT est entière depuis le 25.02.2016, date de l'amélioration thymique constatée à la sortie de l'Hôpital [...] et confirmée par l'assurée. [...] »

La capacité de travail a en définitive été considérée comme entière dans toute activité dès le 25 février 2016.

En date du 20 juin 2017, l'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage, dont le rapport a été établi le 23 juin 2017. L'enquêtrice spécialisée a retenu un statut d'active à 80 % en faveur de l'assurée, le solde du temps étant consacré à l'accomplissement des tâches ménagères. Des empêchements à hauteur de 10 % étaient pris en compte uniquement sous rubrique « soins aux enfants ou autres membres de la famille », ce qui permettait de conclure à un degré d'invalidité de 1 % dans la sphère d'activité ménagère.

Par projet de décision du 5 septembre 2017, l'OAI a informé l'assurée de ses intentions de lui allouer une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 80 % (80 % dans la sphère professionnelle + 0,2 % dans la sphère ménagère), pour la période limitée du 1^{er} décembre 2015 au 31 mai 2016. A compter du mois de février 2016, l'assurée avait recouvré une capacité de travail totale dans toute activité. Le degré d'invalidité dans la sphère d'activité professionnelle se montait depuis lors à 7 %, de sorte que le degré d'invalidité global ascendait à 5,8 %. Le droit à la rente n'était donc plus ouvert.

L'assurée, assistée de Me Pierre-Yves Brandt a contesté ce projet de décision par écriture du 6 octobre 2017, complétée le 6 décembre 2017. Elle a conclu à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée à mesurer précisément les conséquences de la fibromyalgie et de la dépression. Elle a fait valoir que l'examen bidisciplinaire du SMR était incomplet et ne répondait pas aux questions pertinentes imposées par la jurisprudence fédérale. Elle s'est prévaluée, en sus du rapport du Centre hospitalier F._____ consécutif à son hospitalisation et d'une attestation du Dr D._____ du 8 novembre 2017, de sa prise en charge par la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sein du Centre K._____, dès le 1^{er} juillet 2016. Etaient annexés des rapports de cette praticienne des 3 novembre 2016 et 19 janvier 2017, ainsi qu'un résumé de la prise en charge assurée du 1^{er}

juillet 2016 au 15 février 2017, daté du 8 novembre 2017. Il ressortait de ces documents que l'assurée souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique, de dépression récurrente et de fibromyalgie. Elle présentait un important état de fatigue, ayant du mal à sortir de chez elle pour se rendre à ses consultations médicales. Sa thymie était triste sous suite de somatisations. Sans symptômes de la lignée psychotique, elle était néanmoins envahie par des images de violence et de l'angoisse. La fibromyalgie handicapait son quotidien et intensifiait la dépression. Un suivi psychiatrique bimensuel et un traitement médicamenteux étaient mis en place. L'incapacité de travail totale se poursuivait.

Un nouveau rapport, établi le 16 janvier 2018 par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du Centre K._____, a été adressé à l'OAI par pli du 7 août 2018. Le psychiatre précité relevait une nouvelle fois les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, d'état de stress post-traumatique et de fibromyalgie. Il précisait que la situation de l'assurée était extrêmement critique, en présence de « sentiment de grande détresse, perte de l'estime de soi, absence totale d'intérêt et de plaisir pour toute activité, très grande fatigabilité, appétit perturbé, impossibilité de gérer son quotidien, retrait social total ». L'assuré rapportait « de fréquentes crises d'angoisse en lien avec son vécu traumatique, les violences subies et l'absence de perspectives d'avenir. »

Après consultation du SMR, l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire de l'assurée sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie et de la psychiatrie, laquelle a été confiée au Centre d'expertises N._____ par mandat du 5 mars 2019. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a transmis une liste de questions en lien avec le diagnostic de fibromyalgie et ses éventuelles conséquences fonctionnelles dans les activités lucratives et ménagères en date du 30 novembre 2018. Elle a été examinée, auprès du N._____, les 10 et 12 avril 2019 par les Drs R._____, spécialiste en médecine interne générale, T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S._____, spécialiste en rhumatologie. Ces derniers ont communiqué leur

rapport le 8 juillet 2019. Leur évaluation consensuelle du cas a mis en évidence « une fibromyalgie, sans corrélation psychiatrique, versus trouble somatoforme, et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique, sans incidence sur la capacité de travail ». Ils n'ont pas retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique, ni de trouble de la personnalité. En l'absence de toutes limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière depuis le 25 février 2016, ainsi que l'avaient estimé les spécialistes du SMR à l'issue de leur rapport du 1^{er} mai 2017. La personnalité de l'assurée avait toutefois une incidence sur la capacité de travail ; elle demeurait dotée de ressources, sans facteurs de surcharge, tandis que ses plaintes n'apparaissaient ni plausibles, ni cohérentes. Etaient préconisés un traitement abaissant le seuil de la douleur et de la physiothérapie.

Le Dr R._____ a signalé ce qui suit, sur le plan de la médecine interne, dans un rapport spécifique consécutif à son examen clinique :

« [...] L'expertisée ne présente pas de complications hépatiques ou hématologiques ou neurologiques liées à son alcoolisme chronique antérieur.

Il n'y a pas d'argument en faveur d'une BPCO incapacitante, le peak flow est à 350 litres par minute pour un débit expiratoire de pointe théorique à 4531 /mn, 77 % de la valeur théorique. L'interrogatoire ne retrouve une dyspnée qu'à deux étages.

Pas d'argument en faveur d'une apnée du sommeil : échelle d'Epworth 7/24 ne témoignant pas d'une somnolence diurne excessive.

Les autres pathologies : reflux gastro-œsophagien, colopathie fonctionnelle, allergie, dysplasie du col utérin et presbytie ne sont pas de nature à limiter la capacité de travail.

Par ailleurs, le bilan biologique ne retrouve pas d'anomalie pouvant expliquer une asthénie d'origine somatique : absence d'anémie, de syndrome inflammatoire, de dysfonctionnement thyroïdien, d'anomalie de la fonction rénale.

La leucoplasie nécessite un avis spécialisé. L'hyperactivité vésicale est soulagée par un traitement approprié.

Au total, sur le plan de la médecine interne générale, il n'y a pas de pathologie susceptible de limiter la capacité de travail. »

S'agissant du volet rhumatologique, le Dr S._____ a de son côté communiqué les conclusions suivantes :

« [...] **7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

Il s'agit d'une expertisée qui a commencé à souffrir de douleurs globales sans systématisation depuis 2012 avec une exacerbation en 2015 et surtout à partir de 2017, accompagnées d'une asthénie profonde depuis 2015 et de troubles du sommeil depuis 2016. Les différents examens pratiqués, en particulier une IRM lombo-sacrée, se sont révélés dans la norme (14/4/2015) et l'IRM des sacro-iliaques s'est révélée également normale. Le bilan biologique réalisé par le Dr J._____ à [...] n'a révélé aucun signe inflammatoire ou biologique. L'examen de ce jour montre la positivité des 18 points de fibromyalgie sur 18, avec des troubles du sommeil et une asthénie importante, nous permettant d'affirmer que l'expertisée présente une fibromyalgie selon les critères ACR 2016.

7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

L'expertisée ne prend que des antalgiques du type Irfen et Zaldiar et ne fait pas de physiothérapie. La fibromyalgie est une pathologie difficile à traiter et fait appel à plusieurs spécialités : des traitements abaissant le seuil de la douleur comme les antidépresseurs tricycliques, la Prégabaline, les Benzodiazépines comme le Rivotril, associés à une physiothérapie plutôt en piscine et une psychothérapie que l'expertisée a été obligée de stopper pour des raisons de prise en charge.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il existe une grande discordance entre l'examen clinique satisfaisant, les constatations objectives radiologiques normales (IRM lombaire et des sacro-iliaques), les examens biologiques (normaux) et les plaintes et la vie quotidienne où l'expertisée ne peut rien faire et reste, le plus souvent chez elle, prostrée, allongée, sans faire de toilette.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

L'expertisée a une formation professionnelle et a montré qu'elle savait gérer des commerces et assumer des responsabilités.

Par contre, durant cette examen, l'expertisée est apparue déprimée, prostrée, sans sourire, triste et cette attitude est conforme à la description qu'elle fait de son quotidien où elle reste chez elle, allongée et sans se laver. »

Quant à l'expert psychiatre du N._____, le Dr T._____, il a fait part de ses constatations en ces termes :

« [...] L'expertisée est bien orientée aux trois modes, c'est-à-dire dans le temps, l'espace et concernant la situation.

L'expertisée ne présente aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents, ni celle d'anciens souvenirs. Bien que nous n'ayons pas mesuré le quotient intellectuel, cette expertisée ne présente pas de problèmes à ce niveau-là.

En ce qui concerne la lignée psychotique et au moment de l'entretien, l'expertisée ne présente pas de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages, barrages ou réponses à côté. Il n'y

a pas de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives.

Pas d'idées interprétatives, simples ou délirantes. Pas d'idées de concernement simples ou délirantes.

Au moment de l'entretien et concernant la lignée dépressive, l'expertisée présente une tristesse et une humeur dépressive d'un degré plutôt léger. Il n'y a pas de signes cliniques parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Présence de sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement ; pas de sentiment d'inutilité ou de ruine. Selon l'expertisée, l'élan vital est perturbé. Pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. A notre connaissance, l'expertisée n'a jamais fait de tentative de suicide. Elle a été hospitalisée en 2016 à l'Hôpital [...]. Présence d'insomnies selon les dires de l'expertisée.

Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuites dans les idées. Pas de comportement provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur. Pas de contact familial avec l'expert.

Concernant le registre anxieux, pendant l'entretien nous n'avons pas observé de tension nerveuse ni d'angoisses, l'expertisée elle-même disant qu'elle avait pris un Tranxilium avant l'entretien et qu'elle n'était pas angoissée. Elle signale avoir peur du noir. Il n'y a pas de signes de claustrophobie, agoraphobie ou phobie sociale. Pas de TOC, ni rituels.

Pas de signes de stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants (flashback), de rêves, ni de cauchemars.

Concernant les conduites alimentaires, il n'y a ni boulimie, ni anorexie.

Par rapport aux conduites d'addiction, l'expertisée fume des cigarettes, elle ne boit pas d'alcool et ne consomme aucune drogue. »

Sur le plan diagnostique, il a relaté les éléments suivants :

« Nous avons retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique F33.01, avec tristesse et humeur dépressive d'un degré léger, sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement, insomnies, sans idées noires et sans troubles cognitifs. La fatigue dont se plaint l'expertisée, nous n'avons pas pu l'observer pendant l'entretien. Les critères cliniques selon la CIM-10 sont donc réunis.

Nous n'avons pas retenu le diagnostic de trouble anxieux car, bien que l'expertisée dise être tendue et angoissée, nous n'avons pas pu l'observer pendant l'entretien et, par ailleurs, elle-même disait être calme.

Nous n'avons pas pu retenir le diagnostic de trouble borderline, ni trouble mixte de la personnalité, mais plutôt une accentuation de certains traits de la personnalité Z73.1 (narcissique et dépendante) ; les critères de trouble de la personnalité selon la CIM-10 pour parler d'une personnalité narcissique ou d'une personnalité dépendante ne sont pas réunis.

Nous n'avons pas retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique ni celui de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe car, bien que l'expertisée signale avoir été traumatisée notamment par son mari, le principal critère selon la CIM-10 d'avoir vécu un événement traumatisant

extraordinaire ainsi qu'avoir eu la peur de mourir imminente ne se retrouve pas dans l'anamnèse de l'expertisée.
Nous n'avons pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme, car pendant l'entretien l'expertisée a donné beaucoup de détails concernant sa vie, et la douleur n'était pas présente comme étant prédominante dans toutes ses pensées.
Pas de trouble d'addiction. »

Il a enfin communiqué ses conclusions notamment comme suit :

« [...] **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Les plaintes de l'expertisée ne sont ni plausibles ni cohérentes. Ainsi, elle dit être fatiguée tout le temps, ce que nous n'avons pas pu observer pendant l'entretien ; elle nous a dit qu'elle était angoissée, ce qui n'a pas été observé pendant l'entretien, ce qu'elle a d'ailleurs elle-même accepté.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Scolarisée, intelligente, cette expertisée ne travaille plus depuis 2014 à cause de la fibromyalgie, ne comprenant pas pourquoi l'AI ne la reconnaît pas. L'expertisée a la capacité d'adaptation à des règles de routine avec la mobilité, capacité de déplacement, signalons qu'elle est venue seule en train. Elle a la capacité de discernement et l'aptitude à prendre des décisions, [la] capacité à s'affirmer, à tenir une conversation et à établir des relations. Selon l'expertisée, elle ne peut pas prendre soin d'elle-même, disant que depuis 2 mois elle n'a pas pris une douche, ce qui n'a pas été observé pendant l'entretien.

La capacité de planification et de structuration des tâches, la flexibilité et capacité de changement, [la] capacité à mobiliser ses compétences et ses connaissances, ainsi que l'initiative et les activités spontanées sont diminuées selon les dires de l'expertisée, ce que nous n'avons pas pu observer pendant l'entretien.

Nous n'avons retenu aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique. [...] »

Par avis du 22 août 2019, le SMR s'est rallié aux conclusions du N._____, confirmant celles ressortant de l'examen clinique du 10 avril 2017. Il a donc retenu que la capacité de travail de l'assurée était entière à compter de février 2016. Les atteintes à la santé psychique et somatique n'étaient en définitive pas durablement incapacitantes.

L'OAI a informé l'assurée le 24 octobre 2019 que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée au N._____ lui permettaient de maintenir la teneur de son projet de décision du 5 septembre 2017. Une décision formelle, conforme audit projet et allouant

à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2015 au 31 mai 2016, a ainsi été établie le 13 janvier 2020.

B. B._____, représentée par Me Brandt, a déféré la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 12 février 2020. Elle a conclu principalement au versement d'une rente entière d'invalidité sans limite temporelle, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle a, en premier lieu, soulevé des griefs d'ordre formel à l'encontre de la décision entreprise. A son avis, l'OAI avait violé son droit d'être entendue en ne lui permettant pas de s'exprimer avant d'établir la décision incriminée, alors que le projet de décision du 5 septembre 2017 remontait à plus de deux ans. Par ailleurs, la décision du 13 janvier 2020, faisant suite à la correspondance du 24 octobre 2019, ne répondait pas aux exigences minimales de motivation. L'OAI n'avait pas procédé à l'examen des critères pertinents en matière de fibromyalgie et ne précisait pas les bases médicales lui permettant de retenir une capacité de travail entière dès février 2016. En second lieu, sur le fond, elle a estimé que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du N._____ était incomplet, du fait qu'il se limitait à renvoyer au rapport d'examen du SMR du 1^{er} mai 2017, et étayait insuffisamment les diagnostics retenus. Les avis des médecins traitants de la recourante n'étaient pas discutés, tant sur le plan rhumatologique que du point de vue psychiatrique. Les activités professionnelles à la portée de l'assurée n'avaient au surplus pas été analysées. Était annexé un rapport du Dr M._____ du 26 décembre 2019, lequel a relaté un état dépressif récurrent depuis les années 2000, avec plusieurs épisodes d'intensité variable. L'état thymique était stationnaire et, en raison de la dépression chronique, l'incapacité de travail demeurait totale. Enfin, l'assurée a sollicité l'assistance judiciaire gratuite, au vu de la précarité de sa situation financière.

Par décision de la magistrate instructrice du 14 février 2020, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite à compter du 12 février 2020. Elle a ainsi été exonérée du paiement de frais

judiciaires et d'avances de frais. Me Brandt a été désigné en qualité d'avocat d'office.

L'OAI a répondu au recours le 16 mars 2020. Il a conclu à son rejet et au maintien de sa décision du 13 février 2020. Il s'est référé à la teneur de l'expertise du N._____, considérée comme probante. Il a souligné que la capacité de travail de l'assurée était entière depuis le 25 février 2016 dans toutes activités, y compris dans l'activité habituelle, de sorte que le droit à la rente était exclu et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

L'assurée a répliqué le 16 juin 2020 et maintenu ses conclusions. Elle a par ailleurs requis la mise en œuvre d'un complément d'expertise auprès du N._____, réitérant que les experts avaient insuffisamment discuté des diagnostics posés par ses médecins traitants qui n'avaient au demeurant pas été contactés. Elle a également souligné que les experts n'avaient pas répondu à ses questions formulées le 30 novembre 2018.

Par duplique du 30 juin, l'OAI a confirmé sa précédente détermination, relevant que les réponses aux questions de l'assurée ne permettaient de toute façon pas de se positionner sur sa capacité de travail.

A la demande de la magistrate instructrice, Me Brandt a adressé à la Cour de céans, le 16 octobre 2020, la liste des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 12 février 2020 contre la décision de l'intimé du 13 janvier 2020 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Formulant des griefs préalables de nature formelle, la recourante reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue. Elle relève que l'intimé s'est limité à reprendre les termes de son projet de décision du 5 septembre 2017, lequel est antérieur de plus de deux ans à la décision entreprise, sans fournir quelconque motivation supplémentaire, notamment quant au diagnostic de fibromyalgie et quant à la capacité de travail retenue dans son cas.

a) Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. A lui seul, l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) ne confère toutefois pas le droit d'être entendu oralement, ni celui d'obtenir l'audition de témoins. La jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 134 I 140 consid. 5.3 et les références).

b) Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; 125 II 369 consid. 2c). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009, consid. 2.2). Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; 136 V 351 consid. 4.2 et les références citées ; TF 5A_13/2011 du 8 février 2011 consid. 3.1). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3).

c) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

d) En l'espèce, l'intimé a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au N. _____ dans la cadre de la procédure d'audition, au cours de laquelle la recourante avait fait valoir ses objections au projet de décision du 5 septembre 2017 par écriture du 6 octobre 2017, respectivement du 6 décembre 2017. On peut effectivement constater que l'intimé n'a, selon toute vraisemblance, pas fait parvenir au mandataire de la recourante un tirage du rapport corrélatif avant d'établir la décision du 13 janvier 2020. Cela étant, l'intimé a adressé un courrier à ce dernier le 24 octobre 2019, exposant que les experts du N. _____ n'avaient retenu aucune limitation fonctionnelle, que la recourante était dotée de ressources et que les indicateurs pertinents en matière de trouble somatoforme douloureux avaient été analysés. Il relevait que la capacité de travail était entière et que l'instruction complémentaire conduite auprès du N. _____ permettait de maintenir les termes du projet de décision du 5 septembre 2017. La correspondance de l'intimé du 24 octobre 2019, certes succincte, apparaît suffisante pour considérer que les motifs à l'origine de l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps ont été communiqués au mandataire de la recourante. Par ailleurs, cette dernière a été en mesure de faire valoir ses arguments auprès de la Cour de céans, dotée d'un plein pouvoir d'examen. Dès lors, une violation éventuelle de son droit d'être entendue pourrait de toute façon être considérée comme exceptionnellement réparée.

3. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels

l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

c) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 mai 2016, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité de travail dès le 25 février 2016.

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de

l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

5. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

6. a) Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette jurisprudence n'influe

cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, 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 l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré 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 l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il 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 (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré 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) 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 le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

8. a) Du point de vue somatique, la requérante fait grief aux experts mandatés par l'intimé de ne pas avoir justifié le diagnostic de fibromyalgie et de s'être écartés de l'appréciation de ses médecins traitants, sans avoir mesuré l'impact concret de cette pathologie sur sa capacité de travail.

b) En l'espèce, le registre rhumatologique a fait l'objet de plusieurs investigations spécialisées, lesquelles sont parvenues sensiblement aux mêmes résultats. En premier lieu, elle a été examinée par le Dr J._____ les 3 et 19 juin 2015. Ce dernier a clairement indiqué ne disposer d'aucune entité nosologique pour expliquer le tableau douloureux diffus, de sorte qu'il a évoqué le diagnostic de fibromyalgie (cf. rapport de ce praticien du 19 juin 2015). En second lieu, lors de l'examen clinique réalisé au SMR le 10 avril 2017, le Dr G._____ a constaté la pauvreté des constats organiques et cliniques, concluant à une concordance limitée avec les plaintes rapportés par la recourante. Il a dès lors également envisagé un diagnostic de fibromyalgie et exclut toute lésion ostéoarticulaire significative, susceptible de se répercuter sur la capacité de travail (cf. rapport d'examen clinique du SMR du 1^{er} mai 2017, p. 15 et 16). Il en a enfin été de même au cours de l'investigation conduite par le Dr S._____ le 12 avril 2019 pour le compte du N._____. Ce dernier s'est rallié à l'appréciation des précédents somaticiens pour retenir une capacité de travail entière sur le plan rhumatologique, quand bien même les critères d'une fibromyalgie étaient réalisés dans le cas particulier. On relève enfin que l'examen de médecine générale diligenté le même jour par le Dr R._____ du N._____ n'a pas davantage mis en évidence de substrat organique de nature à justifier les plaintes de la recourante (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du N._____ du 8 juillet 2019, Annexes 2 et 3, p. 19 et 20, ainsi que 25 et 26).

c) Vu les éléments ci-dessus, les arguments de la recourante apparaissent infondés. On observe en effet que son état de santé somatique, singulièrement rhumatologique, a été analysé exhaustivement par plusieurs spécialistes. Ceux-ci ont unanimement mis en évidence la pauvreté des constats objectifs aux termes d'investigations fouillées, communiquant des appréciations convaincantes dans leur domaine de compétences. Il est en outre erroné de prétendre que les spécialistes mandatés par l'intimé (les Drs G._____ et S._____) se seraient écartés de l'avis des médecins traitants de la recourante, puisque le Dr J._____, consulté sur incitation du Dr D._____, avait en son temps fait part de conclusions superposables à celles retenues au sein du SMR et

du N._____. Au surplus, la recourante ne fait pas valoir de nouvelle pièce médicale qui ferait état d'une modification de son état de santé rhumatologique. On doit au contraire observer que celui-ci est demeuré stationnaire au vu des résultats convergents des différentes investigations menées à plusieurs années d'intervalle (juin 2015 auprès du Dr J._____, avril 2017 auprès du SMR et avril 2019 auprès du N._____).

d) Au demeurant, il convient de rappeler que le Tribunal fédéral a considéré qu'il se justifiait sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, vu les nombreux points communs entre ces troubles. Dès lors que les facteurs psychosomatiques avaient une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, le concours d'un médecin spécialisé en psychiatrie était donc indispensable pour en poser le diagnostic (ATF 132 V 65 consid. 4). Il apparaît par conséquent que l'impact de la fibromyalgie diagnostiquée auprès de la recourante, assimilée à un trouble somatoforme douloureux, doit être évalué au moyen de la grille d'indicateurs exposée au consid. 6c supra et que les résultats des investigations conduites par les spécialistes en psychiatrie sont déterminants pour ce type de pathologie.

9. a) Le registre psychiatrique a été évalué au sein du SMR par la Dre H._____ le 10 avril 2017 et par le Dr T._____ pour le compte du N._____ le 10 avril 2019. Ces deux spécialistes ont relaté un status psychique substantiellement identique, en présence d'une humeur dépressive de degré léger. Aucun trouble de la personnalité n'était relevé, ni aucun trouble anxieux. Les critères déterminants pour reconnaître un état de stress post-traumatique étaient par ailleurs absents au cours de l'examen réalisé au N._____ (cf. rapport d'examen du SMR du 1^{er} mai 2017, p. 14 et 15 ; rapport d'expertise pluridisciplinaire du N._____ du 8 juillet 2019, Annexe 1, p. 8 et 9). Tant la Dre H._____ que le Dr T._____ ont conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec ou sans syndrome somatique. Des traits de personnalité particuliers

(narcissique ou dépendante / émotionnellement labile) n'étaient pas susceptibles d'entraîner des restrictions psychiques. L'appréciation de la Dre E._____ était prise en compte dès le 16 décembre 2014, tandis que la capacité de travail était considérée comme entière dès le 25 février 2016, soit dès la sortie de l'Hôpital [...] (cf. rapport du SMR précité, p. 19 et 20 ; rapport d'expertise du N._____ précité, p. 9 et 10).

b) En l'occurrence, contrairement à ce que soutient la recourante, on ne voit pas que les spécialistes mandatés par l'intimé aient écarté les appréciations de ses médecins traitants. Lesdits spécialistes ont en revanche retenu l'incapacité de travail prononcée par la Dre E._____ dès le 16 décembre 2014 et pris en considération l'amélioration relatée à la sortie du Centre hospitalier F._____, où l'urgence et la dangerosité de la situation étaient qualifiées de faibles (cf. rapport du Centre hospitalier F._____ du 26 février 2016).

c) S'agissant du diagnostic d'état de stress post-traumatique, évoqué au sein du Centre K._____, le Dr T._____ a expressément exclu que les conditions posées pour reconnaître une telle affection soient réalisées (cf. rapports de la Dre L._____ des 3 novembre 2016, 19 janvier 2017 et 8 novembre 2017 ; rapport du Dr M._____ du 16 janvier 2018 ; rapport d'expertise du N._____ précité, Annexe 1, p. 9). On relèvera que ce diagnostic apparaît manifestement sujet à caution, lorsqu'il est posé de nombreuses années après les événements potentiellement traumatisants (in casu : décès des parents en 2000 et 2001, violences conjugales entre 2000 et 2005). Par ailleurs, on observe que ce diagnostic n'a été évoqué ni par la Dre E._____, laquelle a pourtant assumé le suivi de la recourante entre 2003 et 2016, ni dans le cadre de l'hospitalisation au sein du Centre hospitalier F._____ en 2016. Les constats cliniques rapportés par le Centre K._____ n'ont enfin pas été observés au sein du N._____, ni au cours de l'examen réalisé par le SMR. Il s'ensuit que l'appréciation divergente et insuffisamment documentée du Centre K._____ peut être écartée.

10. a) Eu égard à la grille des indicateurs préconisée par le Tribunal fédéral, le degré de gravité du tableau clinique et la question de la cohérence ont été commentées par le Dr T._____. Ce dernier a retenu que les plaintes alléguées par la recourante manquaient de cohérence et de plausibilité, alors qu'elle demeurait dotée d'importantes ressources. En effet, la recourante était notamment susceptible d'adaptation et dotée de tout son potentiel de discernement, ce qui la rendait capable de mobiliser ses compétences et connaissances (cf. rapport d'expertise du N.____ du 8 juillet 2019, Annexe 1, p. 10).

b) Quand bien même cette appréciation est relativement succincte, il n'en demeure pas moins qu'elle est parfaitement congruente avec les observations consignées par le psychiatre du N._____ au cours de son examen, ainsi qu'avec celles relatées par le SMR en avril 2017. Elle rejoint au surplus pour l'essentiel les évaluations ressortant des examens de rhumatologie et de médecine interne générale réalisés au N._____ (cf. rapport d'expertise du N._____ précité, Annexes 2 et 3, p. 20 et 26).

11. a) Il convient en définitive de considérer que la recourante a fait l'objet d'investigations spécialisées exhaustives et motivées à satisfaction, lesquelles permettent d'exclure que la fibromyalgie et les troubles psychiques retenus dans son cas revêtent un degré de gravité suffisant pour être qualifiés d'invalidants à compter du 25 février 2016.

b) On ajoutera qu'il apparaît superflu de solliciter les réponses expresses des experts du N._____ à la liste de questions soumise par la recourante le 30 novembre 2018. Cette liste se réfère en effet à l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral, modifiée à compter de l'ATF 141 V 281. Qui plus est, l'appréciation consensuelle communiquée par le N._____ fournit les éléments pertinents pour considérer que la capacité de travail de la recourante est entière dans toutes activités depuis le 25 février 2016. Quant aux empêchements de la sphère ménagère, ils ont fait l'objet d'une évaluation spécifique à l'issue de l'enquête à domicile réalisée le 20 juin 2017. La recourante n'a fait valoir aucun grief à l'encontre des conclusions contenues dans le rapport corrélatif, daté du 23 juin 2017. Ce

document répond du reste aux exigences requises par la jurisprudence fédérale (cf. ATF 128 V 93 ; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008, consid. 3). Par conséquent, on ne voit pas que les réponses précises aux questions formulées par la recourante soient de nature à apporter un éclairage nouveau ou différent de sa situation. Sa conclusion tendant au renvoi de la cause à l'intimé en vue d'un complément peut ainsi être écartée par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

12. a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

bb) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode

spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI).

cc) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI ; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

b) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales

atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

c) Il n'est en l'occurrence pas contesté que la recourante revêt un statut de personne mixte, à savoir active à 80 % et consacrant le 20 % restant à l'accomplissement des tâches ménagères. Ainsi qu'elle l'a elle-même indiqué le 23 avril 2015 et au cours de l'enquête à domicile réalisée le 20 juin 2017, la recourante, en bonne santé, aurait vraisemblablement poursuivi l'activité d'aide-infirmière déployée à 80 % auprès de l'Y. _____ Sàrl. Dans son cas, il y a donc lieu, à l'instar de l'intimé, de lui appliquer la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité en vertu de l'art. 28a al. 3 LAI.

d) Ainsi qu'il ressort du rapport d'enquête à domicile du 23 juin 2017, dont la recourante ne conteste pas les conclusions, il s'agit de retenir un degré d'invalidité de 1 % pour l'accomplissement du ménage.

e) Par conséquent, compte tenu d'une incapacité totale de travail reconnue entre le 16 décembre 2014 et le 25 février 2016, le degré d'invalidité de la recourante se monte à 80 % ($[0,8 \times 100] + [0,2 \times 1]$), comme l'a retenu l'intimé.

f) Quant à la période débutant le 26 février 2016, compte tenu d'une capacité de travail entière dans toutes activités, y compris dans l'activité habituelle, il ne se justifie pas de procéder à une comparaison des revenus dans une activité adaptée. Le degré d'invalidité de la recourante est en effet nul, eu égard à l'exigibilité de l'exercice de son activité habituelle ($[0,8 \times 0] + [0,2 \times 1]$). Le droit à la rente n'est donc plus ouvert dès le 1^{er} juin 2016 (cf. art. 88^{bis} al. 2 RAI), ainsi que le retient la décision attaquée.

13. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 13 janvier 2020 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 14 février 2020.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) Me Brandt a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 12 février 2020 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il a produit le relevé des opérations le 16 octobre 2020, justifiant 6 heures et 25 minutes de travail effectuées pour l'essentiel (à l'exception de 10 minutes) par Me Milena Chiari, avocate et anciennement avocate-stagiaire de l'étude.

C'est ici le lieu de relever qu'entre l'avocat d'office auquel il est donné un mandat d'assistance judiciaire, d'une part, et la collectivité publique qui lui confie ce mandat, d'autre part, il existe un rapport juridique soumis au droit public, lequel régit notamment l'obligation d'accepter le mandat, les motifs de libération du mandat ainsi que la rétribution due pour l'activité exercée (ATF 143 III 10 consid. 3.1 et les références citées). Si l'avocat inscrit au tableau cantonal peut certes déléguer à l'avocat-stagiaire les tâches impliquant la rédaction de mémoire et d'actes de procédures, ainsi que la représentation des parties en justice pour autant qu'il en assume la supervision, la direction et la responsabilité (art. 28 ss LPav [loi vaudoise du 9 juin 2015 sur la profession d'avocats ; BLV 177.11]) – ce qui est le cas pour opérations effectuées par Me Chiari au stade de la procédure administrative –, n'est en revanche pas arbitraire la décision du juge de réduire la note d'honoraires présentée par un mandataire désigné d'office pour la procédure cantonale de la part d'honoraires correspondant à l'activité

déployée par un collègue de la même étude d'avocats au bénéfice d'un pouvoir de substitution en vertu d'une convention interne à l'étude alors qu'aucune autorisation judiciaire pour cette substitution n'avait été demandée et obtenue (ATF 141 I 70 consid. 6). Dans le cas particulier, Me Chiari n'a pas été autorisée à procéder au titre de l'assistance judiciaire - respectivement, à se substituer à Me Brandt - dans le cadre de la présente affaire. Partant, l'activité qu'elle a déployée ne devrait pas être indemnisée conformément à la jurisprudence précitée. Il convient exceptionnellement de la prendre en considération, au vu de sa prise en charge du dossier au stade de la procédure administrative, alors qu'elle était encore avocate-stagiaire de l'étude. Il est cependant signifié qu'en l'absence d'autorisation judiciaire préalable, les opérations déléguées par le conseil d'office à un autre avocat titulaire d'un brevet, qu'il soit collaborateur, associé ou simple confrère, ne seront plus indemnisées, sous réserve de circonstances particulières.

Les opérations comptabilisées entrant dans le champ temporel et matériel du mandat, l'activité de Me Brandt peut en définitive être arrêtée à 6 heures et 25 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent des débours à concurrence de 57 fr. 75 et la TVA au taux de 7,7%, ce qui représente un montant total de 1'306 fr. 15 pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi). La recourante est rendu attentive au fait qu'elle est tenu de rembourser la somme de 1'306 fr. 15 dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ).

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Pierre-Yves Brandt, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'306 fr. 15 (mille trois cent six francs et quinze centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

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 :

- Me Pierre-Yves Brandt, à Lausanne (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 :